

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría no.		10-18
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		10	07	2018

<b>Informe</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Preliminar</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Final</b>
----------------	--------------------------	-------------------	-------------------------------------	--------------

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

<b>Tipo de Informe</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Auditoría</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Seguimiento</b>
<b>Procesos auditado /Evaluado</b>	Direccionamiento Estratégico			
<b>Auditor líder</b>	Viviana Marcela Pardo	<b>Equipo Auditor</b>	Luisa Fernanda Sánchez	
<b>Responsable del proceso, dependencia, área o actividad auditada /evaluada</b>	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 2017 y 2018 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 los mismos 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.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría no.		10-18
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		10	07	2018

### 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, No 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.
- 1.3.3.** Planificación de cambios: Para el análisis de este criterio se revisó los mecanismos y herramientas que ha implementado Entidad para el control y seguimiento de los cambios adoptados por el SGC. Los resultados de la revisión hacen 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 solicitó mediante correo electrónico el día 13-06-2018 a la Profesional de Gestión del área el reporte de las actividades realizadas en la vigencia 2017 y lo corrido de la vigencia 2018 encaminadas al cumplimiento del aseguramiento 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 del mismo, el resultado del análisis hace parte de las Conformidades.
- 1.4.3.** Comunicación: Para el desarrollo de este criterio se realizó consulta en el sistema de información Invesflow del "Libro de Consecutivo de Comunicaciones Internas" para el periodo comprendido entre el 01/09/2017 al 13/06/2018 y se seleccionó como remitente al responsable del sistema de Gestión de Calidad, el resultado de la verificación hace parte de las Conformidades.
- 1.4.4.** Información documentada: Para en análisis de este criterio se revisó el Procedimiento de control de documentos y los 45 documentos creados en la vigencia 2017 y lo corrido de la vigencia 2018, adicionalmente se solicitó mediante correo electrónico el día 06-06-2018 las Actas del Subcomité de Gestión Integral de las vigencias 2017 y 2018 a la Profesional de Gestión de la Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría no.</b>		<b>10-18</b>
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>10</b>	<b>07</b>	<b>2018</b>

**Tabla 1. Documentos creados en las vigencias 2017 y 2018**

Documento
MANUAL PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
PROCEDIMIENTO ENAJENCIÓN DE BIENES DE FORMA DIRECTA
CARACTERIZACIÓN PROCESO GESTION DISCIPLINARIA
IDENTIFICACIÓN DE REQUISITOS LEGALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES
REUBICACIÓN LABORAL
INSPECCIÓN Y SEÑALIZACIÓN DE ÁREAS
REPORTE E INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO
ELEMNTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DEL RIESGO Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES
GESTIÓN DEL CAMBIO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS Y AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD
PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN JURÍDICA
PLAN DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS COPNIA NACIONAL
PLAN DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS (SECCIONALES)
INFORME MENSUAL DE SUPERVISION Y/O APROBACIÓN
PROFESIOGRAMA
MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES
FORMATO INFORMACIÓN GENERAL
FORMATO COMPROMISOS LABORALES Y COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES
FORMATO EVIDENCIAS
FORMATO CALIFICACIÓN DE COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES
FORMATO EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR ÁREAS O DEPENDENCIAS
FORMATO REPORTE DE CALIFICACIÓN PERIODO ANUAL U ORDINARIO
FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO
FORMATO EVALUACIÓN PARCIAL EVENTUAL
FORMATO EVALUACIÓN EXTRAORDINARIA

FORMATO EVALUACIÓN INFERIOR A UN AÑO
FORMATO DE SEGUIMIENTO CASO ESPECIAL EN SALUD
MATRIZ DE SEGUIMIENTO CASO ESPECIAL EN SALUD
FORMATO DE INSPECCIÓN DE EXTINTORES
FORMATO DE INSPECCIÓN DE BOTIQUINES
FORMATO DE INSPECCIÓN GENERAL
FORMATO DE INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE EMERGENCIA
FORMATO DE INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS
FORMATO DE INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS DE ACCIDENTALIDAD
MATRIZ DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
FORMATO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES
REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS Y AUTOREPORTE DE CONDICIONES EN SALUD
FORMATO DE EVALUACIÓN DE SIMULACRO
FORMATO HOJA DE VIDA DE BRIGADISTA
INDUCCIÓN AL CARGO EN PUESTO DE TRABAJO
FORMATO EVALUACIÓN GESTIÓN JURÍDICA APODERADO

Fuente: Oficina de Control Interno.

