



INFORME DE AUDITORIA

Auditoría no.

08-19

Fecha del informe

Día

Mes

Año

08

10

2019

Informe

Preliminar

Final

1. INFORMACIÓN GENERAL

Tipo de Informe	<input type="checkbox"/>	Auditoría	<input type="checkbox"/>	Seguimiento
Procesos auditado / Evaluado	Direccionamiento Estratégico			
Auditor líder	Alberto Castiblanco Bedoya	Equipo Auditor	Katerine Johana Cely Ortiz Luisa Fernanda Sánchez	
Responsable del proceso, dependencia, área o actividad auditada / evaluada	Subdirectora Planeación, Control y Seguimiento			

2. OBJETIVO

Evaluar la gestión del proceso de Direccionamiento Estratégico conforme a los requisitos legales e institucionales.

3. ALCANCE

Verificar cumplimiento de los procedimientos, instructivos, políticas, riesgos y planes estratégicos definidos en el proceso de Direccionamiento Estratégico, correspondientes a la vigencia 2018 y 2019 a la fecha.

4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Para el ejercicio auditor en lo que se refiere al proceso de Direccionamiento Estratégico fueron objeto de análisis la normatividad relacionada con la Norma ISO 9001:2015 y se verificó el cumplimiento de estos en la Entidad, asimismo se revisaron los procedimientos y la normatividad vigente que rige el proceso como a continuación se relaciona:

1. Norma NTC ISO 9001:2015

1.1. Numeral 4. Contexto de la organización:

Para el desarrollo de esta actividad se revisaron los documentos que se encuentran publicados en la Página Web de la Entidad como lo son: mapa de procesos, matriz DOFA, matriz de partes interesadas y manual de calidad, los resultados de esta actividad hacen parte de las Conformidades y recomendaciones.

1.2. Numeral 5. Liderazgo:

Para verificar el cumplimiento relacionado con el liderazgo y compromiso de la Alta Dirección con el SGC y el cliente, se verificó el desarrollo de las actividades descritas en el numeral 5.4 del Manual de Calidad, Política de Calidad y el Manual de Funciones, los resultados de la verificación hacen parte de las Conformidades y recomendaciones.

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-19
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		08	10	2019

1.3. Numeral 6. Planificación.

1.3.1. Riesgos y oportunidades: Para el desarrollo de este criterio, se revisó los documentos asociados al Proceso de Direccionamiento Estratégico y los instrumentos para abordar riesgos establecidos por la Entidad como lo son: Política de administración de riesgos, Procedimiento de administración del riesgo, mapa de riesgos de gestión asociados a cada proceso y mapa de riesgos de corrupción. El resultado de la revisión hace parte de las Conformidades y recomendaciones.

1.3.2. Objetivos de calidad: Para la revisión de este criterio se verificó que los objetivos de calidad planteados por la Entidad fueran coherentes con la Política de calidad, medibles, pertinentes con los servicios y que ayuden a la satisfacción el cliente. La verificación hace parte de las Conformidades y recomendaciones.

1.4. Numeral 7. Apoyo

1.4.1. Recursos: Para el desarrollo de este criterio se verificó la existencia de los recursos mediante los cuales la Entidad proporciona el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad. Respecto al Talento Humano, se revisó el manual de funciones, infraestructura, ambiente de operación y recursos de seguimiento.

1.4.2. Toma de conciencia: Para el análisis de este criterio se verifica información relacionada con de la toma de conciencia de la Política de Calidad, los objetivos de calidad, la contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad y las implicaciones del incumplimiento de los requisitos de este, el resultado del análisis hace parte de las Conformidades.

1.4.3. Comunicación: para la verificación de los memorandos internos realizados durante el periodo comprendido desde el primero (01) de julio del dos mil dieciocho (2018) y el catorce de agosto del dos mil diecinueve (2019) se emite un reporte de la herramienta tecnológica Invesflow denominado "Libro de consecutivo de comunicaciones internas" y se seleccionó como remitente a la Profesional de Gestión de calidad, de conformidad con el reporte generado se evidenciaron treinta y tres (33) comunicaciones relacionadas con la publicación de manuales, políticas, actualizaciones, creación de documentos relacionados al SIG. El resultado de la verificación hace parte de las conformidades.

1.4.4. Información documentada: Para en análisis de este criterio se realizó revisión del Procedimiento de control de documentos y los documentos creados en la vigencia 2018 y lo corrido de la vigencia 2019. Los resultados de esta actividad hacen parte de las Conformidades.

1.5. Numeral 8. Operación.

Para el desarrollo de este criterio se verificó la implementación de los respectivos procesos necesarios para el cumplimiento de los requisitos asociados a la prestación del servicio.

- 1.5.1.** Planificación y control operacional: para el análisis de este criterio se verificó que los procesos misionales de la Entidad hayan definido y actualizado de acuerdo a los requerimientos la caracterización y los respectivos procedimientos para garantizar la adecuada prestación del servicio, el resultado de la verificación hace parte de las Conformidades.
- 1.5.2.** Requisitos para los productos: Para el desarrollo de esta actividad se verificó que la Entidad cuente con los mecanismos y canales de comunicación necesarios para informar a los usuarios los requisitos para la realización de tramites o el servicio que requieren, el resultado de la verificación hace parte de las Conformidades.
- 1.5.3.** Producto No Conforme: Para el análisis de este criterio se verificó que en los procesos misionales que generan producto no conforme, se encontraran documentadas las acciones que se generan para dar tratamiento al mismo, los resultados de la verificación hacen parte de las Conformidades.

1.6. Evaluación del desempeño.

- 1.6.1.** Seguimiento, medición, análisis y evaluación: Para el análisis de este criterio se solicitó mediante correo electrónico el día catorce (14) de agosto de dos mil diecinueve el seguimiento a los indicadores de Gestión de la vigencia 2018 y lo corrido de la vigencia 2019 a la profesional de gestión del área y posteriormente se realizó análisis de los datos reportados por cada uno de los procesos, los resultados de la verificación hacen parte de las No Conformidades y recomendaciones.
- 1.6.2.** Satisfacción del cliente: Para el desarrollo de este criterio se revisó la aplicación de la medición de satisfacción del cliente y las herramientas a través de la cual se realiza la recolección de dicha información, el resultado de esta actividad hace parte de las Conformidades.
- 1.6.3.** Revisión por la dirección y salidas de revisión por la dirección: Para la verificación de este criterio se verificó la revisión efectuado por el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo relacionadas con el SGC, los resultados de esta actividad hacen parte de las Conformidades.

1.7. Mejora

Para el análisis de este criterio se revisó la aplicación de las acciones planteadas para mejoras del SGC, Así mismo el tratamiento que se da a las no conformidades detectadas por medio de las auditorias internas de control interno y de calidad, el resultado de revisión hace parte de las Conformidades.

