

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>		
ORGANIZACIÓN		
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL META		
SITIO WEB: <a href="http://www.contraloriameta.gov.co/">http://www.contraloriameta.gov.co/</a>		
LOCALIZACIÓN DEL SITIO PERMANENTE PRINCIPAL: Carrera 34 # 35-38 Villavicencio – Meta, Colombia		
Si la certificación cubre más de un sitio permanente donde se realicen actividades del sistema de gestión, indicar la localización de cada uno.		
Dirección del sitio permanente (diferente al sitio principal)	Localización (ciudad - país)	Actividades del sistema de gestión, desarrollados en este sitio, que estén cubiertas en el alcance
NA		
<b>ALCANCE DE LA CERTIFICACION:</b>		
Vigilancia de la gestión fiscal de las personas naturales y jurídicas que manejan bienes o fondos del orden departamental y de aquellos recursos que siendo municipales no cuentan con Contraloría Municipal.		
Surveillance of the fiscal management of the legal and natural persons who handle goods, assets and funds of the departmental order, and those resources that even being of the municipal order, do not count with Municipal Controllershship		
CÓDIGO IAF: 36		
<b>EXCLUSIONES JUSTIFICADAS</b>		
<b>7.3 Diseño y Desarrollo:</b> La Contraloría no diseña ni desarrolla productos o servicios, debido a que ejerce control fiscal al Patrimonio Público de acuerdo con el marco legal que le aplica.		
<b>REQUISITOS DE SISTEMA DE GESTION:</b> ISO 9001.2015 - NTC GP 1000:2009		
<b>GERENTE O DIRECTOR DE LA ORGANIZACIÓN</b>		
Nombre:	YENNY RUBIELA MANCERA CAMELO	
Cargo:	Contralora Departamental	
Correo electrónico	planeacion@contraloriameta.gov.co	
TIPO DE AUDITORIA:	<input type="checkbox"/> Inicial o de Otorgamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento <input checked="" type="checkbox"/> Renovación - actualización 2015 <input type="checkbox"/> Ampliación de alcance <input type="checkbox"/> Reducción de alcance <input type="checkbox"/> Reactivación <input type="checkbox"/> Extraordinaria <input type="checkbox"/> Renovación y actualización	
Aplica toma de muestra por multisitio: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Auditoría combinada: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Auditoría integrada: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
	FECHA	Días de auditoría)
Preparación de la auditoría y elaboración del plan	2016-09-14	0.5
Auditoría en sitio	2016-09- 26, 27 , 8 y 29	3.5
<b>EQUIPO AUDITOR</b>		

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



1. INFORMACIÓN GENERAL		
Auditor líder	Dora Marina Rojas	
Auditor	NA	
Experto Técnico	NA	
DATOS DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN		
Código asignado por ICONTEC	ISO 9001 SC4917-1	NTC GP :1000 GP196-1
Fecha de aprobación inicial	2007-10-24	2007-10-24
Fecha de próximo vencimiento:	2016-10-23	2016-10-23

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA
<ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.</li><li>• Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la Organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables en el alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión</li><li>• Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la Organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.</li><li>• Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión</li></ul>

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Los criterios de la auditoría incluyen la norma de requisitos de sistema de gestión, la información documentada del sistema de gestión establecida por la organización para cumplir los requisitos de la norma y documentos de origen externo aplicables.</li><li>• El alcance de la auditoría, las unidades organizacionales o procesos auditados se relacionan en el plan de auditoría, que hace parte de este informe.</li><li>• La auditoría se realizó por toma de muestra de evidencias de las actividades y resultados de la Organización y por ello tiene asociada la incertidumbre, por no ser posible verificar toda la información documentada.</li><li>• Se verificó la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales o reglamentarios aplicables en el alcance del sistema de gestión, establecidos mediante su identificación, la planificación de su cumplimiento, la implementación y la verificación por parte de la Organización de su cumplimiento.</li><li>• El equipo auditor manejó la información documentada suministrada por la Organización en forma confidencial y la retornó a la Organización, en forma física o eliminó la entregada en otro medio, solicitada antes y durante el proceso de auditoría.</li><li>• Al haberse ejecutado la auditoría de acuerdo con lo establecido en el plan de auditoría, se cumplieron los objetivos de ésta.</li><li>• ¿Se evidenciaron las acciones tomadas por la Organización para solucionar las áreas de preocupación, reportadas en el informe de la Etapa 1? (Se aplica solo para auditorías iniciales o de otorgamiento): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• Si se aplicó toma de muestra de múltiples sitios, indicar cuáles sitios permanentes se auditaron y en</li></ul>

**3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

que fechas: NA

- En el caso de Sistema de Gestión de la Calidad están justificadas las exclusiones acorde con lo requerido en el numeral 1.2 de la norma ISO 9001:2008, o la no aplicabilidad de algún requisito acorde con lo requerido en el numeral 4.3 de la norma ISO 9001:2015 o en el numeral 1 de las ISO/TS 22002 en sus diferentes partes?

