

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría No.</b>		<b>15-26</b>
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>24</b>	<b>04</b>	<b>2026</b>

<b>Informe</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Preliminar</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Final</b>
----------------	--------------------------	-------------------	-------------------------------------	--------------

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

<b>Tipo de Informe</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Auditoría</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Seguimiento</b>
<b>Procesos auditados /Evaluado</b>	Secretaría Seccional Valle del Cauca.			
<b>Auditor líder</b>	Alberto Castiblanco Bedoya	<b>Equipo Auditor</b>	Yizeth Katherine Muñoz	
<b>Responsable del proceso, dependencia, área o actividad auditada /evaluada</b>	Jorge Alonso Aranda Muñoz			

## 2. OBJETIVO

Realizar la evaluación sistemática, objetiva, independiente e integral de la gestión de la Secretaría Seccional Valle del Cauca, así como, verificar el cumplimiento de los requisitos institucionales, la pertinencia y oportunidad de las normas aplicables de los procesos misionales y de apoyo.

## 3. ALCANCE

La auditoría comprende la verificación del nivel de cumplimiento y la eficacia de las actividades y controles implementados por la Secretaría Seccional Valle del Cauca, frente a los procedimientos, instructivos, políticas, gestión de riesgos y planes estratégicos definidos por la Entidad, así como la normativa aplicable, durante el período comprendido entre 1 enero de 2025 y el 28 de febrero de 2026.

## 4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

### 4.1. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Evaluación componentes del sistema de control interno: Se evidencia un cumplimiento del 100% de los componentes, se evidencia compromiso gerencial de la secretaria y todo el equipo de trabajo de la secretaría, destacando la existencia de controles sistemáticos sobre las acciones, planes de trabajo y compromisos respecto de las metas institucionales, conocimiento de las normas reglamentarias de los proceso (Ambiente control: Objetivos estratégico, metas, planes de acción, código de integridad, etc.).

Se anota como oportunidad de mejora una mayor y más amplia participación de todos los funcionarios del equipo en los talleres de riesgos, previa capacitación y socialización de la metodología para identificar, valorar y administrar los mismos. Igualmente se recomienda concertar con el área de talento humano una autoevaluación del impacto e incidencia de las jornadas de capacitación general para lograr jornadas que impacten directamente el cumplimiento de las funciones de cada grupo de trabajo.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría No.		15-26
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		24	04	2026

## 4.2. PROCESOS ÉTICO-PROFESIONALES.

Respecto de los Procesos ético- profesionales, revisados presencialmente en la ciudad de Cali, se revisaron 24 expedientes entre procesos ético-profesionales y quejas, según muestreo determinado previamente, frente a los cuales se puede concluir preliminarmente que:

Las quejas y los procesos ético-profesionales se encuentran de acuerdo con el manual de procedimiento interno adoptado por el COPNIA en su onceava actualización vigente a partir de septiembre de 2024, en concordancia con la normativa que regula la materia, a saber, la Ley 842 de 2003, modificada por la Ley 1796 de 2016 y demás normas concordantes. En todos los procesos se evidencia la programación de compromisos en el plan de trabajo de los abogados sustanciadores de la regional Valle del Cauca, en el cual se ha priorizado los procesos de vigencias más antiguas a fin de evitar un riesgo de prescripción, lo que se ajusta a lo señalado en el procedimiento vigente desde el mes de septiembre de 2024, respecto de los tiempos de cada etapa. Se constata la organización documental de los expedientes y el control de los abogados responsables sobre las etapas del proceso.

Del análisis de los expedientes revisados presencialmente por el abogado coordinador de la primera instancia, se observa en términos generales lo siguiente:

Del total de 24 casos, 16 son de baja complejidad (67%), el 8% son de mediana y el 25% son de alta complejidad.

En el 54% de los casos se cumplió con los tiempos reglados en la fase de auto de archivo o de investigación preliminar y en el restante 46% se evidencio incumplimiento de los tiempos reglados para esta etapa procesal.

Desde la Apertura de la Investigación Preliminar hasta el Archivo parcial / total de la Investigación Preliminar y/o Auto apertura investigación formal, en el 38% se cumplió con los tiempos y en el 58% no se cumplieron los mismos.

En el 100% de los casos, se evidencia que se está dentro de los tiempos desde la apertura de investigación formal, hasta la apertura del periodo probatorio y/o el fallo de primera instancia.

Por último, se evidencia que el 79% de los casos están asociados entre particulares, el 21% están asociados a la intervención de entidades del Estado.

No se evidencia el trámite de revocatoria de primera instancia.

## 4.3. PROCESO DE REGISTRO PROFESIONAL

### 4.3.1. Procedimiento de trámite de matrículas y certificados

Se realizó la consulta y descarga de la base de datos del BPM correspondiente a matrículas profesionales, certificados de inscripción profesional para profesiones afines y auxiliares, así como certificados de matrícula para maestros de obra, correspondiente a la vigencia 2025.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría No.</b>		<b>15-26</b>
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>24</b>	<b>04</b>	<b>2026</b>

Posteriormente, se seleccionó una muestra aleatoria de 14 casos, con el propósito de verificar el control, mediante la comparación de la información registrada en la resolución seccional frente a la consignada en el acta de grado del solicitante (número y fecha de la resolución, nombres y apellidos, institución de educación superior —IES—, título y fecha de grado), así como el cumplimiento de los tiempos establecidos en el procedimiento.

Para el 100% de la muestra seleccionada (14 casos), se evidenció que los datos registrados en la resolución (número y fecha de la resolución, nombres y apellidos, institución de educación superior —IES—, título y fecha de grado) coinciden con la información consignada en el acta de grado.