2. Plan de Acción

Para el análisis de este criterio se solicitó mediante correo electrónico el día catorce (14) de agosto de dos mil diecinueve el seguimiento a los indicadores de Gestión de la vigencia 2018 y lo corrido de la vigencia 2019 a la profesional de gestión del área. Adicionalmente, se verificó que en la página web de la Entidad, se

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-19
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		08	10	2019

encontraran debidamente publicados los seguimientos al Plan de Acción de la vigencia 2018 y lo corrido de la vigencia 2019. El resultado de la actividad hace parte de las Conformidades con observación y Recomendaciones.

3. Plan Estratégico

Para el desarrollo de esta actividad, se solicitó al área de Planeación el avance las actividades relacionadas en el Plan Estratégico de la Entidad y sus correspondientes soportes, posteriormente se realizó análisis de los resultados reportados, el resultado de la actividad hace parte de las No Conformidades y Recomendaciones.

5. HALLAZGOS

Para el ejercicio se aplicó un total de treinta y dos (32) criterios de auditoría, de los cuales se obtuvo que: cinco (05) no aplican toda vez que hacen parte del resultado de auditorías efectuadas previamente a otros Procesos, diecisiete (17) son Conformidades, nueve (09) son Conformidades con Observación y una (01) es No Conformidad como se detallan a continuación:

5.1 REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO – CONFORMIDADES CON OBSERVACION

Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>4.1. Comprensión de la Organización y de su Contexto: La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de la calidad</p> <p>4. Contexto de la Organización</p>	<p>La entidad cuenta con la Matriz DOFA en la cual se establecen las cuestiones internas o externas que pueden llegar a afectarla esta se encuentra publicada en la página web de la entidad en el siguiente Enlace.</p> <p>https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/direccionamiento-estrategico/MATRIZ_DOFA.pdf.</p> <p>Teniendo en cuenta que la Matriz DOFA se encuentra vigente a partir de abril de 2018, se hace necesario realizar una revisión y actualización de esta, toda vez que a partir del Plan Estratégico 2019 – 2022 y/o actualización e implementación de políticas o normatividad durante las vigencias 2018 y 2019 se mitigaron aspectos y se modificaron actividades que estaban alineadas con el DOFA.</p> <p>Ver. Recomendación.</p>

Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015</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, necesidad. El documento se encuentra a través del siguiente enlace:</p> <p>https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/direccionamiento-estrategico/partes_interesadas.pdf</p>
Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>5.1. Liderazgo y Compromiso</p> <p>5.1.1. Generalidades: La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad.</p> <p>a) asumiendo la responsabilidad y obligación de rendir cuentas con relación a la eficacia del sistema de gestión de la calidad; b) asegurándose de que se establezcan la política de la calidad y los objetivos de la calidad para el sistema de gestión de la calidad, y que éstos sean</p>	<ul style="list-style-type: none"> De conformidad con las acciones implementadas por parte de la Subdirección de Planeación control y seguimiento para la realización de la Rendición de Cuentas de la vigencia 2018 esta se llevó a cabo el día veinte (20) de marzo de 2019 y se expuso el cumplimiento de las actividades derivadas del SGC. Se evidencia el seguimiento al cumplimiento de la Política de Calidad y se realizan las actualizaciones necesarias para su mejora como se puede observar en la actualización del Manual de Calidad (Versión 12) del en diciembre de 2018. El Sistema de Gestión de Calidad se encuentra certificado con la actualización de la Norma ISO: 9001:2015, la cual se obtuvo en noviembre de 2018. Como resultado de la auditoria se concluyó que "... la organización ha establecidos y mantenido su acuerdo con los requisitos de la norma y demostrado la

compatibles con el contexto y la dirección estratégica de la organización; c) asegurándose de la integración de los requisitos del sistema de gestión de la calidad en los procesos de negocio de la organización) promoviendo el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos; e) asegurándose de que los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad estén disponibles; f) comunicando la importancia de una gestión de la calidad eficaz y conforme con los requisitos del sistema de gestión de la calidad; g) asegurándose de que el sistema de gestión de la calidad logre los resultados previstos; h) comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad; i) promoviendo la mejora; j) apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo en la forma en la que aplique a sus áreas de responsabilidad.

capacidad del sistema para alcanzar sistemáticamente los requisitos establecidos para los productos o los servicios dentro del alcance y los objetivos de la política de la organización” No se identificaron No conformidades.

5. Liderazgo

Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>5.1.2 Enfoque al cliente: La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente asegurándose de que:</p> <p>a) se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;</p> <p>b) se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente;</p> <p>c) se mantiene el enfoque en el aumento</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se observó la actualización de la matriz de partes interesadas en la cual se establecen los requisitos de los clientes internos y externos, se define que hace la entidad para atender cada uno de los requisitos. Se define la matriz DOFA en donde se identificaron las Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas que de manera directa o indirecta afectan el quehacer de la entidad. Estas situaciones identificadas permiten establecer acciones de mejoras y/o correctivas a través del plan de acción, indicadores, mapa de riesgos entre otros. De acuerdo con la información reportada en el informe trimestral de Atención al Ciudadano con corte a abril del 2019, se evidencia que el nivel de satisfacción en el trámite de matrículas corresponde a 53% excelente y 38% bueno. A su vez, se observó que en relación con el cumplimiento de los términos establecidos para emitir

<p>de la satisfacción del cliente.</p> <p>5. Liderazgo</p>	<p>concepto sobre las PQRS se obtuvo un nivel de cumplimiento del 90% para la vigencia 2018 y para el primer semestre del 2019 se encuentra en el 85%.</p>
<p>Criterio</p>	<p>Evidencia</p>
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>5.2.1 Establecimiento de la política de la calidad: La alta dirección es la que debe establecer, implementar y mantener una política de la calidad que: a) Sea apropiada al propósito y contexto de la organización y apoye su dirección estratégica. b) Proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad. c) Incluya el compromiso de cumplir con los requisitos aplicables. d) Contenga el compromiso de mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>5.2.2 Comunicación de la política de la calidad: La política de la calidad debe: a) Estar disponible y mantenerse como información documentada. b) Comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización. c) Estar disponible para las partes interesadas pertinentes, según incumba.</p> <p>5. Liderazgo</p>	<p>La Política de Calidad del COPNIA fue adoptada inicialmente con la Resolución 1073 del ocho (08) de agosto del dos mil diecisiete (2017) y documentada a través del Manual de Calidad versión 12, la misma cumple con lo establecido en la norma ISO 9001:2015, el Manual de Calidad se encuentra publicado en la Página Web de la Entidad y en la Intranet, adicionalmente se observó que actualización del Manual de Calidad fue comunicada a los funcionarios de la Entidad mediante memorando NAL-CI-2018-02851 del once (11) de diciembre del dos mil dieciocho (2017).</p>
<p>Criterio</p>	<p>Evidencia</p>
<p>GUIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DAFP:</p> <p>3.2 Valoración del riesgo: Se busca confrontar los resultados del análisis de riesgo inicial frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (RIESGO RESIDUAL).</p>	<p>De conformidad con la quinta versión publicada en septiembre del dos mil dieciocho se realizó la Actualización procedimiento de acuerdo con: la Guía de Administración de Riesgos de la Función Pública, versión 3, diciembre 2014, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, dimensión séptima y la Resolución Nacional 1092 de 2018 "Por medio de la cual se reglamenta el Comité Institucional de Control Interno". Se modifica formato DE-fr-04 Mapa de riesgos. Procedimiento revisado en el marco del Comité Institucional del Sistema de Control Interno, en reunión realizada el 4 de septiembre de 2018. De conformidad con las modificaciones realizadas al manual se mitigaron las falencias detectadas</p>