Si  No  NA

Diseño y Desarrollo “Los servicios están basados específicamente en requisitos legales, es decir, han sido establecidos por la legislación,- ISO 9001:2015 Req. 8.3; NTCGP: Req. 7.3.

- ¿Se auditaron actividades en sitios temporales o fuera del sitio (¿Por ejemplo, instalaciones de cliente, proyectos (de acuerdo al listado de contratos o proyectos entregado por la Organización?

Si  No  NA

- ¿Es una auditoría de ampliación o reducción?

Si  No

En esta auditoria se actualiza el sistema a la norma ISO 9001.2015

- ¿En el caso de los esquemas en los que es aplicable el requisito de diseño y desarrollo del producto o servicio

Si  No

- ¿Existen requisitos legales para el funcionamiento u operación de la Organización o los proyectos que realiza, por ejemplo, habilitación, registro sanitario, licencia de funcionamiento, licencia de construcción, licencia o permisos ambientales en los que la Organización sea responsable?:

Si  No

- ¿Se evidencian cambios significativos en la Organización, desde la anterior auditoría, por ejemplo, relacionados con alta dirección, estructura organizacional, sitios permanentes bajo el alcance de la certificación, entre otros?

Si  No

Se presentó el cambio de la Señora Contralora.

- ¿Se auditaron actividades en turnos nocturnos?

Si  No

- ¿Se encontraron controlados los procesos de origen externo (out sourcing), cuyo resultado incide en el producto o servicio y que hacen parte del alcance de certificación

Si  No  No aplica

- ¿Se presentaron, durante la auditoria, cambios que hayan impedido cumplir con el plan de auditoría inicialmente acordado con la Organización?

Si  No

**3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

- ¿Existen aspectos o resultados significativos de esta auditoría, que incidan en el programa de auditoría del ciclo de certificación?  
Si  No
- ¿Quedaron puntos no resueltos en los casos en los cuales se presentaron diferencias de opinión sobre las NC identificadas durante la auditoría?  
Si  No
- Se verificó si la Organización implementó o no, el plan de acción establecido para solucionar las no conformidades menores pendientes de la auditoría anterior de ICONTEC y si fueron eficaces.

NA X

**4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA**

**DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL**

- 4.1.1** Gestión del Cambio y Gestión del Conocimiento: Dentro de las acciones de mejora sobre estos aspectos es importante que se haga referenciación con otros modelos bien sea dentro de las entidades del Estado o del sector real para fortalecer y lograr que se conviertan en factores que aporten a la gestión y reconocimiento de la Entidad.
- 4.1.1** Revisión por la Dirección: a) El análisis de la información de resultados que se presenta en el ejercicio de Revisión para que se haga con mayor profundidad, efectuando las comparaciones con periodos o resultados anteriores de manera que se pueda evidenciar y concluir sobre el nivel de mejora del sistema, b) en el caso de los resultados de los indicadores es conveniente que los análisis sean más claros señalando si los resultados que se mencionan reflejan cumplimientos o incumplimientos. Eje. “En el primer semestre de las metas del plan estratégico para la vigencia 2016 se ha cumplido el 31.67% de las metas programadas”, “. El plan de acción institucional se encuentra en un cumplimiento del 40%.”, no se puede determinar si los resultados están acorde o la Alta Dirección debe solicitar la toma de acciones.
- 4.1.2** Formulación y seguimiento del Plan de Acción: Al formular el plan de acción por procesos, es importante que se fijen las metas acordes con los periodos de medición ej. Metas bimensuales, trimestrales, semestrales, anuales, ya que si los resultados de los periodos se comparan con la meta anual se reflejan incumplimientos que no son reales y si no se fijan no se puede aplicar el concepto de medición: “comparar con una unidad establecida que se toma como referencia”.

