

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-21
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		12	07	2021

Informe	<input type="checkbox"/>	Preliminar	<input checked="" type="checkbox"/>	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	Mónica Fernández Quintero
Responsable del proceso, dependencia, área o actividad auditada /evaluada	Subdirectora Planeación, Control y Seguimiento Profesional de Gestión			

2. OBJETIVO

Evaluar la gestión del proceso de Direccionamiento Estratégico conforme a los requisitos legales e institucionales tales como procedimientos, políticas, planes y demás lineamientos aplicables.

3. ALCANCE

Verificar el nivel de cumplimiento de las actividades del proceso de Direccionamiento Estratégico en el marco de los procedimientos, instructivos, políticas, riesgos y planes estratégicos definidos, correspondiente al periodo comprendido entre el 7 de mayo de 2020 a la fecha.

4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

En el marco del proceso de auditoria llevado a cabo, se tomaron como criterios los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, así como las políticas, lineamientos, procesos y procedimientos institucionales y las normas legales establecidas en el Normograma de la institución, con el fin de determinar el grado de eficacia del proceso.

Las actividades efectuadas en el desarrollo de la auditoría fueron las siguientes:

1.- Se realizó la verificación de la documentación asociada al proceso disponible en la Intranet Institucional, la cual se toma como referencia para ser contrastada frente a los requerimientos de los criterios de auditoria.

2.- Mediante memorando 3202111000000776 de junio 8 de 2021 se solicitó a la Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento información relativa a los resultados de ejecución de los planes de acción 2020 y 2021, así como los resultados a la fecha del Plan Estratégico y las Actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño efectuados durante el periodo de

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-21
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		12	07	2021

tiempo objeto de la auditoria. La información solicitada fue allegada a la Oficina de Control Interno el 11 de junio de 2021 mediante memorando 32021140000000807.

3.- El 29 de junio de 2021 se efectuó entrevista a la subdirectora de Planeación, Control y Seguimiento.

Los resultados obtenidos en el desarrollo de las actividades se describen a continuación:

1. Verificación documental Intranet vs Norma NTC ISO 9001:2015 y otros criterios de auditoria

4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

4.1 Comprensión de la organización y de su contexto:

La organización tiene contemplada la definición del contexto estratégico a partir de la revisión de las condiciones internas y del entorno desde la Caracterización del Proceso de Direccionamiento Estratégico versión 7 vigente a partir de abril de 2019, la cual se encuentra publicada en la Intranet y en la Página Web institucional.

De igual manera, en el numeral 5.1 del Manual de Calidad de la entidad, se determinó que mediante el uso de la Matriz DOFA el COPNIA *"El COPNIA ha determinado las cuestiones externas e internas incluyendo los factores positivos y negativos que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica (...)"*¹.

Finalmente, en la intranet y página web institucional se encuentra publicada la Matriz DOFA versión 3 vigente a partir de enero de 2020 en donde se relacionan las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas de la entidad.

No obstante, no se observa alguna actualización posterior que incluya los factores determinantes que pueden incidir en la gestión institucional teniendo en cuenta la emergencia sanitaria decretada por cuenta del COVID – 19. Ver recomendación.

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

En la caracterización del proceso de Direccionamiento Estratégico se contempla la "Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas" como una de las actividades dentro del proceso. De igual manera, en el Manual de Calidad DE-m-01 en el

¹ Manual de Calidad V.14. noviembre de 2019- COPNIA

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-21
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		12	07	2021

numeral 5.2., se indica que la información relacionada con las partes interesadas se consolida en la Matriz de Partes Interesadas, la cual fue consultada y verificada su existencia tanto en la intranet como en la página web institucional, encontrando que se encuentra en la versión 3 vigente a partir de diciembre 2020.

4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad.