INFORME DE AUDITORIA

Auditoría no.		08-19
Fecha del informe		
Día	Mes	Año
08	10	2019

<p>Acciones fundamentales para valorar el riesgo</p> <p>IDENTIFICAR CONTROLES EXISTENTES QUIÉN LLEVA A CABO EL CONTROL (RESPONSABLE) QUÉ BUSCA HACER EL CONTROL (OBJETIVO) CÓMO SE LLEVA A CABO EL CONTROL (PROCEDIMIENTO) EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL TIPO DE CONTROL (MANUAL O AUTOMÁTICO) CUANDO SE REALIZA EL CONTROL (PERIODICIDAD)</p> <p>ISO 31000:2011:</p> <p>5.4 Valoración del Riesgo: La valoración del riesgo es el proceso total de la identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.</p> <p>POLITICA DE CALIDAD:</p> <p>Artículo cuarto: Responsabilidad frente al riesgo: Identificados los actores involucrados en el proceso de administración del riesgo, se relacionan a continuación las obligaciones frente a dicho proceso.</p> <p>b) Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento: Diseñar y orientar la implementación de la metodología para la identificación, análisis, calificación y valoración del riesgo en el COPNIA</p>	<p>en los controles, identificación de alcances, niveles de aceptación del riesgo, análisis del contexto interno y externo de la entidad.</p>
<p align="center">Criterio</p>	<p align="center">Evidencia</p>
<p>GUIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DAFP:</p>	<p>Se observó la actualización a la matriz de riesgos de cada uno de los procesos y se consolidó la matriz de riesgos de la entidad, estos fueron informados a través del memorando NAL-CI-2018-02628 del veintiséis</p>

Mapa Institucional de Riesgos: Contiene a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad, se alimenta con los riesgos residuales Altos o Extremos de cada uno de los procesos que pueden afectar el cumplimiento de la misión institucional y objetivos de la entidad. En este mapa se deberán incluir los riesgos identificados como posibles actos de corrupción, en cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011.

NTC ISO 9001:2015

6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades.

(26) de octubre del dos mil dieciocho y se encuentra publicada en el siguiente enlace:

https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/direccionamiento-estrategico/Mapa_riesgos_institucionales.pdf

Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización: La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes quedan asignadas, se comuniquen y se entiendan en toda la organización. La alta dirección debe asignar responsabilidades y autoridades para: a) Asegurarse de que el Sistema de Gestión de la Calidad es conforme con los requisitos de esta Norma Internacional. b) Asegurarse de que los procesos están generando las salidas previstas. c) Informar, en particular, a la alta dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y sobre las oportunidades de mejora (véase 10.1). d) Asegurarse de que se promueve el enfoque al cliente en toda la organización. e) Asegurarse de que la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mediante Resolución 364 de marzo de 2016 se ajustó el Manual de Funciones y Competencias Laborales del COPNIA, en él se establecen de manera clara la razón de ser de cada empleo y se determinó el propósito principal, funciones esenciales y responsabilidades, para el cumplimiento de los objetivos institucionales, en el manual de funciones para desempeñar las funciones relacionadas al SGC se tiene definido el cargo de Profesional de Gestión el cual tiene como propósito diseñar, coordinar y controlar la implementación, ejecución y actualización de proceso y procedimientos y adicionalmente apoyar en el desarrollo de mejoras Mediante Resolución 1706 del treinta (30) de noviembre de dos mil dieciocho (2018) se creó una planta de empleo de carácter temporal en el Consejo Profesional Nacional de Ingeniería COPNIA adelantó un estudio técnico que estableció la necesidad de crear veinte (20) cargos en la planta temporal de personal para atender y mejorar el desempeño de las actividades de la entidad basadas en el cumplimiento de su misión, visión y objetivos del Plan Estratégico, planes de acción, programas y proyectos establecidos para el año 2019 así como fortalecimiento de sus procesos misionales, en razón del buen servicio y modernización del Consejo Profesional Nacional de Ingeniería del COPNIA. En cumplimiento de lo anterior se adoptó la Resolución 1838 del veintiocho (28) de diciembre de dos mil dieciocho (2018) "Por medio de la cual se adopta el manual específico de funciones, requisitos y de competencias laborales para la planta de empleos de carácter temporal en el Consejo Profesional

<p>5. Liderazgo</p>	<p>Nacional de Ingeniería del COPNIA”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se evidenciaron modificaciones parciales al manual de funciones con el fin de ajustar los perfiles de acuerdo con las necesidades actuales de cada área. (Resolución 0387 del dieciocho y Resolución 0632 del 2019) • Cada Proceso tiene definida la caracterización en la cual se establecen los responsables de las actividades inherentes de cada proceso y que hacen parte del ciclo PHVA.
<p>Criterio</p>	<p>Evidencia</p>
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades.</p> <p>6.1.1 Al hacer una planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1, los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es ineludible abordar con el objetivo de: a) Asegurar que el Sistema de Gestión de la Calidad pueda alcanzar sus resultados previstos) Aumentar los efectos deseables) Prevenir o reducir efectos no deseados. d) Alcanzar la mejora. 6.1.2 La organización debe planificar: a) Las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades. b) La forma de: 1. Integrar e implementar las acciones en los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (véase 4.4.).2. Evaluar la eficacia de estas acciones.</p> <p>6. Planificación</p>	<p>Se observó que la Entidad establece instrumentos para abordar los riesgos como lo son: La Política de Administración de Riesgos la cual fue actualizada mediante Resolución 1252 del cuatro (04) de septiembre del dos mil dieciocho (2018), Procedimiento de Administración el Riesgo el cual fue actualizado en septiembre de 2018, Mapa de Riesgos de Corrupción y Riesgos asociados a cada proceso.</p> <p>De acuerdo con las modificaciones realizadas se implementó un nuevo formato de riesgos en donde se determinó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probabilidad, impacto y calificación • Análisis y evaluación de controles • Formato de controles <p>se realizó la actualización a la matriz de riesgos de cada uno de los procesos y se consolido la matriz de riesgos de la entidad, estos fueron informados a través del memorando NAL-CI-2018-02628 del veintiséis (26) de octubre del dos mil dieciocho y se encuentra publicada en el siguiente enlace:</p> <p>https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/direccionamiento-estrategico/Mapa_riesgos_institucionales.pdf.</p> <p>Ver Recomendación.</p>
<p>Criterio</p>	<p>Evidencia</p>
<p>GUIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DAFP</p>	<p>La Política de Administración del Riesgo se adoptó mediante la Resolución 576 de 2016, con la Resolución 1252 del cuatro (04) de septiembre del dos mil dieciocho (2018) se actualiza y en ella se</p>