**RESPONSABILIDAD FISCAL Y JURISDICCIÓN COACTIVA- SANCIONATORIOS**

- 4.1.13** Revisar los procedimientos en relación con la necesidad de registrar las horas de apertura para la radicación de del proceso y una vez analizada su aplicabilidad y justificación determinar si

## **4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA**

importante y si se requiere en caso negativo es importante modificar el procedimiento Administrativo Sancionatorio Numeral 5.2.

- 4.1.14 Considerar incluir dentro de los proyectos de mejora documental el desarrollo de la estrategia Cero Papel, para lo cual en forma previa a las actividades de digitalización de los documentos es importante determinar qué documentos deben pasar a este proceso. Igualmente es importante definir cómo se integrarán a las TRD las series de conservación magnética o digital.

### **CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO**

- 4.1.5 Analizar la importancia de reflejar en la caracterización del proceso las actividades de prevención, disuasión y en general las que permitan evidenciar la gestión preventiva que se desarrolla para disminuir la ocurrencia de eventos con consecuencia disciplinaria.

### **GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**

- 4.1.6 Utilizar los pasos que prevé la ley de Contratación para homologarlos con el cumplimiento de los requisitos de selección, evaluación y reevaluación que establecen las normas de calidad, con el fin de evitar generar registros adicionales que por la naturaleza de la Entidad no tienen impacto sobre la gestión o control de proveedores.
- 4.1.7 Infraestructura física: Complementar las tablas de retención documental incluyendo la documentación que actualmente se requiere para la administración de vehículos ej. Certificado de gases y b) aclarar a qué se hace referencia cuando se habla de informes de estado de vehículos y considerar crear un registro de inventarios.
- 4.1.8 Reevaluar los indicadores del proceso por tiempo de respuesta a solicitudes de insumos ya que repetitivamente se alcanzan las metas. Es viable considerar otros conceptos como la eficiencia.

### **GESTIÓN HUMANA**

- 4.1.9 Eficacia de la capacitación: Reevaluar la política de medir la eficacia, eficiencia o efectividad a todas las actividades de capacitación desarrolladas, con el fin de focalizarse en aquellas que por su causalidad o impacto generar un valor agregado a la Entidad. El concentrarse en estos temas permitirá igualmente establecer métodos novedosos de evaluación en términos de impacto, mejora de proceso, cumplimiento de meta, disminución de errores, cierre de brechas de perfiles, entre otros.
- 4.1.10 La planificación de las acciones que se adelantarán con base en los puntos de intervención que señala el informe de Clima Laboral de manera que estas acciones apoyen la mejora en los resultados y en el bienestar de los funcionarios.

#### **4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA**

##### **MEJORA CONTINUA**

- 4.1.11 Riesgos: Dentro del proceso de mejora a la gestión de riesgos considerar efectuar un análisis de causa más completa y con un enfoque estratégico.
- 4.1.15 Indicadores: a) Por la complejidad y número de variables que se utilizan para monitorear los procesos es de mayor aplicabilidad el utilizar técnicas estadísticas que permitan normalizar las series de datos y b) cuando se establece el estándar o meta a alcanzar es importante determinar los rangos de acción para determinar si se deben formular acciones correctivas, preventivas o de mejora, esto con el fin de no generar acciones por incumplimientos de 1 o 2 puntos que posiblemente podrían no tener un impacto significativo.
- 4.1.16 Auditoría Interna: El informe de auditoría para que se haga más explícito sobre los aspectos débiles o fuertes de cada una de los procesos, de manera que la Dirección pueda tener contar con esta información como base para tomar acciones, especialmente en este período de transición de la norma ISO. Los documentos en los que se planifica la auditoría, contienen información detallada que podría ser llevada al informe.

##### **4.2 Hallazgos que apoyan la conformidad del sistema de gestión con los requisitos.**

- 4.2.1 La identificación de los clientes y partes interesadas, que se efectuó revisando cada uno de los procesos del sistema porque permitirá determinar con detalle cuáles serán las acciones específicas a realizar para atender sus expectativas en el caso que no sean conocidas aún.

