



## INFORME DE AUDITORIA

Auditoría no. 08-20

Fecha del informe

Día Mes Año

5 06 2020

Informe

Preliminar

Final

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

Tipo de Informe	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoría	<input type="checkbox"/> Seguimiento
Procesos auditados / Evaluado	Direccionamiento Estratégico	
Auditor líder	Alberto Castiblanco Bedoya	Equipo Auditor July Alejandra Gamboa Quesada
Responsable del proceso, dependencia, área o actividad auditada / evaluada	Subdirectora Planeación, Control y Seguimiento Profesional de Gestión	

### 2. OBJETIVO

Evaluar y verificar las acciones adelantadas por el proceso de direccionamiento estratégico en el desarrollo de los procedimientos, políticas, planes y demás lineamientos institucionales aplicables.

### 3. ALCANCE

Verificar las actividades realizadas por el proceso de direccionamiento estratégico en cumplimiento de los procedimientos, instructivos y políticas, correspondientes al primero (01) de enero de dos mil diecinueve (2019) hasta el diez (6) de mayo de dos mil veinte (2020).

### 4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

En el marco del desarrollo de la auditoria al proceso de Direccionamiento Estratégico fue objeto de análisis la normatividad relacionada con la ISO 9001:2015, en consecuencia, se verificó el grado de eficacia del sistema de gestión de calidad, los procedimientos y políticas asociados al proceso.

#### 1. Norma NTC ISO 9001:2015

#### 4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

##### 4.1 Comprensión de la organización y de su contexto:

Respecto al requisito contexto de la organización, se observó que la entidad tuvo en cuenta todos los aspectos internos y externos que pueden afectar a los objetivos estratégicos y la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, asimismo se permitió identificar y detectar los riesgos y oportunidades relacionadas con el contexto de la Entidad. Se evidenció que se cuenta con el DE-m-01 Manual de Calidad el cual hace una breve descripción de contexto, el mapa de procesos y la matriz DOFA actualizada a partir de enero de dos mil veinte (2020).

##### 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

Se observó la matriz de partes interesadas internas y externas versión 2, la cual fue actualizada en junio de dos mil dieciocho (2018), en ella se establecen cuáles son las partes interesadas, necesidad/expectativa, los resultados de la verificación hacen parte de las Conformidades con observación.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría no.		08-20
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		5	06	2020

**4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad.** Se ha determinado el alcance del sistema de gestión de calidad y la interacción de los procesos mediante Manual de calidad DE-m-01. Adicionalmente se observó que de la norma ISO 9001:2015 no son aplicables para el COPNIA los siguientes requisitos:

- 7.1.5 Recursos de seguimiento y medición, ya que para la ejecución de los procesos de adelanta la Entidad no se requiere del uso de equipos de medición.
- 8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios, toda vez que los servicios que presta el COPNIA están reglamentados por la Ley, por lo tanto, no es posible que se diseñen o desarrollen nuevos productos o servicios.

#### **4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS.**

**4.4.1 Establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un SGC.** Se observó el mapa de procesos de la entidad, el cual se encuentra estructurado acorde con los procesos que actualmente dispone la entidad, así como la interacción de estos. El mapa de procesos fue aprobado bajo la resolución 530 del 09 de abril de dos mil diecinueve 2019.

#### **5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO**

**5.1.1 Generalidades:** La responsabilidad de la alta dirección respecto al sistema de gestión de calidad se evidenció en la realización de la Jornada de Rendición de Cuentas de cada vigencia, en consecuencia, se observó que se llevó a cabo el día ocho (8) de mayo de 2020 la jornada de rendición de cuentas correspondiente a la vigencia dos mil diecinueve (2019). Con el equipo directivo de la entidad, el director divulgó los aspectos más significativos que se adelantaron para dar cumplimiento al plan estratégico y a sus acciones, los cuales están alineados al sistema de gestión de calidad.

**5.1.2 Enfoque al cliente:** Durante la vigencia 2019, la dirección realizó una revisión de las profesiones de ingeniería que la entidad vigila, dando como resultado 1214 profesiones, de las cuales 209 son ingenierías, 66 son afines y 939 profesiones auxiliares, conforme se establece la resolución 241 del año dos mil diecinueve 2019.

Adicionalmente, se observó que durante la vigencia 2019, desde la dirección general se realizó diecisiete (17) seminarios de ética al servicio del país, treinta y dos (32) conferencias, seis (6) acercamientos con otros países, cincuenta y cinco (55) eventos de relacionamiento interinstitucional, ocho (8) muestras comerciales y un (1) congreso internacional de ética.

#### **5.2 POLÍTICA**

**5.2.2 Comunicación de la política de la calidad.** La Política de Calidad del COPNIA fue documentada a través del DE-m-01 Manual de Calidad, la misma cumple con lo establecido en la norma ISO 9001:2015, el Manual se encuentra publicado en la Página Web de la Entidad y en la Intranet. Se conoce y aplica la Política de Calidad Institucional desde el quehacer diario de las actividades de la Planeación Estratégica.

**5.3 Roles, responsabilidades y autoridades de la organización.** Para el análisis y la revisión de este criterio se realizó la verificación del Manual de Funciones y Requisitos Mínimos y la caracterización de los procesos, en el cual se establecieron los responsables de cada una de las actividades que desarrolla inherentes al proceso.

#### **6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES**

En lo que respecta a la administración de riesgos, se continúa aplicando la política de riesgos la cual se adoptó con la Resolución 1252 del cuatro (04) de septiembre del dos mil dieciocho (2018), la política establece objetivo, alcance, metodología y la identificación de los niveles de responsabilidad conforme al modelo estándar de control interno: línea estratégica (subdirectores, líderes de proceso y comité institucional) , primera línea (subdirectores, líderes de proceso),

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría no.		08-20
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		5	06	2020

segunda línea (servidores responsables de monitoreo evaluación de controles y gestión del riesgo), tercera línea (control interno).

La metodología de implementación de la política de administración de riesgos se estableció en el procedimiento de administración de riesgos DE-pr-02, el cual se actualizó en diciembre de 2019, (6ta. Actualización), de acuerdo con la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 4, octubre 2018, incluyendo así los riesgos de seguridad digital.