Sin embargo, para el 14% de la muestra (2 casos), no se dio cumplimiento a los tiempos establecidos en el procedimiento de trámites de matrículas y certificados RP-pr-01, numeral 5.12, el cual establece un plazo de 20 días hábiles. Ver tabla No. 1

**Tabla 1** Casos resueltos fuera de termino

<b>Número de caso</b>	<b>Fecha de creación del caso (Desde)</b>	<b>Número de Expediente</b>	<b>Desde Fecha fin de proceso</b>	<b>Días de gestión entre la fecha de inicio y la fecha de cierre de la solicitud</b>
10309297	5/02/2025	E202514010009745	31/03/2025	39
11772259	30/09/2025	EXP-1401-00000655-2025	29/10/2025	21

**Fuente:** BPN y elaboración OCI.

#### **4.3.2. Criterios para el tratamiento del servicio no conforme**

Como parte de la evaluación del proceso de registro profesional, se verifico la aplicación de los controles establecidos para la prevención de salidas no conformes, específicamente los denominados “verificación previa a la resolución regional” del Procedimiento de Trámite de Matrículas y Certificados, cuya responsabilidad recae en el secretario seccional.

Expuesto lo anterior, durante la prueba de recorrido se evidenció la realización de una revisión aleatoria del 20% de las solicitudes que ingresan a la bandeja del sistema BPM para la firma de las resoluciones seccionales. Como evidencia, se documenta uno de los casos analizados en la prueba, junto con el correo electrónico remitido al área de registro, en el cual se reportan las novedades y el detalle de los casos revisados. Así mismo, en la verificación en campo se evidenció la existencia de una carpeta que contiene el consolidado diario en formato Excel, debidamente fechado.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>		<b>Auditoría No.</b>	<b>15-26</b>	
			<b>Fecha del informe</b>		
			<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
			<b>24</b>	<b>04</b>	<b>2026</b>

#### **4.4. PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN CON LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

Durante el ejercicio de auditoría se verificó el cumplimiento de las actividades establecidas en el procedimiento Gestión con las Instituciones de Educación Superior RP-PR-03 V2. En tal sentido, se realizó la prueba de recorrido en campo y, una vez analizadas las evidencias aportadas, así como las respuestas suministradas durante la entrevista con el Profesional Universitario, se establece lo siguiente:

Se indagó sobre el procedimiento a seguir en caso de presentarse solicitudes por parte de Instituciones de Educación Superior (IES), relacionadas con el cargue de listados en el micrositio, así como con solicitudes de cambio de contraseñas, entre otras. Al respecto, la profesional responsable manifestó que, en caso de presentarse dichas solicitudes, recurriría al apoyo del área de Registro para recibir orientación y elaboraría un video de respuesta dirigido a la IES, en el cual se socializaría el contenido del artículo 9 de la Ley 842 de 2003.

Si bien esta acción podría considerarse una buena práctica, es importante precisar que el procedimiento establece actividades específicas para la atención de este tipo de requerimientos. En este sentido, se identifica la necesidad de fortalecer la capacitación de la profesional en lo relacionado con el procedimiento en particular el cargue de egresados y el trámite relacionado con solicitudes de credenciales de acceso al micrositio, con el fin de asegurar el cumplimiento de lo establecido en el procedimiento y bajo sus actividades.

Por su parte, el Secretario Seccional indicó que durante la vigencia 2025 no se presentaron este tipo de requerimientos y que cuenta con el conocimiento necesario para gestionar las solicitudes de asignación o modificación de credenciales de acceso al micrositio. De igual manera, aunque no ha sido requerido el uso del Anexo 7.2 "Formato de Solicitud de Credenciales", se evidenció un conocimiento parcial sobre su aplicación y el procedimiento asociado.

Respecto de las demás actividades asociadas al procedimiento, se evidenció su cumplimiento conforme a lo establecido.

#### **4.5. PROCEDIMIENTO DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA**

La evaluación tuvo como propósito verificar la conformidad de las actividades frente a lo establecido en el procedimiento de Inspección y Vigilancia IV-PR-01, vigente a partir de marzo de 2025 (10.<sup>a</sup> actualización). Para tal efecto, se revisó el programa de inspección definido y aprobado para la vigencia 2025 por la Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento, correspondiente a la Secretaría Seccional del Valle del Cauca. Dicho programa fue suministrado por el Secretario Seccional. A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la verificación realizada:

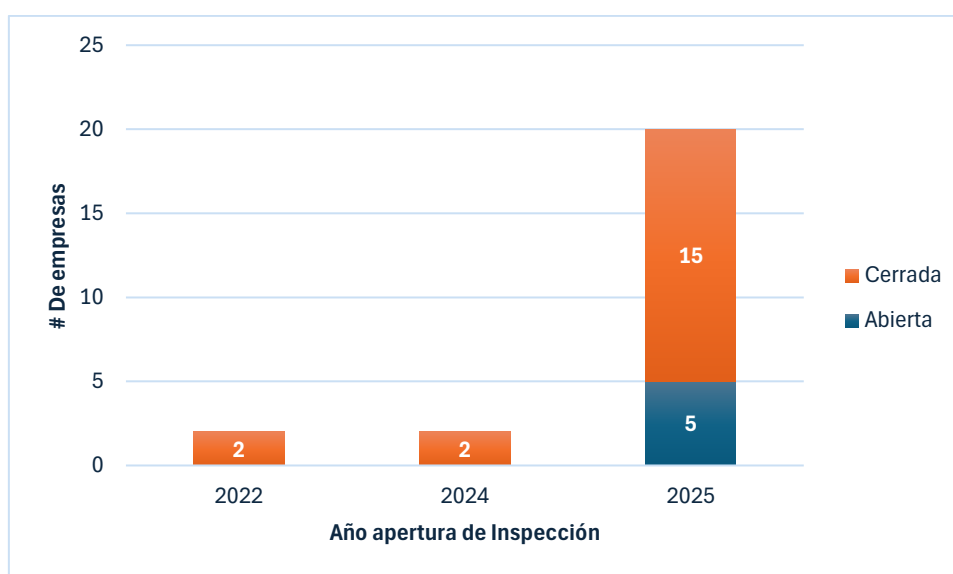
##### **Estado del programa de inspección administrativa – vigencia 2025.**