##### **GESTIÓN HUMANA**

- 4.2.3 Las actividades del Plan de Capacitación porque se enfocan en aspectos propios de la misionalidad de la Entidad.
- 4.2.4 La elaboración y seguimiento de la ruta de inducción que debe seguir el personal que ingresa porque permitirá establecer acciones de mejora de competencias con base en los resultados de las diferentes etapas

##### **RESPONSABILIDAD FISCAL Y JURISDICCIÓN COACTIVA- SANCIONATORIOS**

- 4.2.5 Se lleva la trazabilidad de la documentación de los procesos desde el momento que ingresan a la Entidad hasta que se define la situación. Estas actividades están soportadas adicionalmente con un Cuadro de Control que permite ubicar los documentos en cualquiera de sus etapas.

##### **GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**

- 4.2.6 La adecuación de la infraestructura física para el manejo de los archivos en forma segura ya que refleja el interés de la Administración en el manejo de este activo.

**5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN**

**5.1. Análisis de la eficacia del sistema de gestión certificado**

- Incluir la tendencia anual de las reclamaciones o quejas validas del cliente en los sistemas de gestión que aplique.  
No se registraron Quejas o Reclamos en el período.
- Incluir las solicitudes o comunicaciones de partes interesadas, por ejemplo, para ISO 14001, OHSAS 18001.  
La Contraloría recibió en el período 105 Solicitudes relacionadas con denuncias presentadas por la Comunidad sobre las entidades sujetas a control.
- ¿Existen quejas de usuarios de la certificación recibidas por ICONTEC durante el último periodo evaluado? (Aplica a partir del primer seguimiento)?  
Si  No  NA
- ¿Se evidencia la capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados?:  
Si  No .
- ¿Los riesgos identificados por la Organización, en el alcance de su sistema de gestión, se han controlado de manera eficaz?  
Si  No   
  
¿En caso positivo la eficacia de control se basa en disminuir la probabilidad del riesgo? Si  No   
  
Los riesgos se gestionan con controles enfocados a disminuir la probabilidad y el impacto.
- ¿Se concluye que el alcance del sistema de gestión es apropiado frente a los requisitos que la Organización debe cumplir? (consultar ES-P-SG-02-A-001)  
Si  No .

**5.2. Recurrencia de no conformidades detectadas en auditorías previas del ciclo de certificación**

A partir de la auditoría de otorgamiento o renovación, indicar contra cuáles requisitos se han reportado no conformidades y si existe recurrencia a algún requisito en particular

Auditoria	Número de no conformidades	Requisitos
Otorgamiento / Renovación	6	NTCGP 1000:2009: 8.5.2, 8.4, 5.6 -ISO 9001:2015: 10, 9.1.3, 8.5.3, 9.3.2, 7.1.6, 8.2.1
1ª de seguimiento del ciclo (Anterior)	0	-

**5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTION**

2ª de seguimiento del ciclo (Anterior)	0	-
¿Se evidencia recurrencia de no conformidades detectadas en las auditorías de ICONTEC en el último ciclo de certificación? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> .		

**5.3 Análisis del proceso de auditoría interna**

La auditoría interna se desarrolla una vez al año y cubre todos los procesos, fue desarrollada por personal externo que cumple con las competencias establecidas por la Organización.

El procedimiento acoge los lineamientos de la norma ISO 19011.

La auditoría del periodo se desarrolló los días 29, 30 y 31 de agosto de 2016.

**5.4 Análisis de la revisión del sistema por la dirección**

Se tiene previsto el desarrollo de un ejercicio anual con la participación de los líderes de los procesos. NO se tuvieron en cuenta todas las entradas para la revisión requeridas ( Ver NC). Se formulan planes de mejora con base en los resultados.

**6. USO DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTION Y DE LA MARCA O LOGO DE LA CERTIFICACION**

- ¿El logo o la marca de conformidad de certificación de sistema de gestión de ICONTEC se usa en publicidad (página web, brochure, papelería, facturas, etc...)?  
Si  No  No Aplica .
- ¿La publicidad realizada por la Organización está de acuerdo a lo establecido en el reglamento ES-R-SG-001 y el Manual de aplicación ES-M-SG-001?  
Si  No .
- ¿El logo o la marca de conformidad se usa sobre el producto o sobre el empaque o el envase o el embalaje del producto, o de cualquier otra forma que denote conformidad del producto?  
Si  No  NA
- ¿Se evidencia la adecuación de la información contenida en el certificado (¿vigencia del certificado, logo de organismo de acreditación, razón social registrada en documentos de existencia y representación legal, direcciones de sitios permanentes cubiertos por la certificación, alcance, etc.?)  
Si  No .