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 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 contó 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 la verificación de este criterio se solicitó mediante correo electrónico el día 05-06-2018 el seguimiento a los indicadores de Gestión de la vigencia 2017 y lo corrido de la vigencia 2018 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 con que herramientas y mecanismos contó la Entidad para realizar el seguimiento y medición de la satisfacción del cliente, 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 solicitó mediante correo electrónico el día 22-06-2018 a la Profesional de Gestión del área las actas del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo en las cuales se realizó revisión del SGC , teniendo en cuenta que según lo establecido en el Manual de Calidad a través de este Comité se realiza la revisión de los temas que impactan el SGC, los resultados de esta actividad hacen parte de las Conformidades.

**1.7. Mejora**

Para el análisis de este criterio se revisó con que herramientas contó la Entidad para identificar las no conformidades y a través de qué mecanismos se da tratamiento a las mismas, adicionalmente se solicitó mediante correo electrónico el día 22-06-2018 a la Profesional de Gestión de Planeación, el soporte de las actividades realizadas para mejorar continuamente el SGC y el análisis de necesites u oportunidades que se consideran como parte de la mejora continua, el resultado de revisión hace parte de las Conformidades.

**2. Plan de Acción**

Para la revisión y verificación de este criterio se solicitó al área de Planeación el avance de ejecución y cumplimiento del Plan de acción institucional con los respectivos soportes de las mediciones. Adicionalmente, se verificó que en la página web de la Entidad, se encontraran debidamente publicados los seguimientos al Plan de Acción de la vigencia 2017 y lo corrido de la vigencia 2018. El resultado de la actividad hace parte de las No Conformidades 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.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría no.</b>		<b>10-18</b>
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>10</b>	<b>07</b>	<b>2018</b>

## 5. HALLAZGOS

Para el ejercicio se aplicó un total de treinta y tres (33) criterios de auditoría, de los cuales se obtuvo: seis (06) no aplican toda vez que no fue posible validar la información de uno (1) y cinco (05) hacen parte del resultado de auditorías efectuadas previamente a otros Procesos, veintiuno (21) son Conformidades y seis (06) No Conformidades desarrolladas a continuación:

### 5.1 REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO – CONFORMIDADES CON OBSERVACION

Criterio	Evidencia
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></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>Se observó la identificación de las cuestiones internas y externas que intervienen y afectan de manera positiva o negativa a la Entidad para la vigencia 2018, el documentos se encuentran publicado en la página Web de la Entidad en el siguiente Link:</p> <p><a href="https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/direccionamiento-estrategico/MATRIZ_DOFA.pdf">https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/direccionamiento-estrategico/MATRIZ_DOFA.pdf</a></p>
Criterio	Evidencia
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>4.2 Comprensión de las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas: Debido a su efecto o efecto potencial en la capacidad de la organización de proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, la organización debe determinar:</p> <p>a) las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la calidad;</p> <p>b) los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de la calidad.</p> <p>4. Contexto de la Organización</p>	<p>Se observó la Matriz de partes interesadas internas y externas versión 1, la cual entró en vigencia a partir de octubre de 2017, en la cual se establecen los requisitos de los interesados y lo que hará la Entidad para atender los mismos.</p>

Criterio	Evidencia
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>4.3 Determinación del Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad: La organización debe determinar los límites y la aplicabilidad del Sistema de Gestión de la Calidad para establecer su alcance.</p> <p>Cuando se determina este alcance, la organización debe considerar:</p> <p>a) Las cuestiones externas e internas indicadas en el apartado 4.1.  b) Los requisitos de las partes interesadas pertinentes indicados en el apartado 4.2.  c) Los productos y servicios de la organización.</p> <p>4. Contexto de la Organización</p>	<p>Se observó que en el Manual de Calidad está definido el alcance del SGC, el cual corresponde a las actividades misionales de la Entidad como lo son: 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.</p>
Criterio	Evidencia
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></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 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Subdirectora de Planeación Control y Seguimiento realizó intervención en la rendición de cuentas de la vigencia 2017, en la cual comunicó los avances del SGC y los logros obtenidos.</li> <li>• La Política de Calidad se encuentra actualizada en el Manual de Calidad el cual fue modificado en octubre de 2017, asimismo se encuentra definido el mapa de procesos que también fue actualizado en el Manual de Calidad incluyendo el proceso de Gestión Disciplinaria.</li> <li>• 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 2017.</li> </ul>

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) comprometiéndose, 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.