De acuerdo con la información suministrada en el programa de inspección remitido por la Secretaría el 16 de marzo de 2026, se identificó un total de 24 empresas con corte al 31 de diciembre de 2025. De estas, 19 inspecciones fueron cerradas durante la vigencia 2025, mientras que 5 se encontraban en estado abierto.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría No. 15-26</b>		
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>24</b>	<b>04</b>	<b>2026</b>

**Tabla 2** Programa de inspección por vigencias.

Año de apertura	Estado		Total, general	% de Cierre
	Abierta	Cerrada		
2022		2	2	100%
2024		2	2	100%
2025	5	15	20	75%
<b>Total, general</b>	<b>5</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>79%</b>



**Análisis:**

- De los casos de inspección administrativa iniciados en la vigencia 2022, se evidencia el cierre del 100% de las actuaciones.
- De igual forma, los casos de inspección administrativa iniciados en la vigencia 2024 presentan un nivel de cierre del 100%.
- En cuanto a los casos iniciados en la vigencia 2025, se evidencia un avance del 75% en su ejecución, manteniéndose un 25% de las actuaciones en estado abierto.
- Si bien se evidenciaron dos (2) inspecciones con apertura en la vigencia 2022 y cierre en 2025, es preciso señalar que una de estas corresponde al caso de COLOMBINA S.A., el cual derivó en un proceso sancionatorio con imposición de multa que actualmente se encuentra en curso. En el expediente se observa que, en el marco de dicho proceso, se dio traslado al Director General de Crédito Público y del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda mediante Memorando No. 22023147600032893 del 25 de septiembre de 2023, para lo de su competencia. Así mismo el proceso manifiesta que continúan las actuaciones en el caso.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría No.		15-26
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		24	04	2026

### **Verificación de cumplimiento normativo y procedimental.**

Para el análisis de los casos correspondientes al programa de inspección y vigilancia, con corte al 31 de diciembre de 2025 y remitido mediante correo electrónico del 16 de marzo de 2026, se identificó un universo de 24 empresas. Sobre este total se aplicó un muestreo aleatorio simple, con un nivel de confianza del 90 % y un margen de error del 10 %, determinándose una muestra de 8 casos para su revisión. Al respecto, se evidencia un nivel de cierre del 79% de las actuaciones correspondientes a la vigencia 2025, lo que refleja que a cierre de vigencia existía un rezago en la ejecución del programa.


Como criterio de evaluación se consideró el procedimiento IV-pr-01, en su versión vigente a partir de marzo de 2025 10.<sup>a</sup> actualización. La revisión se efectuó sobre los expedientes electrónicos disponibles en el sistema de gestión documental SOOADC.

Como resultado de la revisión de la muestra de auditoría, se evidenció que las 8 inspecciones se ejecutaron conforme a los lineamientos establecidos en el procedimiento IV-pr-01 (págs. 12 a 24). No obstante, se identificaron las siguientes situaciones:

- Inactividad procesal en un (1) auto: Se identifica una desviación en el seguimiento del último auto proferido en la inspección a la sociedad AMERICANDY S.A.S., de fecha 5 de enero de 2026, mediante el cual se concedió término perentorio de 10 días hábiles. Lo anterior, toda vez que, una vez vencido dicho término y con corte a la fecha de la prueba de auditoría (14 de abril de 2026), han transcurrido aproximadamente 2 meses sin que se evidencien actuaciones documentadas posteriores por parte del COPNIA en el expediente, lo que denota una debilidad en el seguimiento.
- En la inspección adelantada a la empresa AVÍCOLA POLLO LISTO S.A.S., se identificó que en el informe de resultados de verificación emitido por el COPNIA fueron relacionadas 2 personas como en ejercicio no autorizado de la profesión, pese a que ya contaban con inscripción vigente en dicho registro.

Al respecto, se evidenció que la empresa, mediante comunicación del 12 de mayo de 2025, había allegado oportunamente los soportes correspondientes, tales como diplomas, manuales de funciones y tarjetas profesionales expedidas por el COPNIA, entre otros, los cuales reposaban en el expediente al momento de la verificación. En consecuencia, se identifica una debilidad en la etapa de verificación y validación de la información, toda vez que, pese a existir evidencia, estas personas fueron incluidas de manera incorrecta en el informe. Adicionalmente, se evidencian inconsistencias en los números de identificación registrados en el informe frente a los datos reales de las dos (2) personas.

- Se evidencia seguimiento por parte del proceso frente a la verificación del cumplimiento de las obligaciones establecidas en los informes de resultados de verificación. Así mismo, se observan actuaciones tales como la remisión de comunicaciones oficiales orientadas a reiterar las órdenes impartidas e insistir en el cumplimiento de lo dispuesto en los actos administrativos. Si bien no son inmediatas, lo anterior evidencia la implementación de acciones de control y seguimiento por parte de los responsables.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría No.		15-26
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		24	04	2026

- En las 4 inspecciones en las que aplicó, se evidenció la emisión del informe de resultados de verificación, así como su respectivo seguimiento, mediante auto por el cual se concede término perentorio o a través de la respuesta oportuna por parte de la empresa, permitiendo la continuidad del proceso.