En el numeral 1.2. del Manual de Calidad DE-m-01 se definió el alcance del sistema de gestión de calidad así:

*"El Sistema de Gestión de Calidad implementado en el COPNIA tiene como alcance las actividades misionales de la Entidad: **Autorización, inspección, control y vigilancia del ejercicio de la ingeniería, de sus profesiones afines y de sus profesiones auxiliares que se concreta, de acuerdo con las competencias otorgadas por la ley, con la inscripción del Registro Profesional y con la función de Tribunal de Ética Profesional.**"*

De igual manera, en el mencionado numeral del Manual de Calidad la entidad definió los siguientes requisitos como no aplicables:

- 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. La organización cuenta con el Mapa de Procesos debidamente adoptado mediante Resolución Nacional 530 de 2019 en el cual se integran quince (15) procesos institucionales con sus respectivas interacciones. El mapa de procesos se encuentra debidamente publicado tanto en la intranet como en la página web institucional, permitiendo el acceso a los documentos que hacen parte de cada uno de los procesos desde la caracterización como las políticas, normogramas y demás documentos propios de la dinámica de cada uno. No obstante, se encuentra diferencia frente al Mapa de Proceso publicado en la Intranet y el publicado en la página web institucional, a pesar de que en ambas fuentes se relaciona la Resolución Nacional 530 de 2019 el diagrama es diferente. VER RECOMENDACIÓN.

	INFORME DE AUDITORIA		Auditoría no.		08-21	
			Fecha del informe			
			Día	Mes	Año	
			12	07	2021	



MAPA DE PROCESOS PÁGINA WEB
 PROCESOS INTRANET



MAPA DE

En la caracterización del proceso de Direccionalamiento Estratégico, se definió como una actividad la identificación de los recursos necesarios para la ejecución de los procesos de la entidad la cual genera como producto los Proyectos de Inversión sobre los cuales se determina la asignación de recursos para la operación institucional.

5. LIDERAZGO

5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO

5.1.1 Generalidades. La entidad tiene definidos los mecanismos a través de los cuales demuestra el liderazgo y compromiso con el Sistema de Gestión de la Calidad en el numeral 5.4 del Manual de Calidad identificando entre otros aspectos la responsabilidad y obligación de rendir cuentas, el establecimiento de la política y objetivos de calidad, la promoción del enfoque a procesos y pensamiento basado en riesgos.

En la página web institucional se evidenció en el apartado de Transparencia información relativa a la entidad de interés para la comunidad, en la cual se presenta la información relacionada con la Rendición de Cuentas efectuada por la entidad con corte a la vigencia 2020, realizada el 26 de marzo de 2021 de forma virtual, así como la correspondiente evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno.

Se asegura el enfoque basado en procesos a través de la identificación y documentación de los procesos que hacen parte de la organización y que se encuentran contenidos en el respectivo mapa de procesos.

5.1.2 Enfoque al cliente: Se cuenta con un canal virtual de atención al ciudadano a través de la página web institucional. De igual forma se observa que la entidad dispuso de líneas telefónicas celulares, atendiendo la nueva realidad de confinamiento producto de la pandemia,

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-21
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		12	07	2021

que permitiera garantizarle al ciudadano los medios de contacto necesarios para su comunicación con la entidad.

Se evidenció que el Objetivo Estratégico “Lograr el reconocimiento del COPNIA como ente público nacional en la autorización, inspección, control y vigilancia del ejercicio de la ingeniería” presentó un incremento de 16 puntos porcentuales pasando del 82% en la vigencia 2019 a 98% en la vigencia 2020 cumplimiento generado por el incremento de procesos de cercanía con la ciudadanía a través de la participación en Congresos y Eventos que permitieron lograr un mayor reconocimiento de la entidad por parte de la ciudadanía.

5.2 POLÍTICA

5.2.2 Comunicación de la política de la calidad. La Política de Calidad del COPNIA se encuentra documentada a través del DE-m-01 Manual de Calidad y disponible para su consulta tanto en la intranet como en la página web institucional en concordancia con lo establecido en la norma ISO 9001:2015, el Manual. 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. La entidad cuenta con el Manual de Funciones, Requisitos y Competencias Laborales, el cual fue ajustado mediante Resolución Nacional R2020045900 del 24 de noviembre de 2020, en el cual se describen cada uno de los cargos que hacen parte de la planta global de la entidad con sus respectivas funciones. De igual manera mediante Resolución Nacional R2021054525 del 22 de enero de 2021 se actualizó el Manual de Funciones y Competencias Laborales para los empleos de carácter temporal para la vigencia 2021 del COPNIA.