De otra parte, se evidenció que desde la subdirección de planeación y seguimiento se revisó y actualizó el mapa de riesgos de corrupción y de gestión, a través de talleres trimestrales, en el marco del Subcomité de Gestión Integral. Dentro del taller virtual ejecutado en abril del dos mil veinte (2020) se evidenció cambios, los cuales fueron socializados a través del correo electrónico.

## 6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS

Los objetivos de Calidad están establecidos en el Manual de Calidad de la Entidad, los mismos están comunicados y entendidos, se observó que están alineados Plan Estratégico y del Plan de Acción, en consecuencia, la medición de los objetivos se realizó de manera trimestral, en la Página Web de la Entidad se registró el reporte de ejecución del plan de acción de la vigencia 2019 y a corte de 2020.

**6.3 Planificación de los cambios.** Se observó que la Entidad planifica los cambios a través de la revisión del contexto estratégico (Amenazas, Oportunidades, Debilidades y Fortalezas), el cual se construyó con la participación de todos los funcionarios(as) y es considera la base para la formulación de los planes de acción de anual. Trimestralmente se realizó seguimiento a los planes de acción de la entidad. asimismo, se observó que el Profesional de Gestión de la Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento realizó seguimiento a los cambios que impacta el SGC con la participación del Comité de Gestión y Desempeño.

Durante la vigencia 2019, los cambios más representativos que la entidad afrontó y que impactan el sistema de gestión de calidad, fue la implementación de los sistemas tecnológicos BPM y gestor documental, en consecuencia, se observó que desde la subdirección se ajustaron los procedimientos y se alinearon los cambios.

## 7. APOYO

**7.1.1 Generalidades.** Se observó que se proporcionó los recursos necesarios anuales a través de la elaboración y ejecución del plan anual de adquisiciones y el presupuesto general del COPNIA, con el fin de lograr la planeación estratégica y el mantenimiento del sistema de gestión de calidad.

**7.1.2 Personas.** Con el fin de determinar el personal necesario para la operación de los procesos se observó que durante la vigencia 2019 se realizó un estudio técnico para la reorganización institucional, el estudio se llevó a cabo en diferentes etapas, la primera fue una etapa descriptiva, donde se recopiló información sobre la entidad y se realizó un diagnóstico organizacional a través del levantamiento estadístico, análisis de cargas laborales y procesos de la entidad, la segunda etapa propuso varios escenarios para el rediseño organizacional y finalmente se realizó la etapa de aprobación, sin embargo, una vez se presentó la propuesta se determinó que no era viable financieramente para la vigencia 2020 y por lo cual no se aprueba la modernización de la planta, sin embargo, se propone la aprobación de una planta temporal, un proyecto de descongestión jurídico y un proyecto de gestión documental transversal.

**7.1.3 Infraestructura.** La entidad determinó, proporcionó y mantiene la infraestructura necesaria para la operación de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo, por tanto, se estipularon los siguientes procedimientos para el manejo de la infraestructura de la entidad:



## INFORME DE AUDITORIA

Auditoría no.

08-20

Fecha del informe

Día

Mes

Año

5

06

2020

- Se elaboró e implemento el procedimiento de manejo de bienes (AB-pr-02) 5ta. Actualización, el cual define, establece y ejecuta de manera normalizada y regulada las acciones relacionadas con el manejo de los activos fijos, bienes de control y de consumo.
- Se elaboró e implemento el procedimiento de mantenimiento (AB-pr-01) 4ta. Actualización, el cual mantiene los bienes muebles e inmuebles del COPNIA en completa funcionalidad, dentro de los estándares de calidad y gestión eficiente de los recursos públicos.
- Se observó el plan estratégico de tecnologías de la información y de las comunicaciones 2018 -2022, (2da. Versión). Por el cual se estableció una guía tecnológica del desarrollo e innovación de la entidad.
- Se elaboró e implemento el procedimiento para la adquisición de inmuebles vigente diciembre de 2018 1ra. Versión.

**7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos.** Se observó que el consejo profesional nacional de ingeniería – COPNIA estableció un compromiso adecuado en la operación de los procesos, para lo cual mantiene políticas y programas que garantizan el bienestar y la salud de sus funcionarios a través del desarrollo del Sistema De Gestión De La Seguridad Y Salud En El Trabajo (SG-SST). Se observó que se estableció el manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y fue publicado en octubre del dos mil dieciocho 2018. De conformidad con la información entregada por la subdirección administrativa y financiera en la jornada de rendición de cuentas se observó una ejecución del 83% del sistema SG-SST.

**7.1.6 Conocimientos de la organización.** Se observó que los conocimientos necesarios para la operación de los procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios, están disposición de los funcionarios(as) en los procedimientos y manuales a través de la intranet, página web, con el fin de que los conocimientos específicos de los procesos de la Entidad se puedan aplicar de manera permanente. De igual forma los conocimientos actuales y/o adicionales que se requieren se determinan y se brindan a través de capacitaciones internas y/o externas.

**7.2 Competencia.** Se evidenció que los funcionarios (as) cuentan con el perfil y la competencia necesaria para ejecutar las labores para las cuales fueron contratados. De conformidad con el seguimiento al indicador de cumplimiento PIC 2019 se observó que este mantuvo un cumplimiento del 89%, de acuerdo con lo reportado por el área de Talento Humano, en el marco de la rendición de cuentas.

**7.3 Toma de conciencia.** Desde la dirección general se contribuye a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, mediante seguimiento y mejora a los procesos y las proposiciones de cambio, asimismo a través de las reuniones trimestrales en los comités institucionales y la jornada de rendición de cuentas.

**7.4 Comunicación.** Respecto al apartado de comunicaciones se observó que el proceso de relacionamiento interinstitucional y comunicaciones tiene definido el manual de comunicaciones, Vigente a partir de diciembre de 2018, donde se documentó las comunicaciones del sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2015.

**7.5 Información documentada.** Se evidenció que la Entidad cuenta con la información documentada necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Para en análisis de este criterio se realizó revisión del Procedimiento de control de documentos DE-pr-01 y la matriz del control de documentos DE-fr-02. El resultado de la revisión hace parte de las Conformidades y recomendaciones.