<p>Metodología para el Proceso de Administración del Riesgo Paso1: La Política debe contener: Objetivo: Se debe establecer su alineación con los objetivos estratégicos de la Entidad. Alcance: La Administración del Riesgo debe ser extensible y aplicable a todos los procesos de la Entidad. Niveles de aceptación al riesgo: Decisión informada de tomar un riesgo particular. (NTC GTC137, Numeral 3.7.1.6) Niveles para calificar el impacto: Esta tabla de análisis variará de acuerdo con la complejidad de cada Entidad, será necesario considerar el sector al que pertenece (riesgo de la operación), los recursos humanos y físicos con los que cuenta, su capacidad financiera, usuarios a los que atiende, entre otros aspectos). Ver Tabla Ilustrativa 2 Niveles para calificar el Impacto (pág. 20) Tratamiento del riesgo: Proceso para modificar el riesgo (NTC GTC137, Numeral 3.8.1.) Periodicidad para el seguimiento de acuerdo al nivel de riesgo residual. Niveles de responsabilidad sobre el seguimiento y evaluación de los riesgos Análisis del contexto interno y externo de la Entidad</p> <p>NTC- ISO 9001:2015</p> <p>6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades</p>	<p>establecen las siguientes estrategias: objetivo, alcance, metodología de la política y la identificación de los niveles de responsabilidad respecto al Modelo estándar de control Interno MECI.</p>
<p align="center">Criterio</p>	<p align="center">Evidencia</p>
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>6.2 Objetivos de calidad y planificación para lograrlos. 6.2.1 La organización debe establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles correspondientes y los procesos</p>	<p>Los objetivos de Calidad se encuentran establecidos en el Manual de Calidad de la Entidad, para la revisión de este criterio se verificó que los objetivos planteados cumplan con lo establecido en la Norma ISO9001:2015, de lo cual se observó que los mismos están alineados y son coherentes con la Política de Calidad, la medición de los objetivos se realiza a través del Plan Estratégico y del Plan de Acción como instrumento, la cual se realiza de manera trimestral, en la Página Web</p>

<p>necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>Los objetivos de la calidad deben: a) Ser afines con la política de la calidad) Ser medibles) Considerar los requisitos aplicables. d) Ser acertados para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente. e) Ser objeto de seguimiento) Ser comunicados. g) Actualizarse, según convenga.</p> <p>La organización debe conservar información documentada sobre los objetivos de la calidad.</p> <p>6.2.2 Al planificar la forma de lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe establecer: a) Qué se va a hacer. b) Qué recursos se necesitarán) Quién será el responsable. d) La forma en que se evaluarán los resultados.</p> <p>6. Planificación</p>	<p>de la Entidad se registra el reporte de ejecución del plan de acción correspondiente al primer semestre de la vigencia dos mil diecinueve (2019) en el siguiente Enlace:</p> <p>https://www.copnia.gov.co/sites/default/files/transparencia/plan-de-accion/2019-01-01-000000/plan de accion copnia 2019 - iii.pdf</p>
Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>6.3 Planificación de Cambios: Cuando la organización determine que es necesario realizar cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad, estos cambios deben llevarse a cabo de manera planificada (véase 4.4).</p> <p>La organización debe considerar:</p> <p>a) El propósito de los cambios y sus potenciales consecuencias. b) La integridad del Sistema de Gestión de la Calidad. c) La disponibilidad de recursos. d) La asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.</p> <p>6. Planificación</p>	<p>Las solicitudes de cambios o modificaciones son analizadas teniendo en cuenta la normatividad aplicable y el impacto frente al sistema de gestión integral y así determinar su viabilidad.</p> <p>Todos los documentos fueron revisados y aprobados de conformidad con los lineamientos establecidos en el Documentos Control de documentos Numeral 5 Condiciones Generales, ningún documento fue necesario llevarlo al Sub Comité de Gestión teniendo en cuenta que los documentos creados no implicaban cambios en la plataforma informática, cambios en las funciones cotidianas de los funcionarios o no eran documentos que pudiesen afectar a otros procesos.</p> <p>Ver Recomendación.</p>

Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>7.1.1 Generalidades: La organización debe determinar, proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>7. Apoyo</p>	<p>Se identificó que la Entidad tiene establecido en el Manual Específico de Funciones el cargo de Subdirector de Planeación Control y Seguimiento quien es el encargado de dirigir la implementación, mantenimiento y articulación del Sistema de Gestión de Calidad, asimismo de gestionar y consolidar la información institucional y un Profesional de Gestión el cual tiene como propósito diseñar, coordinar y controlar la implementación, ejecución y actualización de procesos y procedimientos y adicionalmente apoyar en el desarrollo de mejoras.</p>
Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>7.3 Toma de conciencia: La organización debe asegurarse de que las personas que llevan a cabo un trabajo bajo el control de la organización toman conciencia de:</p> <p>a) La política de calidad b) Los objetivos de calidad pertinentes c) Su contribución a la eficacia del Sistema, incluyendo los beneficios de una mejora del desempeño. d) Las implicaciones de no cumplir los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>7. Apoyo</p>	<p>Se observó que se realizaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mediante memorando NAL-CI-2018-02851 del once (11) de diciembre del dos mil dieciocho (2018) se comunica a los funcionarios (as) la actualización y modificación al Manual de Calidad • La política de calidad se encuentran publicados en la página web de la entidad https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/direccionamiento-estrategico/Manual_de_Calidad.pdf • El director General de forma trimestral realiza una socialización institucional, actividad que tiene por objetivo recordar a los funcionarios (as) las metas establecidas y los resultados obtenidos.
Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>7.4 Comunicación: La organización debe determinar las comunicaciones pertinentes al sistema que incluyan:</p> <p>a) Qué comunicar b) Cuándo comunicar c) A quien comunicar</p>	<p>En el cumplimiento de mantener informado a los funcionarios (as), la entidad cuenta con diferentes mecanismos de comunicación como lo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invesflow – Memorandos Internos • Intranet • Correo electrónico <p>Para la verificación de los memorandos internos realizados durante el</p>