Ver anexo del Informe.

### Conclusiones:


- De un total de 24 inspecciones proyectadas para la vigencia 2025, se alcanzó el cierre de 19, lo que corresponde a un nivel de ejecución del 79%. Este resultado refleja un avance en la implementación del programa de inspección y vigilancia. No obstante, el 21% restante no alcanzó su cierre al corte evaluado, por lo que se recomienda fortalecer las acciones de seguimiento y control, con el fin de garantizar la culminación oportuna de las actuaciones y evitar la acumulación de casos en estado abierto para las siguientes vigencias.
- De la muestra seleccionada, se evidenciaron actuaciones orientadas a la imposición de 2 multas en el marco de las inspecciones adelantadas a las empresas evaluadas, lo que demuestra la aplicación efectiva de las medidas sancionatorias previstas en el procedimiento y en la norma. Lo anterior evidencia que la Seccional Valle del Cauca presenta un desempeño proactivo en este tipo de actuaciones, así como el cumplimiento de los criterios normativos y procedimentales establecidos.
- Se concluye que la Seccional presenta cumplimiento frente a los lineamientos establecidos en el procedimiento IV-pr-01, evidenciándose que las actuaciones revisadas se ejecutan, en su mayoría, conforme a los términos y actividades definidas.
- Se identificaron situaciones puntuales que requieren fortalecimiento, tales como debilidades en la verificación y validación de la información en un caso específico, así como una desviación en el seguimiento posterior al vencimiento de términos perentorios, lo que podría afectar la oportunidad en la toma de decisiones y el cierre efectivo de las actuaciones.

#### 4.6. PROCEDIMIENTO DE DENUNCIAS

La evaluación del procedimiento de denuncias se fundamentó en el análisis de la base de datos de las resoluciones nacionales de denegación de trámites de registro profesional, remitida por el Secretario General de la Seccional. El objetivo de la revisión consistió en verificar el cumplimiento de la obligación de instaurar las denuncias penales correspondientes ante la autoridad competente, conforme a lo dispuesto en los actos administrativos de denegación y en el procedimiento de denuncias.

Mediante comunicación remitida por correo electrónico el 16 de marzo de 2026, el Secretario General de la Seccional suministró una base de datos con 4 registros correspondientes a resoluciones de denegación de matrícula profesional emitidas durante la vigencia 2025.

Con base en la validación de la información suministrada y la revisión de los documentos que reposan en los expedientes, se evidenció que, para el 100% de los casos analizados, las

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría No.</b>		<b>15-26</b>
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>24</b>	<b>04</b>	<b>2026</b>

resoluciones nacionales emitidas por el COPNIA ordenaron la instauración de denuncia penal. En consecuencia, se procedió a verificar en el gestor documental SOADOC los expedientes y los soportes de los comunicados oficiales remitidos a la autoridad competente, evidenciándose lo siguiente:

Para los 4 casos analizados, se evidenció que las denuncias ante la autoridad competente fueron interpuestas en la vigencia 2026. Si bien estas se llevaron a cabo, es preciso indicar que el procedimiento CV-pr-02 Denuncias, vigente a partir de noviembre de 2018 (2.<sup>a</sup> actualización), establece en su actividad No. 3 que: *"Una vez se cuente con todos los soportes documentales, se procederá a interponer la(s) denuncia(s) ante la autoridad competente."*

En este sentido, se realizó el cálculo de los días hábiles transcurridos entre la fecha en que se tuvo conocimiento del hecho —esto es, la confirmación por parte de la IES de que la persona no era egresada de dicha institución— y la fecha de interposición de la denuncia. Así mismo, se calculó el tiempo transcurrido entre la fecha de emisión de la resolución de denegación en segunda instancia y la fecha de presentación de la denuncia ante la autoridad competente. Ver Tabla No. 3.

**Tabla 3** Calculo días hábiles transcurridos para las denuncias

Número del caso	Fecha de confirmación de la IES	Fecha Resolución Secretaría Seccional (primera instancia)	Fecha de resolución nacional (segunda instancia)	Fecha de memorando - Denuncia ante Fiscalía	Días hábiles entre segunda instancia y denuncia	Días hábiles entre confirmación IES y denuncia
9715529	27/11/2024	12/12/2024	20/02/2025	7/01/2026	217	275
9709121	26/11/2024	30/12/2024	7/03/2025	14/03/2026	253	323
10997694	27/05/2025	24/06/2025	25/07/2025	14/03/2026	160	200
11160730	18/07/2025	23/07/2025	29/08/2025	14/03/2026	137	165

**Fuente:** BPN, Expedientes documentales y elaboración OCI

De acuerdo con la información presentada en la Tabla No. 3, se evidencia que en la totalidad de los casos analizados existen demoras en la interposición de las denuncias ante la Fiscalía General de la Nación.

En particular, el tiempo transcurrido entre la emisión de la resolución nacional en segunda instancia y la interposición de la denuncia oscila entre 137 y 253 días hábiles. Así mismo, al analizar el periodo comprendido entre la fecha de confirmación del hecho por parte de la IES y la denuncia, se evidencian tiempos que varían entre 165 y 323 días hábiles.

Lo anterior evidencia una desviación en la oportunidad de la interposición de las denuncias frente a lo establecido en el procedimiento, lo que podría afectar la eficacia de las actuaciones de la Entidad y una debilidad en el cumplimiento de los principios de eficacia y celeridad consagrados en el artículo 3 de la Ley 1437.