## 8. OPERACIÓN

**8.1 Planificación y control operacional.** Los procesos misionales de la Entidad tienen definida su caracterización y los respectivos procedimientos para garantizar la adecuada prestación del servicio.



## INFORME DE AUDITORIA

Auditoría no.

08-20

Fecha del informe

Día

Mes

Año

5

06

2020

### 8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

**8.2.1 Comunicación con el cliente.** Se evidenció que se proporciona la información relativa a los tramites de la entidad a través de su página web, el chat y el teléfono. A continuación, se relaciona el número de atenciones recibidas por cada canal durante la vigencia 2019.

Tabla 1. Consolidado Atención al Ciudadano 2019

CANAL DE ATENCIÓN	No. DE ATENCIONES
• ESCRITAS	2.508
• TELEFONO	6.051
• CHAT	21.313
<b>TOTAL</b>	<b>29.872</b>

Fuente: Atención al ciudadano.

**8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios.** Se identificó que respecto a los requisitos para los servicios que presta la entidad son los establecidos a partir de establecido en la Ley 842 de 2003, los cuales se encuentran publicados en el enlace <https://www.copnia.gov.co/nuestra-entidad/quienes-somos>

**8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios.** Se establece la información documentada necesarias para determinar los requisitos para la prestación del servicio mediante Procedimientos, Instructivos y normatividad vigente.

### 8.5 PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO

Respecto al numeral en relación se observó que, la entidad tiene definido los siguientes procedimientos misionales, los cuales permiten prestar servicios a los ciudadanos y partes interesadas bajo condiciones controladas:

1. Procedimiento de trámite de matrículas y certificados: RP-pr-01 Vigente a partir de marzo 2020 9na Actualización.
2. Procedimiento del proceso ético profesional: PD-pr-01 Vigente a partir de enero de 2020 7a. Actualización.
3. Procedimiento inspección y vigilancia: CV-pr-01 Vigente a partir de marzo 2019 5ta. Actualización.
4. Procedimiento de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias: AC-pr-01 Vigente a partir de diciembre de 2019 6ta. Actualización

Respecto a los métodos de identificación y trazabilidad, se observó que la entidad cuenta con la herramienta Invesflow (vigente hasta noviembre 2019) y la herramienta BPM y gestor Documental, las cuales a través de expedientes y casos permiten obtener conocimiento de las diferentes fases de los servicios y tramites de la entidad.

### 8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES

En lo que respecta al apartado de salidas no conformes, se identificó que la entidad implementó la metodología de tratamiento en los procedimientos de: Proceso Ético Profesional PD-pr-01 y Procedimiento de trámite de matrículas y certificados RP-pr-01, sin embargo, en este último se observó que, en marzo del 2020, se eliminó: "Criterios para dar tratamiento al producto no conforme", esto debido a que se encuentra en etapa de estabilización BPM herramienta, en consecuencia, se recomienda determinar y revisar la planificación de los cambios, con el fin de que no se vea afectada la integridad del sistema de gestión de calidad. El resultado de la revisión hace parte de las No Conformidades y recomendaciones.



## INFORME DE AUDITORIA

Auditoría no.

08-20

Fecha del informe

Día

Mes

Año

5

06

2020

### 9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

**9.1.1 Generalidades.** Se evidenció que, mediante la batería de indicadores aprobada por la entidad, se evalúa el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. El resultado de la revisión hace parte de las Conformidades y recomendaciones.

**9.1.2 Satisfacción del cliente.** Se observó que la entidad realizó seguimiento a la percepción de los ciudadanos a través de las encuestas de satisfacción, ejecutada por el área de atención al ciudadano. Como se evidencia en la siguiente tabla:

Tabla 2. Relación de Encuestas de Satisfacción 2020

Encuestas de satisfacción		
Trámite	Encuestas enviadas	Encuestas con Respuestas
Matrícula Profesional	11.860	1.641
Permiso Temporal	228	6
<b>Total</b>	<b>12.088</b>	<b>1.647</b>

Fuente: Atención al ciudadano

**9.2 Auditoría Interna:** Se evidenció la ejecución del 100% del programa anual de auditoría durante la vigencia 2019, en el desarrollo del programa, se evidenció que se alcanzó un cumplimiento promedio general del 78,9% en los criterios de auditoría revisados.

**9.3 Revisión por la dirección:** Se observó que la dirección de la entidad revisó el sistema de gestión de calidad trimestralmente, en consecuencia, se evidenció soporte documental a través de las actas del comité de gestión y desempeño 17-19, 03-20 y 06-20, allí se registró el desempeño de los procesos, los recursos, oportunidades de mejora, resultados de auditorías y todos los elementos expuestos en el numeral 9.3.2. de la norma ISO 9001:2015.

### 10. MEJORA

Se evidenció que la entidad se apoya de distintas vías para identificar no conformidades y oportunidades de mejora como lo son: auditorías internas y externas, medición de los procesos a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, por lo tanto, respecto a la gestión del apartado mejora de la ISO 9001 durante la vigencia 2019 se observó el nivel de cumplimiento a acciones de mejora del 93% y 86% en los planes de mejoramiento interno y externo respectivamente, adicionalmente trimestralmente la oficina de control interno emite un informe de seguimiento a los mismos.

### 2. Plan de Acción

Para el análisis de este criterio se solicitó mediante correo electrónico el día catorce (14) de mayo de dos mil veinte (2020) el seguimiento a los indicadores de Gestión de la vigencia 2019 y lo corrido de la vigencia 2020 al profesional de gestión del área. Adicionalmente, se verificó que en la página web de la Entidad, se encontraran debidamente publicados los seguimientos al Plan de Acción de la vigencia 2019 y lo corrido de la vigencia 2020. De acuerdo con la información entregada por la subdirección de planeación, control y seguimiento, a continuación, se detalla el cumplimiento del plan de acción por dependencia durante la vigencia 2019.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría no.		08-20
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		5	06	2020

Tabla 3. Cumplimiento Plan de Acción 2019

Dependencia	
Dirección General	82%
Subdirección Administrativa y Financiera	98%
Subdirección Jurídica	58%
Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento	84%

Fuente: Control Interno.