5. Liderazgo

Criterio	Evidencia
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></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 de la satisfacción del cliente.</p> <p>5. Liderazgo</p>	<p>Se observó la creación de la matriz de partes interesadas en la cual se establecen los requisitos de los clientes internos y externos y se observó la definición de la matriz DOFA, en la cual la Entidad ha identificado posibles oportunidades y posibles riesgos, las oportunidades se manejan a través del Plan de Acción, con el fin de aumentar los efectos deseables y los riesgos a través de los mapas de riesgos de cada uno de los procesos de la Entidad.</p> <p>Asimismo, identificó que el nivel de satisfacción general que corresponde al 94% y se verificó el porcentaje del indicador de gestión de cumplimiento en el tiempo para responder peticiones y reclamos que para la vigencia 2017 en el último trimestre fue de un promedio de 82%, para la vigencia 2017 en el primer trimestre se evidenció un cumplimiento del 88%</p>
Criterio	Evidencia
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>5.2.1 Establecimiento de la política de la calidad: La alta dirección es la que debe</p>	<p>La Política de Calidad del COPNIA se encuentra creada y documentada a través del Manual de Calidad, 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 de la</p>



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.

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.

5. Liderazgo

Política de Calidad fue comunicada a los funcionarios de la Entidad mediante memorando No. NAL-CI-2017-02644 de agosto de 2017

**Criterio**

**Evidencia**

**NTC ISO 9001:2015**

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.

- 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
- 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.

5. Liderazgo	
<b>Criterio</b>	<b>Evidencia</b>
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></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, Procedimiento de Administración el Riesgo el cual fue actualizado en junio de 2017, Mapa de Riesgos de Corrupción y Riesgos asociados a cada proceso.</p> <p>Adicionalmente la Entidad ha identificado posibles oportunidades y posibles riesgos para la Entidad a partir de la definición de la matriz DOFA.</p> <p>En el indicador asociado a riesgos "nivel de riesgos establecidos que no han sido materializados" se observó un cumplimiento del 94% durante la vigencia 2017.</p> <p><b>Ver Recomendación.</b></p>
<b>Criterio</b>	<b>Evidencia</b>
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>6.2 Objetivos de calidad y planificación para lograrlos.</p> <p>6.2.1 La organización debe establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles correspondientes y los procesos 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</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 realizó a través del Plan Estratégico y del Plan de Acción como instrumento, la cual se realizó de manera trimestral, en la Página Web de la Entidad se registra el reporte de ejecución del plan de acción correspondiente al primer trimestre</p> <p>de la vigencia 2018 en el siguiente link:</p> <p><a href="https://copnia.gov.co/sites/default/files/transparencia/plan-de-">https://copnia.gov.co/sites/default/files/transparencia/plan-de-</a></p>

del cliente. e) Ser objeto de seguimiento) Ser comunicados. g) Actualizarse, según convenga. La organización debe conservar información documentada sobre los objetivos de la calidad.

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.

6. Planificación

[accion/2018-01-01-000000/plan de accion 1er trimestre 2018.pdf](#)

**Criterio**

**Evidencia**

**NTC ISO 9001:2015**

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).

La organización debe considerar:

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.

6. Planificación

Se identificó que para realizar cambios asociados al Sistema de Gestión de la Calidad, la Oficina de Planeación, Control y Seguimiento realiza un análisis de cada uno de los cambios que solicitan las demás áreas así como la inclusión de nuevos documentos, con el fin de validar la normatividad aplicable y el impacto frente al sistema de gestión integral y así determinar la viabilidad de dichas solicitudes.