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 adopto 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), 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.

El proceso de Direccionamiento Estratégico cuenta con un (1) proceso revisado y documentado con fecha de revisión de abril 2020 y con una zona de riesgo inherente como ALTA y luego de la aplicación de controles el riesgo residual pasa a estar en un nivel BAJO.

En el Comité Institucional de Gestión y Desempeño realizado por la entidad en el mes de abril de 2021 y de acuerdo con lo consignado en el Acta No. 11-2021 se registró lo siguiente en relación con los resultados del indicador de materialización de riesgos en la revisión realizada al proceso de Direccionamiento Estratégico:

"En el primer trimestre de 2021 se materializó uno de los 40 riesgos identificados. El riesgo fue identificado en el proceso de Gestión Jurídica: Incumplimiento de los términos procesales. Revisando la situación se concluyó que la razón por la cual se materializó el riesgo fue por la radicación de una tutela cuando ya se había pasado el término de su atención. (...)"

De acuerdo con lo indicado por la subdirectora de Planeación, Control y Seguimiento (e) en entrevista efectuada el 29 de junio de 2021 en el marco del desarrollo de la auditoria, la entidad se encuentra en proceso de mitigación del riesgo a través de la implementación de un control que implique una automatización mayor puesto que en la actualidad se tiene un control manual que facilita el error humano y que puede aumentar la probabilidad de ocurrencia del riesgo.

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 realiza de manera trimestral.

De acuerdo con la información suministrada por la Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento en relación con el cumplimiento de los Objetivos se evidenció que la entidad alcanzó un 95% de cumplimiento para la vigencia 2020:

OBJETIVO ESTRATÉGICO	2019	2020
1. Mejorar la cobertura, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios misionales.	82%	90%
2. Fortalecer y articular el modelo de gestión de la entidad para mejorar la prestación de los servicios misionales.	90%	98%
3. Lograr el reconocimiento del COPNIA como ente público nacional en la autorización, inspección, control y vigilancia del ejercicio de la ingeniería.	82%	98%
CUMPLIMIENTO GENERAL PLAN ESTRATÉGICO 2019-2022	85%	95%

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-21
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		12	07	2021

Fuente. Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento.

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 considerada 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.

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. Teniendo en cuenta la Declaratoria de Emergencia Económica, Social y Ecológica decretada por el Gobierno Nacional en el contexto de la Pandemia por COVID-19 la entidad afrontó los cambios a partir del ajuste al Plan Anual de Adquisiciones con el fin de priorizar la asignación de recursos a los procesos directamente impactados por la situación, teniendo en cuenta el impacto ocasionado por la reducción de los ingresos proyectados. Estos ajustes fueron revisados y aprobados en las sesiones del Comité de Gestión y Desempeño y presentadas a la Junta Nacional de Consejeros para su respectivo trámite.

7.1.2 Personas. La entidad cuenta con una estructura orgánica y planta de personal debidamente creada y adoptadas mediante las Resoluciones Nacionales 362 de 2016, 795 de 2017 y 363 de 2016, respectivamente.

De igual manera con base en el estudio técnico de reorganización desarrollado durante el segundo semestre de 2019, la Junta Nacional de Consejeros consideró pertinente la creación de treinta y seis (36) empleos de carácter temporal para la vigencia 2020, la cual fue aprobada mediante Resolución Nacional 1939 del 26 de noviembre de 2019 de los cuales en la sesión ordinaria de la Junta Nacional de Consejeros realizada el 25 de noviembre de 2020, se aprobó por unanimidad prorrogar la vigencia de treinta y tres (33) empleos y la creación de un empleo adicional para la vigencia 2021, la cual fue aprobada mediante Resolución Nacional R2020047183 del 4 de diciembre de 2020.

7.1.3 Infraestructura. La entidad determinó, proporcionó y mantiene la infraestructura necesaria para la operación de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo.

Según los datos del informe de rendición de cuentas presentado en el mes de marzo de 2021, se realizó:

- "- *Adecuación de nuevas oficinas que aseguren espacios para las áreas de la Sede Nacional*
- *Suministro de elementos necesarios que garantizaran las actividades de trabajo remoto en casa*

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-21
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		12	07	2021

- Suministro y compras de elementos necesarios para el funcionamiento de las diferentes sedes de la entidad”

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.