### 3. Plan Estratégico

Se observo que la Entidad tiene establecido el Plan Estratégico proyectado 2019-2022, de conformidad con la información reportada por la subdirección de planeación control y seguimiento se evidenció cumplimiento total del 85% del Plan Estratégico 2019 -2022, teniendo cumplimiento de cada uno de los objetivos estratégicos de la siguiente manera:

Tabla 4 Cumplimiento Plan estratégico 2019

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2019
1. Mejorar la cobertura, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios misionales.	82%
2. Fortalecer y articular el modelo de gestión de la entidad para mejorar la prestación de tos servicios misionales.	90%
3. Lograr el reconocimiento del COPNIA como ente público nacional en la autorización, inspección, control y vigilancia del ejercicio de la ingeniería.	82%
Cumplimiento general plan estratégico <b>2019-2022</b>	<b>85%</b>

Fuente: Control Subdirección de planeación, control y seguimiento

### 4. Políticas de Gestión y Desempeño.

Se evidenció resolución 0498 del 03 de abril de 2019, "*por medio del cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión del Copnia, y se reglamenta sus respectivos comités*", en atención a la resolución se adoptó dieciséis políticas de gestión y desempeño institucional que desarrollan el modelo integrado de planeación y la gestión del COPNIA. En el marco de la revisión, se evidenció la política de racionalización de tramites la cual se adoptó bajo la resolución 1118 del 19 de julio de 2019. A partir de lo anterior se revisó en el Sistema Único de Información de Trámites -SUIT para determinar el cumplimiento de las etapas de registro, monitoreo y seguimiento, los resultados hacen parte de las No Conformidades y recomendaciones del presente informe.

### 5. HALLAZGOS

Para el ejercicio se aplicó un total de treinta y dos (32) criterios de auditoría, de los cuales, veintisiete (27) son Conformidades, tres (03) son Conformidades con Observación y dos (02) es No Conformidad como se detallan a continuación:





**INFORME DE AUDITORIA**

**Auditoría no.**

**08-20**

**Fecha del informe**

**Día**

**Mes**

**Año**

**5**

**06**

**2020**

**5.1 REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO – CONFORMIDADES CON OBSERVACION**

<b>Criterio</b>	<b>Evidencia</b>
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>4.2 Comprensión de las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas: Debido a su efecto o efecto potencial en la capacidad de la organización de proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, la organización debe determinar:</p> <p>a) las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la calidad;</p> <p>b) los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de la calidad.</p> <p>4. Contexto de la Organización</p>	<p>Se observó la Matriz de partes interesadas internas y externas versión 2, la cual fue actualizada en junio de dos mil dieciocho (2018), en ella se establecen cuáles son las partes interesadas. El documento se encuentra a través del siguiente enlace:</p> <p><a href="https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/direccionamiento-estrategico/partes_interesadas.pdf">https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/direccionamiento-estrategico/partes_interesadas.pdf</a></p> <p>Se hace necesario realizar una revisión y actualización de esta, ya que se considera que algunos aspectos relevantes para la entidad fueron mitigados y/o han cambiado.</p> <p><b>Ver. Recomendación.</b></p>
<b>Criterio</b>	<b>Evidencia</b>
<p><b>Procedimiento de-pr-01 Control de Documentos.</b></p> <p>4.Elaborar o ajustar documentación. Elaborar o modificar el documento según los criterios de presentación y contenido definidos en el instructivo de elaboración de documentos.</p> <p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>7.5.3 Control de la Información documentada</p>	<p>Respecto al aparatado de información documentada, se observó que la entidad cuenta con un procedimiento de control de documentos, Vigente a partir de noviembre de 2019 7ma. Actualización</p> <p>Para en análisis de este criterio se realizó revisión del Procedimiento de control de documentos y la matriz del control de documentos. De lo anterior se observó la necesidad de actualizar los procedimientos referentes a su Normativa, Anexos o de presentación.</p> <p><b>Ver Recomendaciones.</b></p>
<b>Criterio</b>	<b>Evidencia</b>
<p><b>NTC- ISO 9001:2015</b></p>	<p>Se observó la batería de indicadores de gestión en la cual tiene definido la hoja de vida de los indicadores, los resultados y los datos soporte de</p>



<p>9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación.</p> <p>La organización debe determinar:</p> <p>a) qué necesita seguimiento y medición;</p> <p>b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos;</p> <p>c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición;</p> <p>d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.</p> <p>La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados</p>	<p>cada uno de los indicadores, asimismo se evidenció el seguimiento al plan estratégico y plan de acción. Sin embargo, se evidenció que, en el primer trimestre de dos mil veinte 2020 no se realizó la medición del indicador N°2. Cumplimiento de la meta en el número de matriculados de la brecha. Así como tampoco la medición de abril de los indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5. Cumplimiento en el tiempo para el trámite de Permisos Temporales.</li> <li>○ 9. Cumplimiento del presupuesto de ingresos: de acuerdo con lo presentado en el Comité, todavía se encuentra pendiente el cálculo del primer trimestre.</li> </ul> <p>Frente a lo anterior la Oficina de Planeación envió vía correo electrónico la justificación del incumplimiento, sin embargo, en el desarrollo de la auditoria se deja evidencia con el fin de mantener información documentada de los cambios que afectan la integridad del sistema de gestión de calidad.</p> <p>Referente al plan de acción, se recomienda recopilar la información o las evidencias del avance o cumplimiento reportado. Lo anterior, de acuerdo con los resultados de la tabla 7. Y tabla 8.</p> <p><b>Ver recomendaciones.</b></p>
--	--

**5.2 REQUISITO DE NO CUMPLIMIENTO – NO CONFORMIDADES**

<b>Código NC</b>	<b>Descripción de la No Conformidad</b>	
01-0820	<b>Criterio</b>	<b>No Conformidad</b>
	Resolución 1118 del 19 julio 2019 <i>"Por medio de la cual se adopta la política de gestión y desempeño de racionalización de trámites para el Copnia"</i>	No se evidenció consolidación y monitoreo de la estrategia de racionalización de trámites del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano en el Sistema Único de Información de Trámites -SUIT de la vigencia 2019 y 2020 por parte de la subdirección de planeación, control y vigilancia.
	Resolución 1099 de 2017 <i>"Por la cual se establecen los procedimientos para autorización de trámites y el seguimiento a la política de racionalización de trámites."</i>	
	<b>Descripción de Criterio</b>	<b>Evidencia</b>
<b>Resolución 1099 de 2017</b> TÍTULO II Monitoreo y Seguimiento a la Estrategia de Racionalización de trámites	Se realizó revisión en el Sistema Único de Información de Trámites -SUIT, el día 27 de mayo de 2020 para determinar el cumplimiento de las etapas de registro, monitoreo y seguimiento, en la pestaña historial, se observó que a la	