Esta situación constituye un riesgo para la Entidad, en la medida en que la demora en la interposición de la denuncia podría permitir que las personas involucradas ejerzan o ejecuten actividades con documentación falsa correspondiente a la "profesión de ingeniero" sin el

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría No.		15-26
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		24	04	2026

cumplimiento de los requisitos legales, incrementando el riesgo de afectación a terceros y comprometiendo la reputación en el cumplimiento de las funciones COPNIA al no ser oportuna la presentación de la respectiva denuncia.

En consecuencia, se recomienda realizar un análisis detallado de los tiempos transcurridos en cada caso, con el fin de identificar las causas de la demora y evaluar los posibles riesgos jurídicos asociados a la tardanza en la presentación de las denuncias, así como definir acciones de mejora orientadas a garantizar la oportunidad en estas actuaciones.

#### **4.7. PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL**

La evaluación de la gestión documental se llevó a cabo con base en lo establecido en el Instructivo de Aplicación de Tablas de Retención Documental GD-IT-03, vigente a partir de junio de 2024 (4.ª actualización), así como en el Programa de Descripción Documental V2.

En este contexto, se verificó la adecuada conformación de los expedientes correspondientes a la vigencia 2025 de la Secretaría Seccional, atendiendo a los lineamientos y requisitos definidos en la normativa aplicable en materia de gestión documental. Como resultado de la verificación, a nivel general se evidenciaron las siguientes situaciones:

- Documentos duplicados
- Documentos en blanco o en borrador
- Documentos con restricciones de acceso
- Documentos sin número de radicado, ni firma
- Documentos mal clasificados según su tipo documental (TRD) Vigente

Si bien se evidenciaron novedades relacionadas con una inadecuada clasificación documental frente a lo establecido en las Tablas de Retención Documental (TRD), es preciso indicar que durante la vigencia 2025 se implementó el nuevo sistema de gestión documental SOOADOC. Al respecto, el proceso manifiesta que, debido a dificultades en el cargue y migración de documentos al nuevo sistema, se han presentado novedades en la aplicación de la nomenclatura documental, así como limitaciones para la realización de cargues masivos de información.

Expuesto lo anterior se precisa que:

- La debilidad presentada frente a la conformación de los expedientes puede llegar generar pérdida, duplicidad o inconsistencias en los documentos, afectando la trazabilidad y confiabilidad de la información.
- La debilidad de organización conforme a las Tablas de Retención Documental (TRD) puede dificultar la ubicación oportuna de los expedientes, impactando la eficiencia en la atención de solicitudes internas y externas.
- El no cumplimiento de lineamientos establecidos en los procedimientos internos, así como en la TRD en materia documental, puede derivar en incumplimientos frente a la normativa archivística aplicable, con posibles observaciones de entes de control.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría No.		15-26
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		24	04	2026

#### 4.8. PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

##### 4.8.1. Procedimiento de manejo de bienes - Inventarios

Con el propósito de verificar el cumplimiento de lo establecido en el procedimiento de manejo de bienes AB-PR-02 V8, vigente desde junio de 2023, específicamente en los numerales 10<sup>1</sup> y 5.12<sup>2</sup>, el día 17 de marzo de 2026 se llevó a cabo una inspección física. Durante la jornada, se realizó la verificación de los activos fijos asignados a cada funcionario, mediante su cotejo con la relación suministrada por el área administrativa, así como la validación de su correcta identificación mediante placa de inventario.

Como resultado de la revisión, se identificaron las siguientes situaciones:

Se validó un total de 68 activos fijos, de 98 registrados en la base de inventario de activos fijos de la Seccional Valle del Cauca. Al respecto, se evidenciaron las siguientes novedades:

- Las sillas ergonómicas que actualmente utilizan los funcionarios no cuentan con placa de identificación; sin embargo, se manifestó que el 25 de febrero de 2026 se solicitó, mediante correo electrónico, al área administrativa la asignación de las respectivas placas, al igual que la nueva cafetera y el apuntador.
- Algunos activos cuentan con dos placas de identificación (la antigua y la nueva). En este sentido, se recomienda al proceso de Administración de Bienes impartir las orientaciones necesarias para el retiro de las placas respectivas, con el fin de evitar duplicidad en la identificación de los activos y certeza en la información.
- Se evidenció que el funcionario Luis Fernando Ordoñez Lozada no cuenta con un puesto de trabajo asignado de manera permanente, situación que podría generar riesgos asociados a las condiciones de seguridad y salud en el trabajo cuando se presenta la asistencia presencial total de los funcionarios. De acuerdo con lo manifestado por el secretario seccional, bajo el esquema de alternancia se procura que las dos personas que utilizan el mismo puesto de trabajo no coincidan en el mismo día; no obstante, esta medida no elimina el riesgo en escenarios de presencialidad simultánea.
- La tablet registrada en la base de datos con el número 160400157 no cuenta con la placa de identificación correspondiente; en su lugar, presenta una cinta con el número indicado.

<sup>1</sup> Numeral 10 "Anualmente, todos los funcionarios deberán realizar una verificación de asignación y plaquetización de los activos fijos y bienes de control a su cargo, para lo cual el profesional de gestión remitirá la información referente al inicio de esta actividad, emitiendo los listados de inventarios (...).

<sup>2</sup> Numeral 5.12. Manejo y control general de bienes muebles e inmuebles y bienes de consumo "Que la codificación de control físico esté unificada, controlada permanente y debidamente sistematizada.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría No.		15-26
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		24	04	2026

- Se evidenció que la silla interlocutora identificada con el número de placa 130300111 no se encuentra asignada en el inventario correspondiente.
- Se recomienda reasignar el teléfono con número de placa 150100064, correspondiente a un teléfono Panasonic KX-TS600 con display, al personal técnico, considerando que es el equipo que se encuentra funcionando actualmente. Así mismo, se recomienda validar las bajas de los teléfonos que se encuentran almacenados en el archivador.