La aprobación de las modificaciones es controlada a través del Subcomité de Gestión Integral en los casos en los que sea necesario, adicionalmente la revisión y aprobación de la documentación se coordina a través de la firma de los documentos de acuerdo con los criterios de proyección, revisión y aprobación de la estructura documental del COPNIA.

**Criterio**

**Evidencia**

**NTC ISO 9001:2015**

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.

7. Apoyo

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.

Criterio	Evidencia
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></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: 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"> <li>Mediante memorando NAL-CI-2017-02644 del 16/08/2017, se comunicó a todos los funcionarios el ajuste realizado a la Política de Calidad y se recordaron los objetivos de calidad. Adicionalmente, se recordó la importancia de la apropiación de la Política de Calidad como guía de acción para el logro de los objetivos.</li> <li>Publicación de la actualización de la Política de calidad en la página web de la Entidad. (<a href="https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/res_1073-2017_politica_calidad.pdf">https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/res_1073-2017_politica_calidad.pdf</a>)</li> <li>Se realizó una actividad denominada "El reto conciso", la cual inició en junio 2017 y culminó en noviembre de 2017.</li> <li>El Director General de forma trimestral, realizó una socialización institucional, actividad que tiene por objetivo recordar a los funcionarios las metas establecidas y los resultados obtenidos. La presentación se enmarca dentro del Plan Estratégico cuyos objetivos estratégicos son los mismos objetivos de calidad. Esta actividad fue realizada en el año 2017 y se está realizando en el año 2018</li> </ul>
Criterio	Evidencia
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></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 d) Cómo comunicar e) Quién comunica</p> <p>7. Apoyo</p>	<p>Se identificó que el sistema de información que la Entidad dispone para la llevar a cabo las comunicaciones internas es Invesflow, adicionalmente se hace uso de herramientas como correo electrónico y la Intranet.</p> <p>Se realizó consulta en el sistema de información Invesflow del "Libro de Consecutivo de Comunicaciones Internas" para el periodo comprendido entre el 01/09/2017 al 13/06/2018 y se seleccionó como remitente al responsable del sistema de Gestión de Calidad, de lo anterior se observó que se remiten comunicaciones relacionadas con la publicación y actualización de la documentación relacionada al SIG.</p> <p>Adicionalmente, se observó que a través de correo electrónico se</p>

	remitió información relacionada con la migración a ISO 9001:2015 y con los lineamientos del Sistema de Gestión de la Calidad.
<b>Criterio</b>	<b>Evidencia</b>
<p><b>Procedimiento de-pr-01 Control de Documentos.</b></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. 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><b>NTC ISO 9001:2015</b> 7.5.2. Creación y actualización</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 45 documentos que fueron creados en la vigencia 2017 y lo corrido de la vigencia 2018 45 fueron analizados por cada jefe de dependencia, según lo informado por la Profesional de Gestión de Planeación 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 algunos funcionarios o eran documentos que pudiesen generar un traumatismo frente a otros procesos.</li> <li>De 30 formatos creados se informó al área de archivo la creación de los 30 mediante memorando NAL-CI-2018-01429 del 10 de mayo de 2018.</li> </ul> <p><b>Ver Anexo 1. Control de documentos</b></p> <p><b>Ver Recomendaciones.</b></p>
<b>Criterio</b>	<b>Evidencia</b>
<p><b>Procedimiento de-pr-01 Control de Documentos.</b></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</p>	<p>De 15 documentos que requerían de Resolución para su creación 14 cuentan con emisión de la misma, según lo informado por la Profesional de Gestión de área, las caracterizaciones no requieren de Resolución para ser creadas ya que fueron adoptadas como parte integral del Manual de Calidad, situación que se dio con la Resolución 1242 de 2008, teniendo en cuenta que el Manual de Calidad contiene una descripción de la interacción de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p><b>Ver Anexo 1. Control de documentos</b></p>