	<p><b>ARTÍCULO 9. Registro en el módulo de gestión de racionalización.</b> Cada entidad deberá registrar en el Sistema Único de Información de Trámites -SUIT, la estrategia de racionalización de trámites del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de que trata la Ley 1474 de 2011.</p> <p><b>PARAGRAFO 1.</b> La Oficina de Planeación o quien haga sus veces deberá liderar el proceso de consolidación y monitoreo de la estrategia de racionalización de trámites, en coordinación con los responsables o líderes de los trámites en la entidad, de conformidad con lo establecido en los artículos 2.1.4.5 y 2.1.4.6</p> <p><b>ARTÍCULO 10. Registro de datos de operación.</b> Las entidades y organismos públicos o los particulares que cumplen funciones administrativas deberán registrar, por lo menos trimestralmente, en el módulo de gestión datos de operación del Sistema Único de Información de Trámites -SUIT, la información relacionada con el número de solicitudes atendidas por cada trámite y/o por cada otro procedimiento administrativo -OPA.</p>	<p>fecha no se han registrado las estrategias por parte del responsable de atención al ciudadano, así como tampoco, se ha realizado "monitoreo" por parte de la subdirección de planeación y en consecuencia, la oficina de control interno tampoco ha podido realizar seguimiento. Como se evidencia en la siguiente imagen:</p>								
02-0820	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="337 1144 808 1180"><b>Criterio</b></th> <th data-bbox="808 1144 1487 1180"><b>No Conformidad</b></th> </tr> <tr> <td data-bbox="337 1180 808 1333"> <p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>8.7 Control de las salidas no conformes</p> </td> <td data-bbox="808 1180 1487 1333"> <p>No se evidenció información documentada del tratamiento e identificación de las salidas no conformes en el proceso ético disciplinario y registro profesional.</p> </td> </tr> <tr> <th data-bbox="337 1333 808 1369"><b>Descripción de Criterio</b></th> <th data-bbox="808 1333 1487 1369"><b>Evidencia</b></th> </tr> <tr> <td data-bbox="337 1369 808 1730"> <p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>8.7 Control de las salidas no conformes</p> <p>8.7.1 La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencional.</p> <p>La organización debe tomar las acciones</p> </td> <td data-bbox="808 1369 1487 1730"> <p>De acuerdo con la información entregada por la subdirección de planeación control y seguimiento se observó que, en el marco del comité de gestión y desempeño, acta No 06-20, se eliminó el indicador de errores críticos toda vez que el diseño del BPM no permite generar una estadística de errores de digitación detectados entre una revisión y otra.</p> <p>Adicionalmente, se observó en el Procedimiento de trámite de matrículas y certificados RP-pr-01 que, en marzo del 2020 se eliminó: "Criterios para dar tratamiento al producto no conforme", esto debido a que se encuentra en etapa de estabilización BPM, en consecuencia, desde la</p> </td> </tr> </table>	<b>Criterio</b>	<b>No Conformidad</b>	<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>8.7 Control de las salidas no conformes</p>	<p>No se evidenció información documentada del tratamiento e identificación de las salidas no conformes en el proceso ético disciplinario y registro profesional.</p>	<b>Descripción de Criterio</b>	<b>Evidencia</b>	<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>8.7 Control de las salidas no conformes</p> <p>8.7.1 La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencional.</p> <p>La organización debe tomar las acciones</p>	<p>De acuerdo con la información entregada por la subdirección de planeación control y seguimiento se observó que, en el marco del comité de gestión y desempeño, acta No 06-20, se eliminó el indicador de errores críticos toda vez que el diseño del BPM no permite generar una estadística de errores de digitación detectados entre una revisión y otra.</p> <p>Adicionalmente, se observó en el Procedimiento de trámite de matrículas y certificados RP-pr-01 que, en marzo del 2020 se eliminó: "Criterios para dar tratamiento al producto no conforme", esto debido a que se encuentra en etapa de estabilización BPM, en consecuencia, desde la</p>	
<b>Criterio</b>	<b>No Conformidad</b>									
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>8.7 Control de las salidas no conformes</p>	<p>No se evidenció información documentada del tratamiento e identificación de las salidas no conformes en el proceso ético disciplinario y registro profesional.</p>									
<b>Descripción de Criterio</b>	<b>Evidencia</b>									
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>8.7 Control de las salidas no conformes</p> <p>8.7.1 La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencional.</p> <p>La organización debe tomar las acciones</p>	<p>De acuerdo con la información entregada por la subdirección de planeación control y seguimiento se observó que, en el marco del comité de gestión y desempeño, acta No 06-20, se eliminó el indicador de errores críticos toda vez que el diseño del BPM no permite generar una estadística de errores de digitación detectados entre una revisión y otra.</p> <p>Adicionalmente, se observó en el Procedimiento de trámite de matrículas y certificados RP-pr-01 que, en marzo del 2020 se eliminó: "Criterios para dar tratamiento al producto no conforme", esto debido a que se encuentra en etapa de estabilización BPM, en consecuencia, desde la</p>									



## INFORME DE AUDITORIA

<b>Auditoría no.</b>	<b>08-20</b>	
<b>Fecha del informe</b>		
<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>5</b>	<b>06</b>	<b>2020</b>