<p>d) Cómo comunicar e) Quién comunica</p> <p>7. Apoyo</p>	<p>periodo comprendido desde el primero (01) de julio del dos mil dieciocho (2018) y el catorce de agosto del dos mil diecinueve (2019) se emite un reporte de la herramienta tecnológica Invesflow denominado "Libro de consecutivo de comunicaciones internas" y se seleccionó como remitente a la Profesional de Gestión de calidad, de conformidad con el reporte generado se evidenciaron treinta y tres (33) comunicaciones relacionadas con la publicación de manuales, políticas, actualizaciones, creación de documentos relacionados al SIG.</p> <p>Adicionalmente se observó que a través de correo electrónico se remitió información relacionada con la migración a ISO 9001:2015 y con los lineamientos del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>
Criterio	Evidencia
<p>Procedimiento de-pr-01 Control de Documentos.</p> <p>Actividad 2 Determinar viabilidad: Analiza la justificación de la solicitud teniendo en cuenta la normatividad aplicable y el impacto frente al sistema de gestión integral y determinar su viabilidad.</p> <p>En los casos de creaciones, modificaciones o anulaciones que hagan referencia a cambios de fondo que puedan requerir cambios en la plataforma informática, en las funciones cotidianas de algunos funcionarios o que puedan generar un traumatismo frente a otros procesos, se deben elevar consulta al Subcomité de Gestión Integral para su respectivo análisis y recomendación al Director frente a la propuesta.</p> <p>La creación o anulación de formatos debe ser informada al área de Archivo de la Entidad a fin de establecer las modificaciones a que haya lugar en las tablas de retención documental. La Subdirección Administrativa y Financiera determina la necesidad de informar al Subcomité Interno de Archivo.</p> <p>NTC ISO 9001:2015 7.5.2. Creación y actualización</p>	<p>Las solicitudes de cambios o modificaciones son analizadas teniendo en cuenta la normatividad aplicable y el impacto frente al sistema de gestión integral y así determinar su viabilidad, de 47 documentos que fueron creados en la vigencia 2018 y lo corrido de la vigencia 2019 EL 100% fueron revisados y aprobados de conformidad con los lineamientos establecidos en el Documentos Control de documentos Numeral 5 Condiciones Generales, ningún documento fue necesario llevarlo al Sub Comité de Gestión teniendo en cuenta que los documentos creados no implicaban cambios en la plataforma informática, cambios en las funciones cotidianas de los funcionarios o no eran documentos que pudiesen afectar a otros procesos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observó la creación de 10 formatos, de conformidad con el reporte generado a través de la herramienta tecnológica Invesflow Libro Consecutivo de Comunicaciones Internas, en donde se indica a la Profesional de Gestión del área Administrativa como destinataria no se evidencia ningún memorando interno en donde se le informe la creación de los formatos. • De los 47 documentos que se crearon durante el periodo comprendido entre el primero (1) de julio de dos mil dieciocho y el catorce (14) de agosto del dos mil diecinueve todos fueron notificados a través de memorando interno. Se evidencia que no se puede determinar con exactitud la comunicación de los formatos ya que estos se encuentran inmersos en los documentos principales y a su vez, no se realizaron las respectivas comunicaciones a Gestión documental. <p>Ver Recomendaciones.</p>

Criterio	Evidencia
<p>Procedimiento de-pr-01 Control de Documentos.</p> <p>Actividad 6 Coordinar la revisión y aprobación de la documentación: Coordinar la firma de los documentos de acuerdo con los criterios de proyección, revisión y aprobación de la estructura documental del COPNIA, descritos en las "Condiciones Generales" del presente documento.</p> <p>Nota: Para la creación o eliminación de documentos se debe elaborar resolución. Las actualizaciones no requieren de acto administrativo.</p> <p>NTC ISO 9001:2015 7.5.3 Control de la Información documentada</p>	<p>Se evidenció que los 18 documentos que requerían de Resolución para su creación contaban con esta. De conformidad con la caracterización de los procesos que fueron actualizados en la vigencia 2019 no requieren de Resolución teniendo en cuenta que el Manual de Calidad establece "La caracterización de los procesos muestran la interacción entre los diferentes procesos..."</p> <p>Ver Recomendación.</p>
Criterio	Evidencia
<p>Procedimiento de-pr-01 Control de Documentos.</p> <p>Actividad 7 Actualizar listado maestro: Actualizar el listado maestro de documentos (Anexo 7.2.), según modificaciones. Si se realizó una modificación se retiran los documentos originales del archivo de documentos vigentes y se ubican en el archivo de documentos obsoletos. Definir junto con el responsable del área en el listado maestro de documentos los cargos que deben conocer el documento.</p> <p>NTC ISO 9001:2015</p>	<p>Se observó que de 47 documentos que fueron actualizados 4 no se encuentran incluidos en el listado maestro de documentos, teniendo en cuenta los memorandos internos emitidos por la Profesional de Gestión, evidenciando la actualización de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de comunicaciones • Caracterización de los procesos Copnia <p>Ver Recomendación.</p>

7.5.3 Control de la Información documentada	
Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015</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. La organización debe tomar las acciones 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. La organización debe tratar las salidas no conformes de las siguientes maneras o combinación de las mismas: a) Corrección; b) Separación, contención, devolución o suspensión de la provisión de productos y servicios; c) Informar al cliente; d) Obtener autorización para su aceptación bajo concesión. Debe verificarse la conformidad con los requisitos cuando las salidas no conformes se corrijen.</p> <p>8.7.2 La organización debe mantener la información documentada que describa: a) La no conformidad; b) Las acciones tomadas; c) Las concesiones obtenidas; d) La identificación de la autoridad que ha decidido la acción con respecto a la no conformidad.</p>	<p>Se identificó que en los siguientes procedimientos se encuentra documentado el tratamiento del producto no conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso Ético Profesional: Procedimiento del Proceso Ético Profesional PD-pr-01 <p>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 productos 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> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso de Registro Profesional: Procedimiento de trámite de matrículas y certificados RP-pr-01 <p>De conformidad con la Auditoria 01-19 se evidenció el adecuado tratamiento de los productos no conforme, se observaron 3241 reportes relacionados con estos.</p> <p>Ver Recomendación.</p>