<p>documento.</p> <p>Nota: Para la creación o eliminación de documentos se debe elaborar resolución. Las actualizaciones no requieren de acto administrativo.</p> <p><b>NTC ISO 9001:2015</b> 7.5.3 Control de la Información documentada</p>	<p><b>Ver Recomendación.</b></p>
<p align="center"><b>Criterio</b></p>	<p align="center"><b>Evidencia</b></p>
<p><b>Procedimiento de-pr-01 Control de Documentos.</b></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><b>NTC ISO 9001:2015</b> 7.5.3 Control de la Información documentada</p>	<p>De 45 documentos creados en la vigencia 2017 y 2018, 45 se encuentran incluidos en el Listado Maestro de documentos y el mismo está publicado y actualizado en la página Web de la Entidad.</p> <p><b>Ver Anexo 1. Control de documentos</b></p> <p><b>Ver Recomendación.</b></p>
<p align="center"><b>Criterio</b></p>	<p align="center"><b>Evidencia</b></p>
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>8.7 Control de las salidas no conformes</p> <p>8.7.1 La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencional. 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</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"> <li>• Proceso Ético Profesional: Procedimiento del Proceso Ético Profesional PD-pr-01</li> <li>• Proceso de Registro Profesional: Procedimiento de trámite de matrículas y certificados RP-pr-01</li> </ul> <p>Teniendo en cuenta los resultados de las auditorias 02_18 al Proceso de Registro Profesional y la 06_18 al Proceso Ético Profesional, se observó:</p>

<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Corrección;</li> <li>Separación, contención, devolución o suspensión de la provisión de productos y servicios;</li> <li>Informar al cliente;</li> <li>Obtener autorización para su aceptación bajo concesión.</li> </ol> <p>Debe verificarse la conformidad con los requisitos cuando las salidas no conformes se corrigen.</p> <p>8.7.2 La organización debe mantener la información documentada que describa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La no conformidad;</li> <li>Las acciones tomadas;</li> <li>Las concesiones obtenidas;</li> <li>La identificación de la autoridad que ha decidido la acción con respecto a la no conformidad.</li> </ol> <p>8. Operación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El tratamiento al producto no conforme del Proceso Ético Profesional se está llevando a cabo de la manera adecuada, se identificó que de 6 fallos con observaciones técnicas, 6 presentan cumplimiento a lo establecido en el procedimiento referente a emisión y envío del memorando con las observaciones técnicas a la oficina de planeación, seguimiento y control.</li> <li>Para el caso del Proceso de Registro Profesional se presentó incumplimiento al tratamiento del producto no conforme toda vez que no se observó registro documental del control aplicado para la revisión que garantice la efectiva revisión del 30% de las Resoluciones Seccionales ni manual ni automático, adicionalmente se observó que la materialización de errores críticos en la vigencia 2017 corresponde al 1.4% de las matriculas otorgadas.</li> </ul> <p><b>Ver Recomendación.</b></p>
Criterio	Evidencia
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></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> <ol style="list-style-type: none"> <li>El estado de las acciones de revisiones por la dirección anteriores;</li> <li>Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema;</li> <li>La información sobre el desempeño y la eficacia del sistema, incluidas las tendencias relativas a:</li> </ol>	<p>Se identificó según lo establecido en el manual de calidad, que 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 2017 se soporta esta actividad a través de las actas del comité No. 03-17 Febrero 2017, 06-17 Abril 2017, 09-17 Julio 2017 y Acta 14-17 Octubre 2017 y en la vigencia 2018 en las actas 02-18 Enero 2018 y 06-18 abril 2018.</p>

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.
9. Evaluación del desempeño

**Criterio**

**Evidencia**

**NTC ISO 9001:2015**

- 10.2 No conformidad y acción correctiva: Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:
- a) Reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable:
    - 1) Tomar acciones para controlarla y corregirla;
    - 2) Hacer frente a las consecuencias;
  - 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:
    - 1) La revisión y el análisis de la no conformidad;
    - 2) La determinación de las causas de la no conformidad;
    - 3) La determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente podrían ocurrir;
  - c) Implementar cualquier acción necesaria;
  - d) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;
  - e) Si es necesario, actualizar los riesgos y

Se observó que a través de las auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno se identificaron no conformidades las cuales son tratadas a con la definición de los planes de mejoramiento por cada proceso, asimismo el monitoreo de los planes de mejoramiento se realizó de manera trimestral por parte de la Oficina de Control Interno, a la fecha se encuentran 92 abiertos.