El plan anual del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo presenta una ejecución del 88%, de acuerdo con lo registrado en el informe de rendición de cuentas efectuado en el mes de marzo de 2021.

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 presentó un cumplimiento del 100%, 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 Institucional que presenta su última actualización en el mes de diciembre de 2020 y cuyo objetivo se establece en los siguientes términos:

"Establecer lineamientos de comunicación y divulgación con calidad, asertividad y coherencia que permitan el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales".

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.

8. OPERACIÓN

8.1 Planificación y control operacional. La organización tiene identificados y documentados los procesos requeridos para la operación. Estos procesos se encuentran incluidos en la categoría de misionales y cuentan con la caracterización y demás documentos que soportan su desarrollo.

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. La entidad cuenta con un indicador de seguimiento periódico denominado *% de cumplimiento en el tiempo para responder peticiones y reclamos* el cual de forma acumulada presentó los siguientes datos para la vigencia 2020:

% de cumplimiento en el tiempo para responder peticiones y reclamos (Acumulado)			
MES	No. de Respuestas	Respuestas oportunas	% de cumplimiento
ENERO	198	89	45%
FEBRERO	1.018	360	35%
MARZO	2.508	920	37%
ABRIL	3.333	1.667	50%
MAYO	4.374	2.642	60%
JUNIO	5.097	3.306	65%
JULIO	6.074	4.201	69%
AGOSTO	7.069	5.133	73%
SEPTIEMBRE	8.406	6.399	76%
OCTUBRE	9.382	7.360	78%
NOVIEMBRE	10.373	8.348	80%
DICIEMBRE	11.204	9.153	82%
% DEL PERIODO	11.204	9.153	82%

Fuente. Tabla general de indicadores 2020 IV trimestre

8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios. La entidad cuenta con la definición de los servicios que presta a la comunidad, de acuerdo con lo

definido en la Ley 842 de 2003, los cuáles se encuentran publicados y descritos 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 abril 2021 11a Actualización.
2. Procedimiento del proceso ético profesional: PD-pr-01 Vigente a partir de noviembre de 2020 9a. 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 noviembre de 2020 8a. Actualización

Respecto a los métodos de identificación y trazabilidad, se observó que la entidad cuenta con la herramienta 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 en el numeral 6 y en el Procedimiento de trámite de matrículas y certificados RP-pr-01 igualmente en el numeral 6 y en el anexo 7.15 del mencionado procedimiento se definen los "Criterios para el tratamiento del servicio no conforme" relacionando requisitos y control a las salidas no conformes.

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. Según lo reportado por le profesional especializado del área de Atención al Ciudadano en el Comité de Institucional de Gestión y Desempeño del mes de abril

de 2021 informó que el indicador de Satisfacción del Usuario del 89%. Así mismo se indicó que el trámite de matriculas y certificados tuvo un nivel de satisfacción general del 92%, el trámite de permisos temporales del 81%, en devolución de dinero del 75% y la atención del chat del 85%.

9.2 Auditoría Interna: Se evidenció la ejecución del 57% del programa anual de auditoria durante la vigencia 2020, en el desarrollo del programa, se evidenció que se alcanzó un cumplimiento promedio general del 76.55% en los criterios de auditoria revisados. Frente al cumplimiento del programa anual de auditoría, en el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno efectuado el 11 de febrero de 2021 se indicó que las razones del mencionado porcentaje obedecieron a:

- ✓ Vacantes por renunciaciones de auditores, no cubiertas (2) oportunamente por incidencia emergencia COVID-19
- ✓ No contratación de auditores para auditorías especializadas (Tics), teniendo en cuenta que no se había incluido los recursos financieros dentro de la programación presupuestal de la vigencia, ya que esta fue anterior a la inclusión de la necesidad aprobada en el comité.
- ✓ Suspensión de contrato para auditoría Financiera y Presupuestal (Contador), dadas las limitaciones para el desplazamiento a las instalaciones, para la revisión y análisis de evidencias disponible únicamente en medios físicos, por las restricciones originadas en la epidemia.
- ✓ Restricciones de movilidad para revisión de evidencias físicas de otros procesos, por emergencia COVID -19

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 13-20; 04-21; 11-21, 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 2020 se observó el nivel de cumplimiento en los planes de mejoramiento interno y externo del 100% y 98% respectivamente, adicionalmente trimestralmente la oficina de control interno emite un informe de seguimiento a los mismos.