<p>adecuadas basándose en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. Esto se debe aplicar también a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega de los productos, durante o después de la provisión de los servicios.</p> <p>La organización debe tratar las salidas no conformes de las siguientes maneras o combinación de las mismas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Corrección;</li> <li>b) Separación, contención, devolución o suspensión de la provisión de productos y servicios;</li> <li>c) Informar al cliente;</li> <li>d) Obtener autorización para su aceptación bajo concesión.</li> </ol> <p>Debe verificarse la conformidad con los requisitos cuando las salidas no conformes se corrigen.</p> <p>8.7.2 La organización debe mantener la información documentada que describa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) La no conformidad;</li> <li>b) Las acciones tomadas;</li> <li>c) Las concesiones obtenidas;</li> <li>d) La identificación de la autoridad que ha decidido la acción con respecto a la no conformidad.</li> </ol> <p>8. Operación</p>	<p>implementación BPM (noviembre 2019) no se ha mantenido información documentada de las salidas no conformes.</p> <p>Asimismo, en la auditoría realizada al Proceso Ético Profesional en la vigencia 2019 se observó que, no se ha mantenido información documentada de las salidas no conformes toda vez que, La oficina de jurídica mediante correo electrónico del 8/agosto/2019 manifestó a la oficina de control interno, que durante el periodo evaluado no se presentaron salidas no conformes, sin embargo, el día 12 de agosto OCI informa a través de correo electrónico que se identificó saneamiento en el fallo asociado proceso BYC-PD-2016-00007 en el expediente EXP2016/122146.</p> <p>Asimismo, en el marco de la auditoria al seccional Cundinamarca 1120, se observó saneamiento de los siguientes procesos disciplinarios; EXP2016/194843, EXP2017/119578.</p>	
--	--	--

### 6. EVALUACIÓN DEL RIESGO

Riesgo identificado / Posible riesgo	Observación	Responsable del análisis del riesgo
Planeación inadecuada en términos de pertinencia u oportunidad	Durante el desarrollo de la auditoría se observó que no existe materialización del riesgo, toda vez que se evidenció cumplimiento general del 85% en el plan estratégico 2019-2022, sin embargo, se recomienda revisar la oportunidad de cumplimiento del plan de acción para la vigencia 2020, en virtud de la pandemia a causa del	Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría no.</b>	<b>08-20</b>	
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>5</b>	<b>06</b>	<b>2020</b>

Riesgo identificado / Posible riesgo	Observación	Responsable del análisis del riesgo
	<p>COVID-19, lo anterior puede llegar a ocasionar atrasos o incumplimientos que generen inadecua planeación u oportunidad.</p> <p>Asimismo, se observó incumplimiento en ocho (8) indicadores durante el primer trimestre del año 2020, en consecuencia, se recomienda tomar las acciones correctivas tendientes a dar cumplimiento de los indicadores.</p>	

## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El resultado del ejercicio auditor obtuvo un cumplimiento del 93.9% frente a los criterios de auditoría evaluados. A continuación, se describen las conclusiones y recomendaciones.

### 1. Norma NTC ISO 9001:2015

1. En el desarrollo de la auditoria, se evidenció matriz DOFA, la cual se actualizó en el primer trimestre del año dos mil veinte, sin embargo, se recomienda realizar una nueva revisión donde se integre el contexto actual de la entidad frente a los cambios económicos, sociales y ecológicos que se afrontarán en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del coronavirus COVID-19.
2. En relación con la Matriz de partes interesadas internas y externas versión 2, se recomienda actualizar, toda vez que se evidenció que se citó la adopción del plan de bienestar bajo la resolución nacional 667 del año 2017, así como también plan de capacitación bajo la resolución 23 del año 2018, que en contexto se encuentran desactualizadas. Se recomienda documentar en la matriz de partes interesadas la implementación del sistema BPM, especialmente en las actividades que realiza la entidad para mejorar los tiempos de atención para suplir las necesidades y expectativas de este.
3. Dentro del documento DE-m-01 Manual de Calidad V.14 (noviembre-2019), sería importante corregir el periodo de plan estratégico, toda vez que se observó en el numeral 2.7 objetivos de calidad, la relación del Plan Estratégico 2016 – 2018, sin embargo, la entidad adoptó la planeación estratégica 2019-2022 bajo la resolución 1703 del 30 de noviembre del 2018, en consecuencia, se recomienda actualizar.
4. Respecto al numeral 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades y el Manual de Funciones, se observó que: En el técnico administrativo, código 3124, grado 15, de área funcional registro, tiene asignado funciones o actividades que desde enero de dos mil veinte (2020) fueron eliminadas del procedimiento de matrículas y que de acuerdo con la normativa legal se deben dejar de ejecutar, como es el caso de la función: "verificar la información, impresión, y calidad de las tarjetas personalizadas" o "llevar una estadística sistematizada de los plásticos dañados en el proceso". De acuerdo con lo anterior se recomienda actualizar las funciones, así como también revisar las responsabilidades específicas de los funcionarios respecto al sistema de gestión de calidad.
5. Dentro del documento DE-m-01 Manual de Calidad V.14 (noviembre-2019), se recomienda documentar en el numeral siete (7) soporte, las actividades que realiza el proceso de comunicaciones tendientes a

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría no.</b>		<b>08-20</b>
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>5</b>	<b>06</b>	<b>2020</b>

determinar las comunicaciones internas y externas. Asimismo, se sugiere documentar en el manual las actividades realizadas por la entidad para mejorar la competencia de sus funcionarios.