Las novedades identificadas en este informe se reportan como una conformidad con observación, toda vez que el proceso de Administración de Bienes y Servicios mantiene abierta la **No conformidad No.02-1625** (formalizada en el informe de auditoría del 24 de diciembre de 2025).

Dicha situación evidencia la persistencia de debilidades en el cumplimiento del procedimiento de manejo de activos, particularmente en lo relacionado con el control, registro y actualización oportuna de las novedades del inventario general de la entidad.

#### **4.9. PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO.**

Durante la prueba de recorrido realizada los días 16, 17 y 18 de marzo de 2026, se evidenció el cumplimiento del protocolo de atención al ciudadano, así como el conocimiento por parte del personal —incluida la reciente vinculación del técnico— respecto a su contenido, ubicación en la página web institucional y el procedimiento de traslado de solicitudes al Ministerio de Cultura, cuando aplica. En la verificación en sitio, se observó el uso de un lenguaje apropiado, claro y cercano en la atención, orientado a generar confianza y facilitar la comprensión por parte de los ciudadanos, lo cual refleja una adecuada aplicación del protocolo.

Adicionalmente, se evidenció que, bajo el esquema de alternancia, se procura contar de manera permanente con un profesional o técnico que apoye la atención al ciudadano, especialmente cuando el abogado asignado se encuentra en modalidad presencial, con el fin de garantizar la continuidad y calidad del servicio.

#### **4.10. PLAN DE DIVULGACIÓN**

La evaluación se realizó tomando como referencia el programa de divulgación correspondiente a la vigencia 2025, remitido por la Secretaría. Con el propósito de verificar el cumplimiento de las actividades definidas en las seis (6) estrategias que integran dicho programa, se efectuó la revisión de la totalidad de las Instituciones de Educación Superior (IES) contempladas.

Como resultado del análisis realizado, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Tras la revisión documental, se evidenció un cumplimiento del 100% de las seis (6) estrategias definidas en el plan de divulgación. Así mismo, se verificó que cada una cuenta con los respectivos soportes y evidencias, tales como listas de asistencia, oficios de remisión, presentaciones e informes semestrales, lo que demuestra la gestión operativa del plan.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría No.</b>		<b>15-26</b>
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>24</b>	<b>04</b>	<b>2026</b>

- Se evidencia como buena práctica que la Seccional Valle del Cauca, que promueve actividades de divulgación caracterizadas y alineadas con la cultura de su grupo de valor, mediante la propuesta de implementación de piezas publicitarias dirigidas a ingenieros y tecnólogos con enfoque de “caleñidad”. Esta iniciativa permitiría fortalecer la cercanía institucional, promoviendo y favoreciendo una comunicación más efectiva con los estudiantes.
- De acuerdo con lo expuesto por el responsable del proceso, manifiesta que se deben fortalecer las estrategias de comunicación en las jornadas de socialización, incorporando metodologías más dinámicas, participativas y acordes con las tendencias actuales, con el fin de mejorar la captación de la atención y facilitar una mayor apropiación de los contenidos por parte del grupo de valor, especialmente los estudiantes.
- Respecto a la Estrategia No. 2, se recomienda que los informes de brechas sean emitidos con posterioridad a las fechas estimadas de grado de las Instituciones de Educación Superior (IES), fortaleciendo adicionalmente el análisis de las posibles causas que originan dichas brechas, con el fin de establecer acciones que contribuyan a su disminución. Lo anterior, considerando la importancia de que este ejercicio no se realice únicamente una vez al año, sino que cuente con una periodicidad que permita un seguimiento más recurrente.

## 5. HALLAZGOS

El resultado del presente ejercicio de auditoría alcanzó un nivel de cumplimiento del 96.7%. Se evaluaron un total de 30 criterios de auditoría, de los cuales cinco presentaron oportunidades de mejora según se detalla a continuación.

### 5.1 REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO – CONFORMIDADES CON OBSERVACION

Criterio	Evidencia
<p><b>Procedimiento de Denuncias ICV-pr-02</b> Vigente a partir de noviembre de 2018 2da. Actualización</p> <p><b>Actividad 3: Denuncia</b></p> <p>“Una vez se cuente con todos los soportes documentales, se procederá a interponer la(s) denuncia(s) ante la autoridad competente.”</p>	<p>Para los 4 casos analizados, se realizó el cálculo de los días hábiles transcurridos entre la fecha en que se tuvo conocimiento del hecho —esto es, la confirmación por parte de la IES de que la persona no era egresada de dicha institución— y la fecha de interposición de la denuncia. Así mismo, se calculó el tiempo transcurrido entre la fecha de emisión de la resolución de denegación en segunda instancia y la fecha de presentación de la denuncia ante la autoridad competente. Ver Tabla No. 3.</p>

**Tabla 3** Cálculo días hábiles transcurridos para las denuncias

Número del caso	Fecha de confirmación de la IES	Fecha Resolución Secretaría Seccional (primera instancia)	Fecha de resolución nacional (segunda instancia)	Fecha de memorando - Denuncia ante Fiscalía	Días hábiles entre segunda instancia y denuncia	Días hábiles entre confirmación IES y denuncia
9715529	27/11/2024	12/12/2024	20/02/2025	7/01/2026	217	275
9709121	26/11/2024	30/12/2024	7/03/2025	14/03/2026	253	323
10997694	27/05/2025	24/06/2025	25/07/2025	14/03/2026	160	200
11160730	18/07/2025	23/07/2025	29/08/2025	14/03/2026	137	165

**Fuente:** BPN, Expedientes documentales y elaboración OCI

En particular, el tiempo transcurrido entre la emisión de la resolución nacional en segunda instancia y la interposición de la denuncia oscila entre 137 y 253 días hábiles. Así mismo, al analizar el periodo comprendido entre la fecha de confirmación del hecho por parte de la IES y la denuncia, se evidencian tiempos que varían entre 165 y 323 días hábiles.