<b>7. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INFORME</b>		
Anexo 1	Plan de auditoría ES-P-SG-02-F-002	X
Anexo 2	Información específica de esquemas de certificación de sistema de gestión eliminar si no aplican	
Anexo 3	Suplemento del informe de auditoría.	X

**ANEXO 3. SUPLEMENTO DEL INFORME DE AUDITORÍA.**

- Se recibió la propuesta de correcciones, análisis de causas y acciones correctivas para la solución de no conformidades el 2016-10-05 y recibieron observaciones por parte del auditor líder.
- Las correcciones, análisis de causas y acciones correctivas propuestas por la organización, fueron aceptados por el auditor líder el 2016- 10-07

**PROPUESTA DE CORRECCIONES, CAUSAS Y ACCIONES CORRECTIVAS.**

#	Descripción de la no conformidad / Evidencia	Clasificación (mayor o menor)	Requisito(s) de la norma, en caso de auditoría combinada o integrada indicar la designación de la norma	Corrección propuesta / Evidencia de la Corrección y fecha de implementación	Análisis de causas (indicar la(s) causa (s) raíces)	Acción correctiva propuesta/ /Evidencia de la Acción correctiva y fecha de implementación
1	<p>Ante la ocurrencia de no conformidades la Entidad no toma acciones para evitar que vuelvan a ocurrir</p> <p><b>EVIDENCIA</b></p> <p>El indicador procesos sancionatorios que</p>	Menor	<p>NTCGP 1000:2009 8.5.2</p> <p>ISO 9001:2015 10.2</p>	<p>Identificar e Implementar las acciones acuerdo con lo establecido para el manejo de acciones correctivas.</p> <p>Octubre 6 de 2016</p>	<p>La metodología para la toma de acciones correctivas no contempla las directrices para tomar acciones por incumplimiento de indicadores.</p> <p>Los indicadores actuales no permiten evaluar el desempeño del proceso.</p> <p>La complejidad de las actividades Sancionatorias no necesariamente amerita la existencia de un proceso dentro del sistema de</p>	<p>Incluir en el procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora, los lineamientos y directrices para la toma de acciones producto de incumplimiento de metas de indicadores.</p> <p>Octubre 28 de/2016</p> <p>Ajustar los indicadores del proceso y sus respectivas metas.</p> <p>Octubre 6 de 2016</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



	<p>mide la actividad de instruir y proyectar por comisión los procesos administrativos, presenta resultados del 66.00%, frente a una meta del 90%, en el primer trimestre de 2016. No se evidencia la toma de acciones.</p> <p>El indicador No. 82 de Procesos abiertos presenta en el año 2015, resultados del 40% frente a una meta del 100%. No se evidencian acciones Correctivas.</p>				gestión de calidad independiente.	<p>Analizar la conveniencia y documentar e implementar el resultado de mantener sancionatorios como proceso independiente o integrar como una actividad del proceso de responsabilidad fiscal.</p> <p>Realizar seguimiento a las acciones propuestas</p> <p>Junio 30 de 2017</p>
2	<p>No se analizaron y evaluaron los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición para demostrar la eficacia del proceso, y para</p>		<p>NTCGP 1000:2009 8.4</p> <p>ISO 9001:2015 9.1.3</p>	<p>Implementar la acción correctiva asociada al indicador No 17 dentro de la No conformidad No 1 identificada por Icontec. Diciembre 29 de 2016</p> <p>Ejecutar el plan estratégico de talento humano y el programa de bienestar social. Diciembre 29 de 2016</p>	<p>Las metas del plan de acción fueron planeadas de manera anual y no de acuerdo a la frecuencia de entrega de informes de gestión</p> <p>No se tiene un indicador estandarizado para realizar seguimiento al plan de acción.</p>	<p>Planear las metas del plan de acción para la vigencia 2017 de acuerdo a las actividades a realizar por períodos trimestrales Enero 31 de 2017</p> <p>Revisar las fichas y fórmulas de todos los indicadores. Octubre 30 de 2016</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