8. Operación	
Criterio	Evidencia
<p>NTC- ISO 9001:2015</p> <p>9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación. La organización debe determinar:</p> <p>a) qué necesita seguimiento y medición; b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos; c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición; 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. La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados</p> <p>MANUAL ESPECIFICO DE FUNCIONES:</p> <p>Subdirector de Planeación Control y Seguimiento Función 5</p> <p>Profesional Especializado Función 6 y 11</p> <p>Manual Operativo MIPG:</p> <p>7.1 Alcance de esta dimensión</p> <p>7.2 Aspectos mínimos para la implementación</p> <p>7.2.2 Gestión de los riesgos institucionales</p>	<p>Se observó que la entidad cuenta con herramienta para realizar seguimiento, medición, análisis y evaluación como lo son: la batería de indicadores de gestión en la cual está definida la hoja de vida de los indicadores, el seguimiento y los datos de cada uno de los indicadores, el seguimiento al plan estratégico y plan de acción.</p> <p>Los indicadores se encuentran definidos por proceso, sin embargo, se observó que no en todos los procesos se miden indicadores de eficiencia y efectividad.</p> <p>Se observó que se realiza desde la Oficina de Planeación la consolidación del reporte y avance de las mediciones de los indicadores y las evidencias de cada uno de los procesos.</p> <p>Se identifico que en los indicadores 2.1.1.2 y 2.2.1.1 la información cualitativa o las evidencias reportadas no son coherentes con el porcentaje de avance o cumplimiento reportado.</p> <p>Ver recomendaciones.</p>

<p>7.2.2 Gestión de los riesgos institucionales</p> <p>7.2.5 Monitoreo o supervisión continua</p>	
<p align="center">Criterio</p>	<p align="center">Evidencia</p>
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección: La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El estado de las acciones de revisiones por la dirección anteriores; b) Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema; c) La información sobre el desempeño y la eficacia del sistema, incluidas las tendencias relativas a: <ul style="list-style-type: none"> 1. Satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes; 2. El grado en que se han cumplido los objetivos de la calidad; 3. Desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios; 4. No conformidades y acciones correctivas; 5. Resultados de seguimiento y medición; 6. Resultados de las auditorías; 7. El desempeño de los proveedores externos; d) La adecuación de los recursos; e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades (véase 6.1); f) Oportunidades de mejora. <p>9. Evaluación del desempeño</p>	<p>Según lo establecido en el manual de calidad a través del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo el cual está conformado por los funcionarios de la Alta Dirección, se realiza la revisión del SGC, en la vigencia 2018 se realizaron 5 revisiones soportadas en las actas de comité y en lo corrido de la vigencia 2019 se han realizado 3 verificaciones.</p>

Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>10.2 No conformidad y acción correctiva: Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:</p> <p>a) Reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable:</p> <p>1) Tomar acciones para controlarla y corregirla;</p> <p>2) Hacer frente a las consecuencias;</p> <p>b) Evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante:</p> <p>1) La revisión y el análisis de la no conformidad;</p> <p>2) La determinación de las causas de la no conformidad;</p> <p>3) La determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente podrían ocurrir;</p> <p>c) Implementar cualquier acción necesaria;</p> <p>d) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;</p> <p>e) Si es necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación;</p> <p>f) Si es necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad.</p> <p>Las acciones correctivas deben ser adecuadas a los efectos de las no conformidades encontradas.</p> <p>10. Mejora.</p>	<p>Se observó que a través de las auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno se identifican las no conformidades las cuales son tratadas con la definición de los planes de mejoramiento por cada proceso, el monitoreo de los planes de mejoramiento se realiza de manera trimestral por parte de la oficina de control interno, a la fecha se encuentran 44 abiertos.</p> <p>Así mismo se da tratamiento a las No Conformidades detectadas por entes de control externos, a la fecha el porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento externo corresponde al 70%</p> <p>Ver Recomendaciones.</p>
Criterio	Evidencia
<p>NTC ISO 9001:2015</p> <p>10.3 Mejora Continua: La organización</p>	<p>Se observó que a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño se definen compromisos encaminados a la mejora de los procesos y procedimientos, se analiza la pertinencia de inclusión de</p>

debe mejorar continuamente la idoneidad, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad. La organización debe considerar los resultados del análisis y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben tratarse como mejora continua.

nuevos documentos y el desarrollo de herramientas que contribuyan a la mejora continua como lo son el Plan Estratégico, el Plan de Acción y la batería de indicadores.

10. Mejora.

Criterio	Evidencia
<p>Resolución Nacional No. 1446 del 21 de diciembre de 2016 por medio del cual se adoptó y aprobó el Plan Estratégico.</p> <p>Artículo 9: REVISIÓN: La Dirección General evaluará anualmente la consistencia y pertinencia de los objetivos y estrategias institucionales de acuerdo con el contexto estratégico de cada vigencia</p> <p>Manual Especifico de Funciones:</p> <p>Subdirector de Planeación Control y Seguimiento</p> <p>Función 5: Dirigir la conformación y análisis de indicadores de gestión, así como proponer mecanismos y metodologías de evaluación del desempeño institucional las cuales estén orientadas a la medición del cumplimiento de los objetivos, planes, programas y proyecto para mejorar la eficacia y eficiencia en el accionar de Consejo.</p> <p>Profesional Especializado:</p> <p>Función 6: Diseñar y proponer acciones e indicadores de gestión que permitan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La medición del Plan estratégico se encuentra realizada a diciembre de 2018, según lo informado por la profesional de área, para esta medición solo se consideran vigencias completas por lo que no es posible realizar la medición de lo corrido de la vigencia 2019. • De conformidad con la información reportada se evidencio cumplimiento total del 93% del Plan Estratégico 2016 -2018, teniendo cumplimiento de cada uno de los objetivos estratégicos • Se observo análisis comparativo de la información entre vigencias y por cada una de las estrategias planteadas • Se observó la evaluación anual de consistencia y pertinencia de los objetivos y estrategias institucionales de acuerdo con el contexto estratégico de cada vigencia, la evidencia se encuentra en el siguiente enlace: https://www.copnia.gov.co/transparencia/plan-estrategico

medir y evaluar la eficiencia y eficacia institucional acordes con el plan estratégico institucional

Función 11: Realizar la consolidación y análisis de resultados de los indicadores de gestión y demás mecanismos de evaluación del desempeño institucional para verificar el cumplimiento de los objetivos, planes, programas y proyectos que desarrolla la Entidad

NTC- ISO 9001:2015.