Lo anterior evidencia una desviación en la oportunidad de la interposición de las denuncias frente a lo establecido en el procedimiento (una vez se cuente con todos los soportes documentales), lo que podría afectar la eficacia de las actuaciones de la Entidad y una debilidad en el cumplimiento de los principios de eficacia y celeridad consagrados en el artículo 3 de la Ley 1437.

Criterio	Evidencia
<p><b>Procedimiento de Inspección y Vigilancia IV-pr-01</b> Ejecución de la actuación administrativa, ítem 8, página 9.</p> <p>Una vez recibida la información, la secretarías regionales y seccionales procederán a valorar las pruebas documentales (manual de funciones, perfil de cargo, títulos académicos, certificaciones, contrato laboral, incapacidades, permiso sindical, entre otros), con el fin de establecer si los profesionales, afines, auxiliares reportados cuentan con el Registro Profesional o si por el contrario, se encuentran en ejercicio ilegal o no autorizado de la profesión, y</p>	<p>En la inspección adelantada a la empresa AVÍCOLA POLLO LISTO S.A.S., se evidenció que en el informe de resultados de verificación se incluyeron dos (2) personas como en ejercicio no autorizado de la profesión, pese a que contaban con inscripción vigente en el registro profesional.</p> <p>Al respecto, se verificó que la empresa, mediante comunicación del 12 de mayo de 2025, había allegado los soportes correspondientes, los cuales reposaban en el expediente al momento de la validación (entre esta copia de la tarjeta profesional). No obstante, se identificó que en el listado de personal remitido por la empresa formato Excel se presentaban errores en los números de identificación de dichas personas, los cuales fueron replicados en el informe emitido por el COPNIA.</p>

procederá a informar la validación realizada a la persona natural o jurídica inspeccionada mediante auto que emite informe de verificación en el cual otorgará un plazo de 15 días hábiles para regularizar la situación.

**Actividad 5, Pruebas**

Lo anterior evidencia una debilidad en la etapa de verificación y validación de la información, al no detectarse inconsistencias entre los soportes documentales y la información reportada, generando conclusiones imprecisas en el informe.

Criterio	Evidencia
----------	-----------

Instructivo de aplicación tablas de retención documental GD-it-03 Vigente a partir de junio de 2024 5ta Actualización.

**7.3 Depuración documental**

No se deben guardar documentos que son borradores, correcciones, duplicados innecesarios, fotocopias de artículos de prensa, normatividad, invitaciones y hojas en blanco que no se especifiquen como anexo de otro documento. (...)

**Norma ISO 9001:2015**, apartado 7.5.3.1 Control de la información documentada, literal a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.

Como resultado de la verificación, a nivel general se evidenciaron las siguientes situaciones:

- Documentos duplicados
- Documentos en blanco o en borrador
- Documentos con restricciones de acceso
- Documentos sin número de radicado, ni firma
- Documentos mal clasificados según su tipo documental (TRD) Vigente

Expedientes:

- E202214760040616 – 4321433
- E202514760015318 – 10500145
- E202414760019579 – 8024622
- E202514760015315 - 10500088
- E202514760015327 – 10500209
- E202514760015337 – 10500222
- E202514760017250 – 10500232
- E202514760015312 - 10499834

Criterio	Evidencia
----------	-----------

Procedimiento de inspección y vigilancia IV-pr-01-vigente a partir de marzo 2025 10ª actualización

Actividad 10


Iniciar trámite de Renuencia (Artículo 51 del CPACA)

En caso de que el investigado no suministre la información requerida

Se identifica una desviación en el seguimiento del último auto proferido en la inspección a la sociedad AMERICANDY S.A.S., de fecha 5 de enero de 2026, mediante el cual se concedió término perentorio de 10 días hábiles. Lo anterior, toda vez que, una vez vencido dicho término y con corte a la fecha de la prueba de auditoría (14 de abril de 2026), han transcurrido aproximadamente 2 meses sin que se evidencien actuaciones documentadas posteriores por parte del COPNIA en el expediente, lo que denota una debilidad en el seguimiento del proceso.

dentro de los 10 días siguientes al plazo perentorio concedido, la Secretaría Seccional o Regional procederá para el caso de personas naturales o jurídicas de derecho privado a iniciar el trámite especial de renuencia contenido en el artículo 51 de la Ley 1437 de 2011 (CPACA). A. Elaborar auto ordenando traslado de explicaciones, el cual deberá ser notificado personalmente según el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. (...)