<p>evaluar si lo planificado se ha implementado de forma eficaz</p> <p><b>EVIDENCIA</b>                  Los resultados del indicador oportunidad en trámite (No. 17), No corresponden al desarrollo de la fórmula: "Sumatoria de Tiempos", la cual daría un resultado de 00 ya que no a la fecha de medición no había ninguno proceso terminado que cumpliera la <b>CARACTERÍSTICA DE CALIDAD</b> establecida : "desde la elaboración del auto de apertura hasta la toma de la decisión (resolución sancionatoria o de archivo). Se presentan resultados de 9.00.</p> <p>No se evidencian registros relacionados con la ejecución de la actividad: Elaborar y</p>			<p>Revisar la fórmula del indicador resultados y frecuencia de medición del indicador 5 Cumplimiento del Plan Estratégico, de anual a semestral y registrar los resultados acorde con esta formulación.</p> <p>Octubre 31 de 2016</p>	<p>No se modificó la meta realizar 15 funciones de advertencia a las funciones realizadas hasta el mes de febrero (9), al declarar la Corte Constitucional inexecutable el numeral 7ª del artículo 5 del Decreto 267 de 2000</p> <p>El documento Plan de indicadores de calidad, no contempla las fuentes de información para la medición de indicadores, lo que influye sobre la estandarización del resultado.</p>	<p>Crear ficha técnica del indicador para los respectivos planes de acción por proceso.                  Octubre 31 de 2016</p> <p>Llevar al indicador 5 Cumplimiento del plan estratégico las metas cumplidas en el 100%.                  Enero 31 de 2017</p> <p>Incluir en el documento Plan de indicadores las fuentes de información para la medición de cada uno de los indicadores del sistema de gestión.                  Octubre 31 de 2016</p> <p>Realizar seguimiento a las acciones propuestas                  Junio 30 de 2017</p>
--	--	--	---	--	--

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



	<p>ejecutar el Plan estratégico de Talento Humano y el Programa de Bienestar, consignadas en el Plan de Acción del proceso Gestión de Talento Humano.</p> <p>En el indicador de cumplimiento de metas propuestas del plan estratégico presenta resultados del 91.84%, pero no todas las metas se encontraban cumplidas , ya que se incluyeron como cumplidas actividades con resultados desde el 60%.</p>					
3	<p>La organización no ha establecido las condiciones para identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los proveedores.</p> <p>EVIDENCIA</p>	Menor	ISO 9001:2015 8.5.3	<p>Actualizar el manual de calidad incluyendo los criterios para identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los proveedores. Diciembre 29 de 2016</p>	<p>No se cuenta con un inventario de información de proveedores.</p> <p>No se cuenta con un inventario de elementos físicos de proveedores.</p> <p>No se han establecido controles a la información de proveedores para proteger y salvaguardar la información.</p>	<p>Establecer el inventario de información y bienes de proveedores. Marzo 30 de 2017</p> <p>Establecer dentro del inventario de información y bienes de proveedores, los lineamientos para verificar, proteger y salvaguardar la información. Marzo 30 de 2017</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



	<p>Manual de Calidad donde se establecen las condiciones para salvaguardar la propiedad del cliente</p>				<p>No se han comunicado directrices a los procesos con el fin de identificar, verificar, salvaguardar y proteger la información de proveedores.</p>	<p>Comunicar los lineamientos tomados en el inventario de información de proveedores Marzo 30 de 2017</p> <p>Realizar seguimiento a las acciones propuestas</p> <p>Junio 30 de 2017-</p>
4	<p>La revisión por la dirección no incluyó la información, consideraciones y tendencias establecidas relacionadas con las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema, desempeño de los proveedores externos, ni la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades. EVIDENCIA Acta de revisión por la Dirección de fecha 24 de agosto de 2016.</p>	<p>Menor</p>	<p>NTCGP 1000:2009 5.6</p> <p>ISO 9001:2015 9.3.2</p>	<p>Realizar la revisión por la dirección incluyendo la información, consideraciones y tendencias establecidas relacionadas con las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema: Desempeño de los proveedores externos y la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.</p> <p>Diciembre 30 de 2016</p>	<p>El procedimiento actual no contempla lineamientos para considerar las tendencias de estas entradas</p> <p>No se programó adecuadamente los términos y etapas para la revisión por la dirección, iniciando desde la preparación de la información de entrada, lo cual conllevó a una preparación de poco tiempo .a analizar.</p>	<p>Actualizar el procedimiento de revisión por la dirección incluyendo y describiendo los requisitos asociados a las tendencias a analizar. Diciembre 29 de 2016</p> <p>Incluir en el procedimiento de revisión por la dirección la directriz de generar el reporte de la información de entrada un mes antes de la revisión por la dirección. Diciembre 29 de 2016</p> <p>Programar la preparación de la información de entrada un mes antes de la revisión por la dirección. Julio 16 de 2017</p> <p>Realizar la revisión por la dirección incluyendo la información, consideraciones y tendencias establecidas relacionadas con las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema Agosto 16 de 2017 Realizar seguimiento a las acciones</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



