

	INFORME DE AUDITORÍA	Auditoría no.		45-16
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		29	01	20

1. INFORMACIÓN GENERAL

Procesos auditado /Evaluado	Evaluación Institucional por dependencias		
Auditor líder	Gloria Matilde Torres	Equipo Auditor	Lila María Guzmán
Responsable del proceso, dependencia, área o actividad auditada /evaluada	Todas las dependencias y áreas de la entidad		

2. OBJETIVO

Dar cumplimiento al artículo 39 de la Ley 909 de 2004, “por medio de la cual se regula el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones”, el cual establece que:

“(…) El Jefe de Control interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente Ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleos, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento”.

3. ALCANCE

El presente documento evalúa la gestión de las dependencias respecto al cumplimiento de planes de mejoramiento y los resultados arrojados en la medición de los procesos.

Se excluyeron de la presente evaluación la formulación de riesgos y la actualización de procedimientos, toda vez que la Profesional de Calidad se encuentra liderando actividades para su reformulación.

5. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Para la formulación del presente informe se adelantaron las siguientes actividades:

PLANES DE MEJORAMIENTO

- Se consolidó la información correspondiente a planes de mejoramiento de Calidad y de Control interno, arrojando un total de 175 acciones por evaluar.
- Se procedió a solicitar a las Dependencias, Áreas y Seccionales el reporte de avance de los planes de mejoramiento con sus respectivos soportes. Para el desarrollo de la actividad se entregó una matriz en la que se debía reportar el avance del último trimestre y los soportes que respaldaban la información suministrada.
- Se verificaron reportes y soportes existentes para el cierre de las acciones.
- Una vez establecido el estado de las acciones (abiertas o cerradas) se procedió a identificar el grado de efectividad de las mismas; para ello se evaluó que las acciones emprendidas fueran correcciones o acciones correctivas.

	INFORME DE AUDITORÍA	Auditoría no.		45-16
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		29	01	20

- Las acciones que fueron clasificadas como correcciones (acciones puntuales sobre la no conformidad y no sobre sus causas) fueron cerradas pero no se tuvieron en cuenta para la evaluación de la efectividad.
- El cierre de acciones tuvo un peso correspondiente al 70% y la efectividad de las mismas de un 30%; Esta situación obedece a dificultades encontradas en los planes de mejoramiento tales como:
 - No conformidades o incumplimientos mal formulados (redacción, muestra insuficiente).
 - Acciones que no corresponden a la no conformidad detectada o que son insuficientes para subsanar la problemática.
 - Reportes de avance que no corresponde al compromiso establecido en las acciones.
 - Ejecución de acciones que no aportan a solucionar la situación encontrada – No son efectivas.

Anexo Evaluación Planes de Mejoramiento

Nota: Los resultados de los planes de mejoramiento difieren de la presentación realizada al Comité de Control Interno, toda vez que las Seccionales Bolívar y Guajira enviaron de forma extemporánea.

CUMPLIMIENTO DE METAS

- La profesional de Gestión de Calidad remitió a Control Interno el reporte de indicadores con corte a 31 de Diciembre. A las dependencias que no habían remitido se les requirió la información.
- Se realizó una comparación entre el acumulado de la vigencia 2015 respecto a las metas definidas para cada indicador y se calculó el porcentaje de cumplimiento.
- El resultado arrojado fue promediado para cada una de las dependencias que intervinieron en su ejecución. El cálculo de las Seccionales se hizo teniendo en cuenta las actividades en donde aparecen como “Responsables del indicador y su cumplimiento” dentro de la respectiva matriz

Anexo Resultados de Indicadores COPNIA 2015

Nota: Los resultados de la matriz de indicadores difieren de la presentación realizada al Comité de Control Interno, toda vez que las Seccionales Bolívar y Guajira enviaron de forma extemporánea.

6. REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO - CONFORMIDADES

CRITERIO	DESCRIPCION DEL CRITERIO	OBSERVACIONES
Ninguno para el presente informe		

	INFORME DE AUDITORÍA	Auditoría no.		45-16
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		29	01	20

7. DESCRIPCION DE NO CONFORMIDADES

CRITERIO	DESCRIPCION DEL CRITERIO	NO CONFORMIDAD	HALLAZGO	RESPONSABLE PLAN DE MEJORAMIENTO
Norma NTCGP 1000: 2009 8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos	La entidad debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del SGC, y cuando sea posible su medición. Estos métodos deben demostrar la capacidad para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia).	Incumplimiento al numeral 8.2.3 de la norma NTCGP 1000:2009 en cuanto a los controles establecidos no son efectivos para el logro de las metas trazadas por las dependencias.	<p>Aun cuando las dependencias reportaron acciones para la mejora de los resultados de los indicadores, estas fueron insuficientes, no se llevaron a cabo o tuvieron un reporte diferente a lo planificado. A manera de muestra, ver seguimiento a planes de mejoramiento, Proceso de Divulgación, Inspección y Vigilancia, Análisis de resultados de indicadores.</p> <p>De 33 acciones formuladas para mejorar el resultado de indicadores 18 no fueron efectivas y 3 se identificaron como correcciones y no como acciones correctivas. Es decir que el 67 % de las acciones originadas del análisis de indicadores no fueron efectivas para eliminar las causas de la no conformidad detectada.</p> <p>De 29 indicadores definidos para la vigencia 2015, 16 no alcanzaron la meta (55%). Ver resultados de indicadores de gestión COPNIA año 2015.</p>	Profesional de Calidad
Norma NTCGP 1000:2009	La entidad debe tomar acciones para eliminar las	Incumplimiento al numeral 8.5.2 de la norma NTCGP 1000:2009 en lo	De 143 acciones cerradas en el ejercicio auditor, 34 fueron catalogadas como acciones correctivas cuando eran	Profesional de Calidad