9. Evaluación del desempeño

5.2 REQUISITO DE NO CUMPLIMIENTO – NO CONFORMIDADES

Código NC	Descripción de la No Conformidad	
	Criterio	No Conformidad
01-0819	<p>Ley 1474 de 2011</p> <p>NTC- ISO 9001:2015</p>	<p>Falta de coherencia entre el porcentaje de avance o cumplimiento y las acciones reportadas</p>
	<p>Descripción de Criterio</p> <p>Ley 1474 de 2011</p> <p>Artículo 74. Plan de acción de las Entidades públicas: A partir de la vigencia de la presente ley, todas las Entidades del Estado a más tardar el 31 de enero de cada año, deberán publicar en su respectiva página web el Plan de Acción para el año siguiente, en el cual se especificarán los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión.</p>	<p>Evidencia</p> <p>Se observó el seguimiento al avance del Plan de Acción de manera trimestral, sin embargo, se evidenció que el porcentaje reportado no corresponde a las acciones planteadas para el cálculo del indicador.</p> <ul style="list-style-type: none"> La Acción 2.1.1.2 "Parametrización e implementación de servicios en módulo de evaluación de desempeño" no registra evidencia de ninguna de las acciones implementadas, de conformidad con lo informado en el III trimestre se decide no continuar con la actividad, pero ya había un avance del cual no se tiene evidencia. A su vez el indicador tiene un cumplimiento del 100% La actividad 2.2.1.1 "Proyectar reorganización para la vigencia 2019 y generar actualización del manual de funciones" Como evidencia se tiene el proceso

	<p>A partir del año siguiente, el Plan de Acción deberá estar acompañado del informe de gestión del año inmediatamente anterior.</p> <p>NTC- ISO 9001:2015.</p> <p>9. Evaluación del desempeño</p>	<p>contractual, el cual fue declarado desierto. Esta actividad no cumple con todas las actividades detalladas en el indicador, sin embargo, el cumplimiento está en el 100% pero el producto obtenido no cumple con lo establecido.</p> <p>Ver Recomendaciones.</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 el 37% de las acciones relacionadas en el Plan de Acción se encontraban programadas para dar cumplimiento durante el primer semestre de la vigencia 2019, sin embargo, se llevaron a cabo el 28% lo cual genera un incumplimiento en términos de oportunidad del 9%.	Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El resultado del ejercicio auditor obtuvo un cumplimiento del 96.3% frente a los criterios de auditoría evaluados. A continuación, se describen las conclusiones y recomendaciones.

1. Norma NTC ISO 9001:2015

Planificación:

Respecto a la verificación y análisis de este numeral de la Norma, se observó que la entidad ha actualizado varias de sus herramientas con el fin de mejorar la prestación del servicio como por ejemplo a través de la identificación y valoración de los riesgos, se presentaron modificaciones y/o actualizaciones a los riesgos de los procesos: Evaluación y control, Ético - disciplinario, Inspección y vigilancia, Contratación, Gestión Jurídica, Gestión documental, Administración de bienes y servicios. Los cuales fueron informados a través de memorandos internos NAL-CI-2019-00804 del tres (03) de mayo del dos mil diecinueve (2019), NAL-CI-2019-00946 del treinta y uno (31) de mayo del del dos mil diecinueve (2019) los procesos actualizados y/o modificados fueron a partir del análisis de los riesgos y los controles que permiten la mitigación de estos.

Se recomienda mejorar la definición y documentación de los controles existentes, es decir, incluir en la redacción de estos, una acción o un verbo. Por ejemplo, una lista de chequeo no es un control, mientras que la aplicación de esta si genera un control. Adicionalmente se observó que en controles asociados a los procesos de Contratación, Gestión Financiera y Ético Profesional no se tienen definidas las frecuencias con

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-19
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		08	10	2019

las cuales se van a medir estos controles por lo cual se recomienda establecerla y documentar los seguimientos.

Ejemplo de controles:

Proceso Gestión Financiera: Seguimiento y ajuste al PAA por el comité de desarrollo administrativo, Control Y seguimiento al PAA por el área de contratación (En ninguno de los dos controles se establece la frecuencia de medición)

Proceso Ético Profesional: Tabla de control y procesos ético-profesionales, seguimiento para lograr el cumplimiento de los tiempos establecidos en los procesos (No se establece frecuencia de medición)

Se observó que durante el desarrollo de las auditorias de la vigencia 2019 a los procesos de contratación, ético profesional y gestión humana se presentó la materialización de riesgos, lo cual evidencia debilidad en los controles establecidos, por lo anterior se recomienda realizar un análisis que permita identificar controles que mitiguen la materialización de estos riesgos.

Finalmente, a partir del análisis se determinó que para los demás procesos se realizaron las medidas correctivas necesarias para la mejora la identificación de los riesgos y se establecieron mecanismos de control acorde a los riesgos identificados. Se recomienda tener en cuenta la última versión de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades pública la cual se enfoca principalmente en los riesgos de corrupción y seguridad digital.

Apoyo:

En relación con la información documentada, teniendo en cuenta que de conformidad con la matriz de Control de documentos que se encuentra en la página web de la entidad, se observó que esta no se encuentra actualizada ya que los memorandos internos emitidos por la Profesional de Gestión evidencian la actualización de los siguientes documentos:

- Manual de comunicaciones
- Caracterización de los procesos Copnia

Se recomienda validar todos los documentos creados o modificados y cruzar con el listado maestro de documentos, así mismo se recomienda realizar la totalidad de las comunicaciones al área de gestión documental.

Con relación a la competencia se tuvo en cuenta los resultados de la Auditoria No. 05-19 en la cual se observó el porcentaje de avance y cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación 2018 y las capacitaciones a realizar dentro de la vigencia 2019. De conformidad con el seguimiento al indicador de cumplimiento PIC 2018 se observó que este se mantuvo por encima del 80% de acuerdo con lo reportado por el área de Talento Humano.

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-19
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		08	10	2019

Evaluación del desempeño:

Respecto a la definición de indicadores, se identificó que no en todos los procesos se miden indicadores de eficiencia y efectividad.

Tabla No. 1 tipología de indicadores

Proceso	No de Indicador (es)	TIPO DE INDICADOR		
		Eficacia	Eficiencia	Efectividad
Registro Profesional	1-2-3-4-5-19	SI	SI	SI
Procesos ético-profesionales	6	NO	SI	NO
Atención al Ciudadano	7	NO	SI	NO
Gestión financiera y presupuestal	8-9-24	SI	SI	NO
Contratación	10	SI	NO	NO
Administración de bienes y servicios	11	SI	NO	NO
Gestión documental	12	SI	NO	NO
Gestión Jurídica	13	NO	NO	SI
Comunicación institucional	14	SI	NO	NO
Direccionamiento estratégico	15 - 16	SI	NO	NO
Evaluación de la gestión	17	SI	NO	NO
Gestión de la tecnología de la información y las comunicaciones	18-22-23	NO	SI	NO
Gestión Humana	20	SI	NO	NO
Gestión Disciplinaria	21	NO	SI	NO

Fuente: Oficina de Control Interno

A partir del consolidado de indicadores por tipología se evidenció un cambio en la tipología respecto a la vigencia anterior como los son:

- Indicador No 17 de Evaluación de la gestión, el cual durante la vigencia 2018 se tipificó como un indicador de efectividad y para la vigencia 2019 es de eficacia
- Indicador No 24 de Gestión Financiera y Presupuestal el cual durante la vigencia 2018 se tipificó como un indicador de eficacia y para la vigencia 2019 es de eficiencia.