6. Ajustar los controles internos teniendo en cuenta la *Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas*, publicada en agosto de 2018, en especial lo concerniente a los lineamientos de riesgos de seguridad digital.
7. Actualizar los siguientes procedimientos referentes a su *Normativa, Anexos o de presentación*:
  - GH-pr-06 procedimiento de investigaciones disciplinarias a funcionarios del copnia (3era. Actualización). Ley 734 derogada, a partir del 1 de julio de 2021, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019. Asimismo, se recomienda verificar la codificación del procedimiento, toda vez que referencia pertenecer al proceso de gestión humana.
  - GH-m-01 manual del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST. Resolución 1111 de 2017 derogada, por la resolución 0312 del 13 de febrero de 2019.
  - GH-pr-04 procedimiento Situaciones Administrativas. Los anexos de formatos Novedades de personal e historias laborales, se encuentran desactualizados.
  - AB-pr-01 procedimiento de mantenimiento, cita el anexo formato cronograma de mantenimiento, sin embargo, el mismo no cuenta con la respectiva codificación y no está relacionado en el listado maestro de documentos.
  - Se identificó diferencia en el nombre del formato AB-pr-01 consolidado de bienes relacionado en la matriz de control de documentos, toda vez que en el AB-pr-02 procedimiento de bienes es citado bajo el nombre de conciliación de mantenimiento.
  - GJ-pr-01 Procedimiento de gestión jurídica, se recomienda revisar la última actualización del formato GJ-pr-01 Evaluación Apoderado, de acuerdo con los lineamientos de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica.
8. En lo que respecta al apartado de salidas no conformes, en el Procedimiento de trámite de matrículas y certificados RP-pr-01, se observó que, en marzo del 2020 se eliminó: "Criterios para dar tratamiento al producto no conforme", esto debido a que se encuentra en etapa de estabilización BPM. En consecuencia, se recomienda determinar y revisar la planificación de los cambios, con el fin de que no se vea afectada la integridad del sistema de gestión de calidad. Asimismo, se observó que durante la vigencia 2019, no se conservó información documentada de las salidas no conformes asociadas al Proceso Ético Profesional, toda vez que, la oficina de jurídica mediante correo electrónico del 8/agosto/2019 manifestó a la oficina de control interno, que durante el periodo evaluado no se presentaron salidas no conformes, sin embargo, el día 12 de agosto OCI informa a través de correo electrónico que se identificó saneamiento en el fallo asociado proceso BYC-PD-2016-00007 en el expediente EXP2016/122146. Asimismo, se recomienda cambiar el termino de producto no conforme por salida no conforme en los procedimientos: RP-pr-01 ético profesional y el RP-pr-01 trámite de matrículas y certificados. Se evidenció en el acta No 06-20 del comité institucional de gestión y desempeño que, el profesional de gestión del área registro está realizando actividades tendientes al tratamiento de salidas no conformes, sin embargo, para la presente revisión es evidencia objetiva que no cumple con el requisito en relación.
9. Respecto al requisito 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación, se realizó revisión de la batería de indicadores del año 2019 y a corte de 2020, por tanto, *se recomienda* en los indicadores que tienen

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría no.</b>		<b>08-20</b>
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>5</b>	<b>06</b>	<b>2020</b>

tendencia e histórico de incumplimiento revisar las acciones correctivas y su eficacia, ya que durante la revisión se encontró lo siguiente:

- A. Indicador Cumplimiento en el tiempo para el trámite de Permisos Temporales: El indicador durante el año 2018, 2019 y primer trimestre de 2020 no cumplió la meta, se recomienda mejorar el análisis de causa del resultado final, así como también implementar acciones correctivas eficaces, a continuación, se detalla el resultado histórico del indicador:

Tabla 5. Trazabilidad Indicador Tramite de Permisos

Año	Meta	Resultado Final	Nivel de Cumplimiento
2018	8,33% mensual acumulada 100% Anual	80%	igual o mayor a 95% entre 90% y 94% acción preventiva menor o igual a 89% acción correctiva
2019	8,33% mensual acumulada 100% anual	88%	igual o mayor A 90% entre 85% y 89% acción preventiva menor o igual a 84% acción correctiva
2020	90%	40%	igual o mayor A 90% entre 85% y 89% acción preventiva menor o igual a 84% acción correctiva

Fuente: Subdirección de planeación, control y seguimiento

- B. Indicador Cumplimiento en el tiempo para responder peticiones y reclamos: El indicador durante el año 2018, 2019 y primer trimestre de 2020 no cumplió la meta, como se evidencia a continuación:

Tabla 6. Trazabilidad Indicador Tiempo Responder Peticiones

Año	Meta	Resultado	Nivel de Cumplimiento
2018	100%	90%	igual o mayor a 95% entre 94 y 90% acción preventiva menor o igual a 89% acción correctiva
2019	100%	84%	igual o mayor a 95% entre 94 y 90% acción preventiva menor o igual a 89% acción correctiva
2020	95%	53%	igual o mayor a 95% entre 94 y 90% acción preventiva menor o igual a 89% acción correctiva

Fuente: Subdirección de planeación, control y seguimiento

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría no.</b>		<b>08-20</b>
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>5</b>	<b>06</b>	<b>2020</b>

- C. Indicador cumplimiento en el tiempo para decidir los procesos ético-profesionales: se recomienda revisar el cálculo del indicador ya que el resultado de 88% durante la vigencia 2019, no es coherente con los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de control interno. Se revisó los datos usados para calcular el indicador a partir de ellos se tomó una muestra de expedientes del año 2018 asociados al seccional cesar, se observó que a corte de la medición del indicador (enero 2020) los expedientes de muestra se encuentran en etapa de investigación preliminar, lo que significa que superaron los tiempos de la etapa en relación, sin embargo, fueron catalogados en termino.
- D. Respecto a los indicadores 2020 se observó que, durante la revisión del primer trimestre de dos mil veinte en el marco del comité de gestión y desempeño; no logró la meta esperada los siguientes ocho (8) indicadores:

- ✓ Cumplimiento de la meta en el número de matriculados de la brecha
- ✓ Cumplimiento en el tiempo para el trámite de Matrículas
- ✓ Cumplimiento en el tiempo para el trámite de Permisos Temporales
- ✓ Cumplimiento en el tiempo para decidir los procesos ético-profesionales
- ✓ Cumplimiento en el tiempo para responder peticiones y reclamos
- ✓ Cumplimiento de Plan de Adquisiciones
- ✓ Cumplimiento del plan de trabajo de comunicación institucional
- ✓ Ejecución Plan de Trabajo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST.