**Ver Recomendaciones.**



oportunidades determinados durante la planificación;  
 f) Si es necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad.  
 Las acciones correctivas deben ser adecuadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

10. Mejora.

Criterio	Evidencia
<p><b>NTC ISO 9001:2015</b></p> <p>10.3 Mejora Continua: La organización 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.</p> <p>10. Mejora.</p>	<p>Se observó que a través del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo se definen compromisos encaminados a la mejora de los procesos y procedimientos, se analizó la pertinencia de inclusión de 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, se identificó que entre octubre de 2017 y abril de 2018 se han concertado 38 compromisos, a los cuales se les ha realizado seguimiento en los Comité.</p>

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

Código NC	Descripción de la No Conformidad	
	Criterio	No Conformidad
01-1018	<p><b>Resolución Nacional 756 del 21 de junio de 2016 Adoptada la Política de Gestión del Riesgo.</b></p> <p><b>Guía para la Administración del Riesgo DAFP</b></p> <p><b>NTC- ISO 9001:2015</b></p>	<p>Falta de completitud en los lineamientos de la Política de Administración del Riesgo adoptada por la Entidad.</p>
	Descripción de Criterio	Evidencia
	<p><b>Resolución Nacional 756 del 21 de junio de 2016 Adoptada la Política</b></p>	<p>Se evidenció que la Política de Administración del riesgo adoptada por la Entidad no contiene los siguientes</p>

**de Gestión del Riesgo.**

En ningún numeral se observó la definición del Alcance de la Política, el Nivel de aceptación del riesgo y el Análisis del contexto interno y externo basado en riesgos.

**Guía para la Administración del Riesgo DAFP**

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

lineamientos:

- Alcance
- Nivel de aceptación del riesgo
- Análisis del contexto interno y externo de la Entidad basado en riesgos

**Ver Recomendaciones.**

	<p>seguimiento y evaluación de los riesgos Análisis del contexto interno y externo de la Entidad</p> <p><b>NTC- ISO 9001:2015.</b></p> <p>6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades</p>	
	<b>Criterio</b>	<b>No Conformidad</b>
	<p><b>Procedimiento de Administración del Riesgo - DE-pr-02 – Actividad 6</b></p> <p><b>Guía para la Administración del Riesgo DAFP</b></p> <p><b>NTC – ISO 31000:2011</b></p> <p><b>Política de Calidad</b></p> <p><b>NTC- ISO 9001:2015</b></p>	<p>Debilidad en la definición de los controles para la mitigación de los riesgos.</p>
	<b>Descripción de Criterio</b>	<b>Evidencia</b>
02-1018	<p><b>Procedimiento de Administración del Riesgo - DE-pr-02</b></p> <p><b>Actividad 6 Analizar y valorar los controles existentes:</b> Identificar y valorar la existencia de controles efectivos y documentados que disminuyan la probabilidad y/o el impacto de la materialización de los riesgos. El registro de la información se realiza en la "Mapa de Riesgos por Procesos".</p> <p><b>Guía para la Administración del Riesgo DAFP</b></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</p>	<p>Se realizó revisión de los controles definidos en el mapa de riesgos de cada proceso y se observó que de sesenta y siete (67), diecisiete (17) no cumplen con las características definidas en la Guía para la administración del riesgos del DAFP, toda vez que son actividades propias del proceso y no actividades de control que contribuyan a la disminución de la probabilidad e impacto de ocurrencia de los riesgos como se indica el procedimiento DE-pr-02. Lo anterior, teniendo en cuenta que al verificar los riesgos después de controles el riesgo residual permanece constante.</p> <p>Adicionalmente, no se observó trazabilidad documentada de la aplicación de los controles.</p> <p><b>Ver Anexo 2. Análisis de controles.</b></p> <p><b>Ver Recomendaciones.</b></p>

<b>Auditoría no.</b>		<b>10-18</b>
<b>Fecha del informe</b>		
<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>10</b>	<b>07</b>	<b>2018</b>

	<p>determinar la zona de riesgo final (RIESGO RESIDUAL).</p> <p>Acciones fundamentales para valorar el riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar controles existentes</li> <li>• Quién lleva a cabo el control (responsable)</li> <li>• Qué busca hacer el control (objetivo)</li> <li>• Cómo se lleva a cabo el control (procedimiento)</li> <li>• Evidencia de la ejecución del control</li> <li>• Tipo de control (manual o automático)</li> <li>• Cuándo se realiza el control (periodicidad)</li> </ul> <p><b>NTC – ISO 31000:2011</b></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><b>Política de Calidad:</b></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><b>NTC - ISO 9001:2015</b></p> <p>6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades, en el cual remite los siguientes numerales</p> <p>4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO</p>	
--	--	--