Se recomienda revisar y ajustar la batería de indicadores, de tal manera que se midan y monitoreen de manera sistemática la eficiencia, en especial relacionada con los costos de prestación de los servicios, economía en la administración de los recursos financieros (Indicadores de la gestión financiera, no solo de ejecución presupuestal) y la efectividad de los productos o servicios generados, por ejemplo el impacto o efectividad de la capacitación, cambios en la cultura organizacional, niveles de satisfacción de funcionarios y contratistas, entre otros.

Plan de Acción y Plan Estratégico:

Respecto al Plan de acción, se recomienda realizar la respectiva revisión de la información reportada y las evidencias al momento de consolidar la información por parte del área de Planeación, toda vez que se observan diferencias entre las evidencias reportadas y el porcentaje de cumplimiento, esto con el fin de retroalimentar a los procesos generadores de la información.

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-19
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		08	10	2019

Aplicación Cuestionario Conocimiento del Sistema de Control Interno.

Como resultado de la aplicación del cuestionario se obtuvo una calificación de 4.1, que corresponde a un nivel alto de desarrollo del modelo en este proceso y se generaron las siguientes observaciones por cada uno de los temas que fueron objeto de verificación como se muestra a continuación:

- Inducción y Reinducción – Manual de Funciones.

La totalidad de los funcionarios manifestaron recibir inducción al ingresar a la entidad, así mismo los funcionarios antiguos manifiestan participar de las reinducciones y mencionan la mejora de las mismas en el transcurso de los años, las reinducciones se realizan a través de videos institucionales que se encuentran en la intranet y pueden ser de constante consulta.

Con relación al manual de funciones todos los funcionarios del proceso tienen conocimiento de las funciones que deben desarrollar y fueron notificados de estas de forma escrita, la Subdirectora de Planeación Control y seguimiento manifiesta que se realiza contante monitoreo a las funciones de cada uno de los funcionarios y se analiza si están realizando funciones que no están documentadas.

- Código de Integridad.

Respecto al conocimiento del Código de Integridad de la Entidad todos los funcionarios lo conocen, así como su contenido, se observó conocimiento respecto a los principios y valores de la Entidad. Así mismo la disposición y compromiso por parte de todos los funcionarios para apropiarlo e interiorizarlo.

- Bienestar Social

Respecto a las actividades de bienestar social que ofrece la Entidad a sus funcionarios, todos tienen conocimiento de estos beneficios y de manera general se encuentran conformes con estos servicios, agradecen a la entidad por los incentivos tales como las jornadas comprimidas y el día de la familia ya que generan sentido de pertenencia hacia la Entidad.

- Capacitación

En cuanto al plan de capacitación para la vigencia 2019 se observó conocimiento por parte de los funcionarios e informan que han participado de capacitaciones específicas para el desempeño de sus funciones.

- Misión

Se observo que todos los funcionarios del Proceso identifican la misión de la Entidad y conocen la incidencia de su trabajo en la contribución de su cumplimiento.

	INFORME DE AUDITORIA	Auditoría no.		08-19
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		08	10	2019

- Plan Estratégico - Objetivos Estratégicos

En cuanto a los objetivos estratégicos, se observó que los funcionarios del Proceso los identifican y tienen conocimiento de su enfoque y la Sub Directora participó de la elaboración del nuevo Plan Estratégico, así mismo informan que se ha realizado socialización del plan estratégico por parte de la alta dirección, manifiestan que de manera interna se reúnen para evaluar el cumplimiento de este teniendo en cuenta que desde la oficina de planeación se realiza el seguimiento y consolidación de las actividades reportadas.

Se identificó que cada uno de los funcionarios tienen presente a que objetivo estratégico y a que componente del plan aportan con sus labores diarias.

- Rendición de cuentas

La Oficina de Planeación participa de manera directa en la rendición de cuentas teniendo en cuenta que presenta de manera detallada el avance de todos los planes de la Entidad y el avance de la implementación del SGC, así mismo se observó conocimiento por parte de los funcionarios del resultado de esta el cual fue satisfactorio.

- Riesgos Laborales y Manejo Ambiental

Se observó conocimiento por parte de los funcionarios del Proceso respecto a la política de Seguridad y Salud en el Trabajo, accidentes de trabajo y planes de emergencia ante riesgos, asimismo de la Política de Gestión Ambiental, sin embargo, se observó que la entidad carece de herramientas para atender emergencias y se desconocen los protocolos que se deben seguir.

- Informes de Gestión – Indicadores

Los funcionarios del proceso tienen claridad de los indicadores y del seguimiento que se realiza, en la oficina de planeación se consolida la información de todos los procesos y se emiten las recomendaciones pertinentes y se emite el informe de gestión.

- Riesgos de Gestión y de Corrupción

Respecto a los riesgos asociados a los procesos que se ejecutan, se observó que los funcionarios tienen claridad sobre ellos, identifican las causas y controles de estos, no fue posible validar si los funcionarios conocen la metodología para la valoración de los riesgos, sin embargo, se sabe que desde esta oficina se han emitido los lineamientos y se realizan las capacitaciones a los demás procesos por lo cual se entiende que cuentan con el conocimiento para la aplicación de dicha herramienta.

8. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

Código NC	Estado	Observaciones
05-1018	Cerrada	Como resultado del pasado ejercicio auditor se identificó la no conformidad "Diferencia entre la información cualitativa y cuantitativa reportada en el avance del Plan de Acción". Como acción se planteó "Documentar el esquema de reporte



INFORME DE AUDITORIA

Auditoría no.

08-19

Fecha del informe

Día

Mes

Año

08

10

2019

de plan de acción”, sin embargo, teniendo en cuenta la no conformidad Falta de coherencia entre el porcentaje de avance o cumplimiento y las acciones reportadas se evidenció que la situación es reiterativa por lo cual la acción no fue efectiva, se recomienda validar la información reportada por cada uno de los procesos con el fin de no incurrir en impresiones.

Las no conformidades 01-1018, 02-1018, 03-1018, 04-1018 y 06-1018 fueron objeto de verificación durante el desarrollo de la presente auditoria y se pudo observar que las acciones tomadas fueron efectivas toda vez que se subsanaron y no fueron reiterativas.

9. ANEXOS NO CONFORMIDADES

Anexo 1. Plan de Acción.

Elaborado por: Katerine Johana Cely Ortiz – Auditora Oficina de Control Interno.
Luisa Fernanda Sánchez Gómez – Auditora Oficina de Control Interno.

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