Por lo anterior se recomienda tomar las acciones correctivas tendientes a mejorar el desempeño de los ocho (8) indicadores, asimismo se sugiere tomar las medidas pertinentes para el cálculo del indicador No 9 Cumplimiento del presupuesto de ingresos, y los indicadores de No 2. Cumplimiento de la meta en el número de matriculados de la brecha y N°5. Cumplimiento en el tiempo para el trámite de Permisos Temporales para el Periodo de abril de dos mil veinte (2020)

10. En relación con el plan de acción se recomienda fortalecer la recopilación de la evidencia con el fin de que se valide correctamente el porcentaje de ejecución, en la revisión realizada del plan de acción 2020 se encontró:

Tabla 7. Seguimiento Plan de Acción 2019

Cod. Acción	Acción	Observación
1.2.1.1	Generar mecanismo de control y relacionamiento con las instituciones de educación superior - IES para la remisión de listados de universidad.	Actividad reportada con un porcentaje de avance del 50%, sin embargo, en la evidencia entregada solo se observa un borrador de la resolución "Por medio de la cual se aprueba la adopción de la herramienta para cargue de listados de graduandos relacionados con profesiones competencia de la entidad, para la gestión de procesos misionales del Consejo Profesional Nacional de Ingeniería-COPNIA", por ende, faltó evidencia de las siguientes dos actividades 1. Diseñar el procedimiento que deben efectuar la entidad de educación superior para la remisión o cargue de listados de



		universidad. II 2. Diseñar estrategia y metodología, para divulgar la herramienta de cargue, el procedimiento y la obligación, de la entrega de información por parte de la entidad de educación superior.
<b>1.2.1.2</b>	Procedimiento el manejo centralizado de listados de universidades	Actividad reportada con un porcentaje de avance del 50%, en la evidencia entregada por la subdirección de planeación, control y seguimiento solo se observó un link de acceso a la plataforma web de cargue, sin embargo, no hay evidencia de:  2. Modelar y documentar procedimiento para el cargue del listado 3. Socialización y capacitación del nuevo procedimiento de cargue de listados de universidades. 4. Implementación del procedimiento, con el primer cargue en el micrositio del BPM.
<b>1.4.2.1</b>	Definir e implementar metodología para la generación y entrega de observaciones técnicas	Actividad reportada con un porcentaje de avance del 50%, la evidencia entregada por la subdirección de planeación, control y seguimiento solo contiene un borrador con propuesta metodología observaciones técnicas. Sin embargo, no hay evidencia de:  2. Socialización y concertación con planeación de la metodología para la generación de Observaciones Técnicas  3. Proyecto de metodología para la generación de observaciones técnica  4. Presentación ante la Junta Nacional
<b>2.2.1.2</b>	Liderar la ejecución de pruebas, retroalimentación de resultados y paso a producción - gestor documental	Actividad reportada con un porcentaje de avance del 100%, sin embargo, no se observó evidencia del cumplimiento de la actividad: "Informe de apoyo y acompañamiento de la implementación"

Fuente: Control Interno.

Respecto al plan de acción 2020 se observó que, durante la revisión del primer trimestre en el marco del comité de gestión y desempeño; no se logró la meta para las siguientes acciones:

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría no.</b>		<b>08-20</b>
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>5</b>	<b>06</b>	<b>2020</b>

Tabla 8. Seguimiento Plan de Acción 2020

<b>Cod. Acción</b>	<b>Acción</b>	<b>Observación</b>
<b>2.2.1.6</b>	Liderar la ejecución de pruebas, retroalimentación de resultados y paso a producción -BPM RUNPA	Se evidenció incumplimiento en el indicador, ya que existe un 0% de avance, sin embargo, se esperaba un avance del 25% en el primer trimestre de 2020.
<b>2.3.2.1</b>	Liderar la implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	Se evidenció incumplimiento en el indicador, ya que existe un 0% de avance, se esperaba un avance del 25% en el primer trimestre de 2020
<b>2.5.2.1</b>	Generar plan de bienestar e incentivos y realizar seguimiento.	Se evidenció que el indicador tuvo un desempeño regular, ya que existe un 23% de avance, sin embargo, se esperaba un avance del 25% en el primer trimestre de 2020.

Fuente: Control Interno.

De acuerdo con la tabla anterior, se recomienda fortalecer la documentación de las acciones correctivas o preventivas para dar cumplimiento a las acciones planteadas para la vigencia 2020.

- En relación con la definición de las Políticas de Gestión y Desempeño, asociadas al Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Copnia, se observó dieciséis políticas adoptadas por la entidad. Sin embargo, respecto a la política de racionalización de trámites, se reitera la recomendación de registrar en el Sistema Único de Información de Trámites -SUIT, la estrategia de racionalización de trámites del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de que trata la Ley 1474 de 2011 para la vigencia 2020. Así mismo, se recomienda a la subdirección de planeación, control y seguimiento liderar el proceso de consolidación y monitoreo de la estrategia de racionalización de trámites, en coordinación con los responsables o líderes de los trámites en la entidad. Es decir, una vez el responsable de atención al usuario registre las estrategias en el Sistema Único de Información de Trámites -SUIT, la subdirección de planeación debe proceder a la etapa de "Monitoreo", la cual se refiere a la revisión, seguimiento, evaluación y control permanente a los avances e implementación de las diversas acciones establecidas en la Estrategia de Racionalización de Trámites. La operación de este módulo puede ser delegada por el subdirector de Planeación (Administrador de Gestión), al funcionario que designe con el *rol de Gestor* datos de operación, teniendo en cuenta que la etapa de Monitoreo (Seguimiento) debe ser realizada exclusivamente por el rol de Administrador de Gestión y no por el responsable de atención al ciudadano. Hecho lo anterior la oficina de control interno podrá ingresar con el *rol de Seguimiento y Evaluación* a realizar los seguimientos trimestrales.

Respecto a lo anterior, se recomienda revisar la normatividad 1099 de 2017 "*Por la cual se establecen los procedimientos para autorización de trámites y el seguimiento a la política de racionalización de trámites*" y Guía de usuario Sistema Único de Información de Trámites SUIT 3.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría no.</b>		<b>08-20</b>
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>5</b>	<b>06</b>	<b>2020</b>

### 8. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

<b>Código NC</b>	<b>Estado</b>	<b>Observaciones</b>
01-0819	Cerrada	Frente al plan mejoramiento de la no conformidad "Falta de coherencia entre el porcentaje de avance o cumplimiento y las acciones reportadas" Se recomienda continuar ejecutando acciones para mejorar la recopilación de la evidencia como soporte del porcentaje de ejecución ya que en el desarrollo de la auditoria se evidenció soportes incompletos frente los planes de acción del año 2019.

### 9. ANEXOS NO CONFORMIDADES

Anexo 1. Documentos de trabajo.

Elaborado por: July Alejandra Gamboa Quesada– Auditora Oficina de Control Interno.

Revisado por: Alberto Castiblanco Bedoya – Jefe Ofician de Control Interno.