2. Plan de Acción

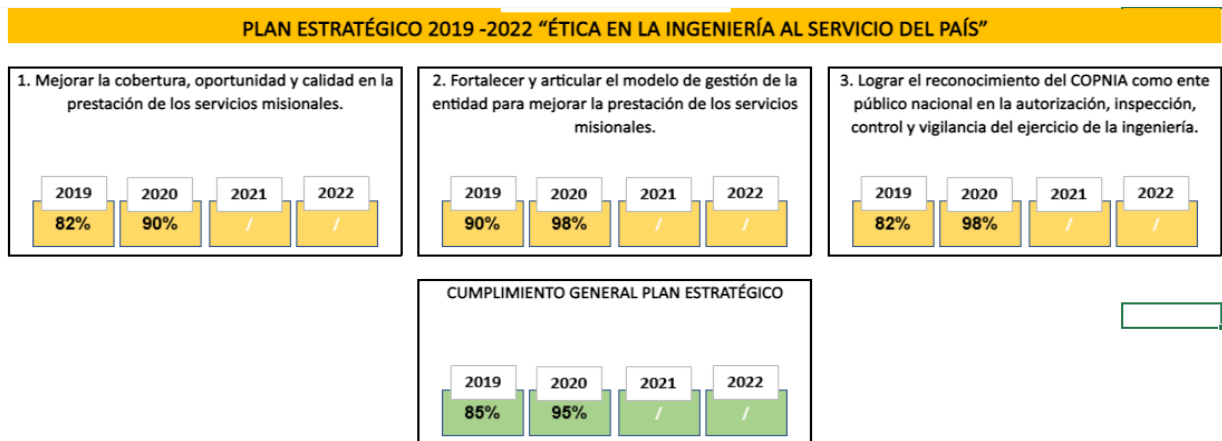
Para el análisis de este criterio se solicitó mediante memorando No. 32021110000000776 el día ocho (8) de junio de dos mil veintiuno (2021) el seguimiento a los indicadores de Gestión de la vigencia 2020 y lo corrido de la vigencia 2021 al profesional de gestión del área. Adicionalmente, se verificó que en la página web de la Entidad, se encontraran debidamente publicados los seguimientos al Plan de Acción de la vigencia 2020 y lo corrido de la vigencia 2021. De acuerdo con la información entregada por la subdirección de planeación, control y seguimiento se evidencia un cumplimiento del Plan de Acción para la vigencia 2020 así:

1. Mejorar la cobertura, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios misionales. Reporta un nivel de cumplimiento del 99%.
2. Fortalecer y articular el modelo de gestión de la entidad para mejorar la prestación de los servicios misionales. Reporta un nivel de cumplimiento del 98%.
3. Lograr el reconocimiento del COPNIA como ente público nacional en la autorización, inspección, control y vigilancia del ejercicio de la ingeniería. Reporta un nivel de cumplimiento del 100%.

3. Plan Estratégico

Se observo que la Entidad tiene establecido el Plan Estrategico proyectado 2019-2022, de conformidad con la información reportada por la subdirección de planeación control y seguimiento se evidenció cumplimiento total del 95% del Plan Estratégico 2019 -2022, teniendo cumplimiento de cada uno de los objetivos estratégicos de la siguiente manera:

Tabla 1 Cumplimiento Plan estratégico 2020



Fuente: Control Subdirección de planeación, control y seguimiento

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-21
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		12	07	2021


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.

5. HALLAZGOS

Para el ejercicio se aplicó un total de treinta y tres (33) criterios de auditoría, de los cuales, treinta y tres (33) son Conformidades como se detalla a continuación:

5.1 REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO – CONFORMIDADES CON OBSERVACION

Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015 Numeral 4.4.1. La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.</p> <p>La organización debe determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización, y debe:</p> <p>a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos; b) determinar la secuencia e</p>	<p>Se encuentra diferencia frente al Mapa de Proceso publicado en la Intranet y el publicado en la página web institucional, a pesar de que en ambas fuentes se relaciona la Resolución Nacional 530 de 2019 el diagrama es diferente.</p> <p>Mapa de riesgos página web</p>  <p>Mapa de riesgos intranet</p>

interacción de estos procesos;



Ver. Recomendación.