						propuestas
5	<p>La Entidad no ha determinado como adquirir y mantener los conocimientos adicionales necesarios o las actualizaciones requeridas acorde con las necesidades de los servicios y planes establecidos.</p> <p>EVIDENCIA</p> <p>Planes para Gestión del Conocimiento – Direccionamiento Institucional.</p>	Menor	ISO 9001:2015 7.1.6	<p>Complementar el plan de gestión del conocimiento para que incluya: Conocimientos necesarios, responsable de generar el conocimiento, usuario del conocimiento, el proceso responsable de reportar y los medios para conservar y difundir ubicación del conocimiento.</p> <p>Diciembre 29 de 2016</p>	<p>No se han unificado criterios sobre conocimientos adicionales y actualizaciones adquiridas acorde con las necesidades de los servicios</p> <p>No se han incluido directrices de gestión del conocimiento en la planificación del sistema de gestión de calidad,</p>	<p>Capacitación para ampliar conocimiento sobre el numeral 7,1,6 Conocimiento de la Organización Diciembre 29 de 2016</p> <p>Unificar con Control Interno los criterios para implementar los conocimientos adicionales requeridas con las necesidades de los servicios Diciembre 29 de 2016</p> <p>Incluir el plan de gestión del conocimiento en el procedimiento de planificación de calidad. Diciembre 29 de 2016</p> <p>Realizar seguimiento a las acciones propuestas Junio 30 de 2017.</p>
6	<p>No se han establecido los requisitos específicos para las acciones de contingencia, en relación con la comunicación del cliente, cuando sea pertinente.</p> <p>EVIDENCIA</p>	Menor	ISO 9001:2015 8.2.1	<p>Actualizar el protocolo de servicio y atención al ciudadano, incluyendo los requisitos específicos para las acciones de contingencia asociados a PQRS</p> <p>Noviembre 30 de 2016</p>	<p>El protocolo de servicio y atención al ciudadano y el procedimiento de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias no se incluyen los lineamientos del numeral 8,2,1</p> <p>No se han contemplado los posibles riesgos asociados a fallas que den a lugar a acciones de contingencia para mantener la comunicación con el cliente</p>	<p>Unificar criterios respecto al numeral 8,2.1 y los procedimientos aplicables. Marzo 30 de 2017</p> <p>En Plan de comunicaciones protocolo de servicio y atención al ciudadano y en el procedimiento de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias establecer las fallas y las acciones de contingencia. Marzo 30 de 2017</p>

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



	.Procedimiento Petitionen. Quejas y reclamos y Manual de Atención al Usuario. Menor 8.2.1					Realizar seguimiento a las acciones propuestas Junio 30 de 2017
--	--	--	--	--	--	---



## INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



### 10. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA

No conformidades mayores identificadas en esta auditoría o menores pendientes de la auditoría anterior que no se solucionaron, las evidencias que soportan el cierre y si fueron eficaces. Indicar la fecha en la que se realizó la verificación complementaria.


NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz la acción? Si/No
	NA		


### 11. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR DE ACUERDO CON EL ES-R-SG-001

Se recomienda otorgar la Certificación del Sistema de Gestión	
Se recomienda actualizar el certificado del Sistema de Gestión	
Se recomienda mantener el alcance del certificado o del Sistema de Gestión?	
Se recomienda mantener el alcance y actualizar a nueva versión el certificado del Sistema de Gestión	
Se recomienda mantener el certificado y ampliar alcance del Sistema de Gestión	
Se recomienda mantener el certificado y reducir alcance del Sistema de Gestión	
Se recomienda renovar el certificado del Sistema de Gestión – Actualizar a ISO- 2001:2015 Renovar NTCGP -1000:2009	x
Se recomienda renovar el certificado y actualizar a nueva versión	
Se recomienda renovar el certificado y ampliar alcance del Sistema de Gestión	
Se recomienda renovar el certificado y reducir alcance del Sistema de Gestión	
Se recomienda ampliar el alcance del certificado del Sistema de Gestión	
Se recomienda ampliar el alcance del certificado del Sistema de Gestión	
Se recomienda ampliar el alcance y actualizar a nueva versión	
Se recomienda reducir el alcance del certificado	
Se recomienda reducir el alcance y actualizar a nueva versión	
Se recomienda reactivar el certificado	
Se recomienda restaurar el certificado, una vez finalice el proceso de renovación	
Se recomienda suspender el certificado	
Se recomienda cancelar el certificado	
Se recomienda no otorgar el certificado	
Se recomienda no renovar el certificado	
Se recomienda no ampliar el alcance certificado	
Se recomienda no reactivar el certificado	
Se recomienda no restaurar el certificado	
Nombre del auditor líder: DORA MARINA ROJAS	Fecha   2016   10   07