	<p>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 del SGC.</p> <p>La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.</p> <p><b>4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS</b></p> <p>La organización debe determinar, 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:</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>La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.</p>	
	<b>Criterio</b>	<b>No Conformidad</b>
03-1018	<p><b>Procedimiento de Administración del Riesgo - DE-pr-02 – Actividad 9</b></p> <p><b>Guía para la Administración del Riesgo DAFP</b></p> <p><b>NTC- ISO 9001:2015</b></p>	<p>No se observó el Mapa de Riesgos de Gestión Institucional Consolidado.</p>
	<b>Descripción de Criterio</b>	<b>Evidencia</b>
	<p><b>Procedimiento de Administración del Riesgo - DE-pr-02</b></p>	<p>No se observó el Mapa de Riesgos de Gestión Institucional</p>

	<p><b>Actividad 9:</b> Recopilar, analizar y consolidar la información suministrada por los responsables de los procesos y generar el “Mapa de Riesgos Institucional”.</p> <p><b>Guía para la Administración del Riesgo DAFP</b></p> <p>Elaboración del Mapa de Riesgos. 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.</p> <p><b>NTC- ISO 9001:2015</b></p> <p>6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades.</p>	<p>consolidado en el cual estén incluidos los riesgos residuales altos o extremos derivados del análisis de riesgos por proceso, lo cual no permite identificar que riesgos afectan el cumplimiento de la misión de la Entidad y sus objetivos, adicionalmente no se observó mapa de calor y la valoración del riesgo residual después de aplicar controles no varía.</p> <p><b>Ver Recomendaciones.</b></p>
04-1018	<p align="center"><b>Criterio</b></p> <p><b>Batería de Indicadores – Información reportada con soportes</b></p> <p><b>Manual de Calidad – 5.10 Evaluación de desempeño</b></p> <p><b>NTC- ISO 9001:2015</b></p> <p><b>Manual Operativo Sistema de Gestión MIPG</b></p> <p><b>Guía Para la construcción y análisis de indicadores de Gestión. Versión 3 2015. Del DAFP</b></p> <p><b>Manual Especifico de Funciones</b></p>	<p align="center"><b>No Conformidad</b></p> <p>Debilidades en la medición de las actividades de procesos y de la información que soporta los resultados de los indicadores.</p>