	INFORME DE AUDITORÍA	Auditoría no.	45-16	
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		29	01	20

CRITERIO	DESCRIPCION DEL CRITERIO	NO CONFORMIDAD	HALLAZGO	RESPONSABLE PLAN DE MEJORAMIENTO
8.5.2 Acción Correctiva	causas de las no conformidades con el objeto de evitar que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	que tiene que ver con la toma de acciones que permitan eliminar las causas de las no conformidades.	correcciones, es decir, su ejecución no impedía que la problemática detectada no se volviera a repetir. De igual forma, se pudo establecer que 42 de las acciones ejecutadas, si bien eran acciones correctivas, no lograron eliminar las no conformidades detectadas. Lo anterior genera que persistan situaciones no deseadas tales como el incumplimiento en los tiempos de los procesos disciplinarios. Ver Anexo Seguimiento Planes de Mejoramiento.	

8. NO CONFORMIDAD POTENCIAL - RIESGO

RIESGO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN
Ninguna para el presente informe		

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo con la información reportada por la Profesional de Calidad mediante correo electrónico de 16 de enero de 2016, la Seccional Cundinamarca presenta incumplimiento en los planes de mejoramiento formuladas para las vigencias 2010, 2011, 2012 y 2013. Teniendo en cuenta la Directiva Presidencial 01 de 18 de Febrero de 2015, el incumplimiento de planes de mejoramiento es tipificado como una presunta irregularidad administrativa, razón por la cual se recomienda a la Dirección General ordenar la respectiva investigación disciplinaria. Anexo Soportes recomendación disciplinaria.

De igual forma se pudieron detectar acciones que no correspondían a la no conformidad detectada o cuya ejecución no aporta a eliminar las causas identificadas. Es así como en su mayoría existen acciones tales como la proyección de oficios o la ejecución de reuniones de sensibilización que si bien son ejecutadas, no contribuyen a mejorar la situación. Este tipo de acciones fueron cerradas pero la efectividad de las mismas

	INFORME DE AUDITORÍA	Auditoría no.		45-16
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		29	01	20

fue calificada como negativa. A este respecto se recomienda definir una instancia de aprobación para la formulación de planes de mejoramiento antes de emprender su ejecución.

Por otra parte, es importante advertir que en el ejercicio auditor que dio origen al presente documento, se pudo evidenciar la declaración de no conformidades cuya redacción no es clara frente a los requisitos que se estaban evaluando, razón por la cual la Oficina de Control Interno cerró las actividades realizadas por las áreas sin determinar la efectividad de las mismas. A este respecto la Oficina de Control Interno liderará acciones para capacitar a los auditores en redacción de no conformidades. Esta actividad está prevista en el mapa de riesgos de la Oficina.

Se pudieron observar varias no conformidades asociadas a la gestión documental en las Secretarías Seccionales; teniendo en cuenta las actividades que se encuentra liderando la Subdirección Administrativa y Financiera en esta materia, se recomienda al Comité del Sistema de Control Interno autorizar el cierre de dichas acciones e iniciar seguimiento a través del plan estratégico, el cual incluye dentro de sus estrategias “Actualizar el plan de acción de gestión documental y archivo y obtener un avance del 60%”.

Así mismo se pudieron identificar no conformidades asociadas al incumplimiento de los planes de calidad, cuyas acciones son insuficientes o dependen de la asignación de recursos. A este respecto se recomienda cerrar dichos planes de mejoramiento y hacer seguimiento a través del plan estratégico, el cual incluye dentro de sus estrategias “Reducir los tiempos de trámite a los establecidos en los procedimientos internos”.

De acuerdo con las actividades desarrolladas y los criterios descritos, a continuación se presentan los resultados de la evaluación por dependencias.

Dependencias	Evaluación Planes de Mejoramiento	Evaluación indicadores
Dirección General	65%	89%
Seccional Antioquia	90%	87%
Seccional Atlántico	72%	87%
Seccional Bolívar	100%	87%
Seccional Boyacá	70%	87%
Seccional Caldas	100%	87%
Seccional Cesar	88%	87%
Seccional Cundinamarca ¹	0%	87%
Seccional Guajira	70%	87%
Seccional Nariño	84%	87%

¹ La Seccional Cundinamarca radicó oficio remitario, pero el reporte no cumplió con las instrucciones impartidas por Control Interno. Se hizo requerimiento vía correo electrónico pero no se generó respuesta.

	INFORME DE AUDITORÍA	Auditoría no.		45-16
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		29	01	20

Dependencias	Evaluación Planes de Mejoramiento	Evaluación indicadores
Seccional Quindío	100%	87%
Seccional Risaralda	96%	87%
Seccional Santander	100%	87%
Seccional Tolima	84%	87%
Subdirección Jurídica	88%	82%
Subdirección Administrativa y Financiera	94%	85%

10. ANEXOS

Soportes recomendación disciplinaria.

Evaluación Planes de Mejoramiento.

Resultados de Indicadores COPNIA 2015

Seguimiento Planes de Mejoramiento