*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.*


Empresa	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL META	Fecha	2016-09-29
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s):	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	NTCGP 1000:2009 ISO 9001:2015	5.6 9.3.2	
Descripción de la No - Conformidad:			
La revisión por la dirección no incluyo la información, consideraciones y tendencias establecidas relacionadas con las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema, desempeño de los proveedores externos, ni la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.			
Auditor:	Dora Marina Rojas	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
Acta de revisión por la Dirección de fecha 24 de agosto de 2016.			

Empresa	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL META	Fecha	2016-09-29
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s):	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	ISO 9001:2015	8.2.1	
Descripción de la No - Conformidad:			
No se han establecido los requisitos específicos para las acciones de contingencia, en relación con la comunicación del cliente, cuando sea pertinente.			
Auditor:	Dora Marina Rojas	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
.Procedimiento Peticiones. Quejas y reclamos y Manual de Atención al Usuario.			

Empresa	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL META	Fecha	2016-09-29
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s): NTCGP 1000:2009 ISO 9001:2015	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor		8.4 9.1.3	
Descripción de la No - Conformidad:			
<p>No se analizaron y evaluaron los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición para demostrar la eficacia del proceso, y para evaluar si lo planificado se ha implementado de forma eficaz</p>			
Auditor:	Dora Marina Rojas	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
<p>Los resultados del indicador oportunidad en trámite ( No. 17), no corresponden al desarrollo de la fórmula : "Sumatoria de Tiempos", la cual daría un resultado de 00 ya que no a la fecha de medición no había ninguno proceso terminado que cumpliera la CARACTERÍSTICA DE CALIDAD establecida : "desde la elaboración del auto de apertura hasta la toma de la decisión (resolución sancionatoria o de archivo). Se presentan resultados de 9.00.</p> <p>No se evidencian registros relacionados con la ejecución de la actividad: Elaborar y ejecutar el Plan estratégico de Talento Humano y el Programa de Bienestar, consignadas en el Plan de Acción del proceso Gestión de Talento Humano.</p> <p>En el indicador de cumplimiento de metas propuestas del plan estratégico presenta resultados del 91.84%, pero no todas las metas se encontraban cumplidas , ya que se incluyeron como cumplidas actividades con resultados desde el 60%</p>			

Empresa	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL META	Fecha	2016-09-29
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s): ISO 9001:2015	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor		7.1.6	
Descripción de la No - Conformidad:			
<p>La Entidad no ha determinado como adquirir y mantener los conocimientos adicionales necesarios o las actualizaciones requeridas acorde con las necesidades de los servicios y planes establecidos.</p>			
Auditor:	Dora Marina Rojas	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
Planes para Gestión del Conocimiento –Direccionamiento Institucional.			

Empresa	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL META	Fecha	2016-09-29
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s):	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	NTCGP 1000:2009 ISO 9001:2015	8.5.2 10.2	
Descripción de la No - Conformidad:			
Ante la ocurrencia de no conformidades la Entidad no toma acciones para evitar que vuelvan a ocurrir			
Auditor:	Dora Marina Rojas	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
El indicador procesos sancionatorios que mide la actividad de instruir y proyectar por comisión los procesos administrativos, presenta resultados del 66.00%, frente a una meta del 90%, en el primer trimestre de 2016. No se evidencia la toma de acciones.			
El indicador No. 82 de Procesos abiertos presenta en el año 2015, resultados del 40% frente a una meta del 100%. No se evidencian acciones correctivas.			

Empresa	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL META	Fecha	2016-09-29
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s):	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	ISO 9001:2015	8.5.3	
Descripción de la No - Conformidad:			
La organización no ha establecido las condiciones para identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los proveedores.			
Auditor:	Dora Marina Rojas	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
Manual de Calidad donde se establecen las condiciones para salvaguardar la propiedad del cliente.			