6. EVALUACIÓN DEL RIESGO

Riesgo identificado / Posible riesgo	Observación	Responsable del análisis del riesgo
<p><i>"Incumplimiento de los términos procesales"</i></p>	<p>Durante el desarrollo de la auditoría se observó la materialización del riesgo <i>"Incumplimiento de los términos procesales"</i> relacionado con el proceso de Gestión Jurídica, cuya acción para control del riesgo se encontraba contemplada para ser cumplida en el mes de mayo de 2021.</p> <p>Se sugiere implementar un control con un alto grado de automatización de tal forma que se minimice el error humano y de esta forma el aumento de la probabilidad de ocurrencia del riesgo.</p> <p>La Oficina de Control Interno dará traslado de esta observación a la auditoria del proceso de Gestión Jurídica, par su respectiva valoración.</p>	<p>Subdirección Jurídica</p>

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-21
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		12	07	2021

El resultado del ejercicio auditor obtuvo un cumplimiento del 100% frente a los criterios de auditoría evaluados. A continuación, se describen las conclusiones y recomendaciones.

1. Norma NTC ISO 9001:2015

1. La matriz DOFA institucional presenta la última actualización a enero de 2020, incluyendo todos los componentes internos y externos analizados por la organización. No obstante, teniendo en cuenta la nueva realidad que el mundo moderno está afrontando producto de la Pandemia por COVID-19 se observa la necesidad de que la entidad considere los aspectos que pueden impactar en su gestión ante la nueva realidad y procesos de reactivación económica que se vive en el país.
2. Si bien es cierto la entidad cuenta con la Matriz de Partes interesadas debidamente actualizada y publicada, se sugiere que dentro del ejercicio de contexto organizacional se haga una vinculación más activa de los diferentes organismos y agremiaciones que pueden tener incidencia en la gestión institucional.
3. La institución tiene definidos su procesos y procedimientos institucionales requeridos para asegurar una adecuada gestión y funcionamiento. No obstante, en cuanto al Mapa de Proceso se hace necesario unificar el diagrama publicado tanto en la página web como en la intranet institucional, ya que a pesar de que conceptualmente son los mismos procesos, la diferencia visual puede conllevar a confusiones por parte de los clientes que buscan un mayor conocimiento frente a la operación de la entidad por medio del Mapa de Procesos.
4. En relación con el Mapa de Riesgos se evidenció el reporte de la materialización del riesgo: Incumplimiento en los términos procesales, relacionado con el proceso de Gestión Jurídica cuya acción de control estaba programada para ser cumplida en el mes de mayo. La Oficina de Control Interno dará traslado de esta nota, a la auditoría que se adelanta a dicho proceso, para ser valorada durante la ejecución de esta, teniendo en cuenta que dicha materialización del riesgo no esta asociada al proceso de Direccionamiento Estratégico.
5. En los Comités de Gestión y Desempeño Institucional se observó la reiteración de una diferencia manifestada por la secretaria Seccional Caldas en su informe de procesos éticos profesionales al indicar que la secretaria reporta 41 procesos y en el informe dice que 46. Al indagar con la subdirectora de Planeación, Control y Seguimiento (e) manifestó que tal diferencia había sido subsanada al tratarse de un error. Sin embargo, se recomienda establecer los puntos de control necesarios para garantizar que las cifras que se reportan en las diferentes instancias sean concordantes unas con otras y darle seguridad al proceso que se presenta.

8. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

A la fecha de ejecución de la presente auditoria, el proceso presenta cerradas las acciones de mejora relacionadas en el Plan de Mejoramiento Interno producto de la auditoría 02-20 efectuada al proceso de Direccionamiento Estratégico.

9. ANEXOS NO CONFORMIDADES

Proyectado y revisado por: Alberto Castiblanco Bedoya – Jefe Oficina de Control Interno.