Criterio	Evidencia
<p>7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PARA SALIDA DE BIENES CONSUMO DEL ALMACÉN AL SERVICIO</p> <p>3. Registro y generación de nota de salida en el sistema. Con base las solicitudes aprobadas por el profesional de Gestión Administrativa, el Técnico Administrativo del área Administrativa elabora la nota de salida de bienes. En los formatos se relaciona uno a uno los elementos que se entregan, registrando el código de inventario según el sistema adoptado y el tipo de bien. <b>El registro se realiza en la misma fecha de entrega de los bienes,</b> con el fin de mantener actualizados los movimientos y saldos.</p> <p>8. NOVEDADES SOBRE EL INVENTARIO DE BIENES DEVOLUTIVOS Es responsabilidad del área administrativa mantener actualizada la información de cada cuentadante y de los respectivos bienes devolutivos a su cargo. Por tal motivo cada funcionario debe informar al área administrativa mediante correo electrónico y/o memorando, las</p>	<p>Las novedades identificadas en este informe se reportan como una conformidad con observación, toda vez que el proceso de Administración de Bienes y Servicios mantiene abierta la No conformidad No.02-1625 (formalizada en el informe de auditoría del 24 de diciembre de 2025).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las sillas ergonómicas que actualmente utilizan los funcionarios no cuentan con placa de identificación; sin embargo, se manifestó que el 25 de febrero de 2026 se solicitó, mediante correo electrónico, al área administrativa la asignación de las respectivas placas, al igual que la nueva cafetera y el apuntador.</li> <li>- Algunos activos cuentan con dos placas de identificación (la antigua y la nueva). En este sentido, se recomienda al proceso de Administración de Bienes impartir las orientaciones necesarias para el retiro de las placas respectivas, con el fin de evitar duplicidad en la identificación de los activos y certeza en la información.</li> <li>- La tablet registrada en la base de datos con el número 160400157 no cuenta con la placa de identificación correspondiente; en su lugar, presenta una cinta con el número indicado.</li> <li>- Se evidenció que la silla interlocutora identificada con el número de placa</li> </ul>

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría No.		15-26
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		24	04	2026

<p>novedades que se presenten con respecto a los bienes devolutivos que tiene a cargo, con el fin de que esta área realice los registros necesarios en el sistema de información y se mantenga actualizados los inventarios por cada funcionario u opere los procedimientos requeridos en caso de pérdida, daño o hurto de estos.</p>	<p>130300111 no se encuentra asignada en el inventario correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda reasignar el teléfono con número de placa 150100064, correspondiente a un teléfono Panasonic KX-TS600 con display, al personal técnico, considerando que es el equipo que se encuentra funcionando actualmente. Así mismo, se recomienda validar las bajas de los teléfonos que se encuentran almacenados en el archivador.</li> </ul>
---	---

## 6. REQUISITO DE NO CUMPLIMIENTO – NO CONFORMIDADES

En el presente informe de auditoría no se presentaron No conformidades a los procesos evaluados y a las actividades desarrolladas por la Seccional Valle del Cauca.

## 7. EVALUACIÓN DEL RIESGO

La evaluación de los riesgos de los procesos, en el marco de la presente auditoría, puede ser consultada en los respectivos informes finales de auditoría de los procesos misionales y de apoyo correspondientes a la vigencia 2025, disponibles en la página web de la Entidad.

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como resultado del ejercicio auditor realizado al proceso, se obtuvo un nivel de cumplimiento del 96.7% respecto a los criterios de auditoría establecidos.

En este contexto, se destacan aspectos positivos en la gestión de las actividades desarrolladas por la Seccional Valle del Cauca, evidenciando que los procedimientos evaluados se ajustan a la normativa aplicable y a los principios que rigen la función del COPNIA.

A continuación, se presentan las conclusiones y recomendaciones resultantes del análisis realizado

- Se concluye que la Seccional Valle del Cauca ha desempeñado un rol pionero en la imposición de sanciones que derivan en multas dentro del proceso de inspección y vigilancia, evidenciando una aplicación de las medidas sancionatorias previstas en la normativa vigente.
- Durante la vigencia 2025, se dio cumplimiento al plan de divulgación y a las estrategias establecidas, evidenciando iniciativas innovadoras orientadas a fortalecer la interacción con los grupos de valor. En particular, se destaca la propuesta de implementación de piezas publicitarias con enfoque de "caleñidad", la cual promueve actividades de divulgación más caracterizadas y alineadas con el contexto cultural, favoreciendo una comunicación más cercana y efectiva.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría No.		15-26
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		24	04	2026

- Se recomienda fortalecer el procedimiento de Denuncias ICV-pr-02 Vigente a partir de Noviembre de 2018, mediante la incorporación de lineamientos que permitan controlar la oportunidad en la interposición de las denuncias, con el fin de garantizar el cumplimiento de la obligación legal, mejorar los mecanismos de control interno y mitigar los riesgos asociados al cumplimiento de las funciones de la Entidad en esta materia.
- Se recomienda adelantar un proceso de depuración, organización y control de calidad de los expedientes migrados al nuevo sistema de gestión documental SOADOC, conforme a las disposiciones establecidas en la normativa archivística vigente, con el fin de garantizar la, integridad, disponibilidad y fiabilidad de la información.
- Se recomienda fortalecer la trazabilidad y soporte del proceso de verificación de los profesionales de la ingeniería reportados por la empresa inspeccionada, mediante la implementación de un instrumento (formato, matriz o anexo técnico) que permita evidenciar de manera integral el análisis realizado. Lo anterior con el fin de que se identifique claramente:

1. El universo de profesionales reportados por la empresa competencia del COPNIA
2. El Resultado de la verificación de la inscripción en el registro profesional.
3. La determinación de los posibles casos en ejercicio no autorizado.

Este soporte deberá permitir la trazabilidad entre la información reportada por la empresa y los resultados consignados en el informe de verificación, facilitando la validación, seguimiento y control del proceso.

## 8. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

La secretaria seccional Valle del Cauca no cuenta con plan de mejoramiento vigente de auditorías realizadas en años anteriores.

## 9. ANEXOS CONFORMIDADES CON OBSERVACIÓN

Se anexa el documento que contiene las evidencias que soportan las situaciones identificadas durante el ejercicio auditor.

Elaborado por: Yizeth Katherine Muñoz – Profesional Universitario OCI  
 Revisado por: Alberto Castiblanco Bedoya – Jefe Oficina de Control Interno