Descripción de Criterio	Evidencia																																																															
<p><b>Manual de Calidad</b></p> <p><b>5.10 Evaluación del desempeño:</b> La entidad ha determinado de manera dinámica para sus procesos, indicadores de gestión los cuales permiten conocer la situación de los mismos y tomar acciones en caso de ser necesario. Están definidos los tiempos de medición, las metas esperadas y los responsables del seguimiento. Se realizan las evaluaciones y los análisis respectivos</p> <p><b>NTC- ISO 9001:2015</b></p> <p>9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación: La organización debe determinar:</p> <p>a) qué necesita seguimiento y medición;</p> <p>b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos;</p> <p>c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición;</p> <p>d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición. 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>9. Evaluación del desempeño</p> <p><b>Guía Para la construcción y análisis de indicadores de Gestión. Versión 3 2015. Del DAFP</b></p> <p>Numeral 4. Tipología de los indicadores</p>	<p>Se observó que la Entidad ha implementado herramientas 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 la hoja de datos de cada uno de los indicadores. En este sentido, se revisaron estas herramientas y se identificó que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los indicadores se encuentran definidos por proceso de la siguiente manera:</li> </ul> <table border="1" data-bbox="829 716 1463 1329"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PROCESO</th> <th colspan="3">TIPO DE INDICADOR</th> </tr> <tr> <th>EFICACIA</th> <th>EFICIENCIA</th> <th>EFFECTIVIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Administración de bienes y servicios</td><td>SI</td><td>NO</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Atención al Ciudadano</td><td>NO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Comunicación institucional</td><td>SI</td><td>NO</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Contratación</td><td>SI</td><td>NO</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Direccionamiento estratégico</td><td>SI</td><td>NO</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Evaluación de la gestión</td><td>NO</td><td>NO</td><td>SI</td></tr> <tr><td>Gestión TIC</td><td>NO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Gestión Disciplinaria</td><td>NO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Gestión documental</td><td>SI</td><td>NO</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Gestión financiera y presupuestal</td><td>SI</td><td>NO</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Gestión Humana</td><td>SI</td><td>NO</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Gestión Jurídica</td><td>NO</td><td>NO</td><td>SI</td></tr> <tr><td>Procesos ético profesionales</td><td>NO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Registro profesional</td><td>SI</td><td>SI</td><td>SI</td></tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Oficina de Control interno</p> <p>Una vez verificada la batería de indicadores y analizados los tipos de indicador en concordancia con la Guía Para la construcción y análisis de indicadores de Gestión. Versión 3 2015. Del DAFP, en donde se establece que los indicadores de eficiencia son aquellos que “pretenden medir la relación existente entre el avance en el logro de un determinado objetivo y los recursos empleados para la consecución del mismo” subrayado fuera de texto, no se observaron indicadores asociados a las mediciones de uso de recursos para la consecución de objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El indicador del Proceso Evaluación de la Gestión, no</li> </ul>	PROCESO	TIPO DE INDICADOR			EFICACIA	EFICIENCIA	EFFECTIVIDAD	Administración de bienes y servicios	SI	NO	NO	Atención al Ciudadano	NO	SI	NO	Comunicación institucional	SI	NO	NO	Contratación	SI	NO	NO	Direccionamiento estratégico	SI	NO	NO	Evaluación de la gestión	NO	NO	SI	Gestión TIC	NO	SI	NO	Gestión Disciplinaria	NO	SI	NO	Gestión documental	SI	NO	NO	Gestión financiera y presupuestal	SI	NO	NO	Gestión Humana	SI	NO	NO	Gestión Jurídica	NO	NO	SI	Procesos ético profesionales	NO	SI	NO	Registro profesional	SI	SI	SI
PROCESO	TIPO DE INDICADOR																																																															
	EFICACIA	EFICIENCIA	EFFECTIVIDAD																																																													
Administración de bienes y servicios	SI	NO	NO																																																													
Atención al Ciudadano	NO	SI	NO																																																													
Comunicación institucional	SI	NO	NO																																																													
Contratación	SI	NO	NO																																																													
Direccionamiento estratégico	SI	NO	NO																																																													
Evaluación de la gestión	NO	NO	SI																																																													
Gestión TIC	NO	SI	NO																																																													
Gestión Disciplinaria	NO	SI	NO																																																													
Gestión documental	SI	NO	NO																																																													
Gestión financiera y presupuestal	SI	NO	NO																																																													
Gestión Humana	SI	NO	NO																																																													
Gestión Jurídica	NO	NO	SI																																																													
Procesos ético profesionales	NO	SI	NO																																																													
Registro profesional	SI	SI	SI																																																													

<b>Auditoría no.</b>		<b>10-18</b>
<b>Fecha del informe</b>		
<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>10</b>	<b>07</b>	<b>2018</b>

	<p>a. Indicadores desde el punto de vista del desempeño en la dimensión 2 “Direccionamiento estratégico y planeación”, son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficiencia: relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados</li> <li>• Eficacia: grado en el que se realizan las actividades planeadas y se logran los resultados planeados</li> <li>• Efectividad: medida en que la gestión permite el logro de los resultados planeados con un manejo óptimo de los recursos</li> <li>• Calidad 13: relacionados con la prestación del servicio</li> </ul> <p><b>Manual Operativo Sistema de Gestión MIPG</b></p> <p><b>7.1 Alcance de esta dimensión</b></p> <p>...(iii) Segunda Línea, conformada por servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos donde existan, comité de contratación, entre otros);</p> <p><b>7.2 Aspectos mínimos para la implementación</b></p> <p><b>7.2.1 Ambiente de control</b></p> <p><b>Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI</b></p> <p><b>Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:</b></p> <p>Apoyar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso para un</p>	<p>corresponde a un indicador de efectividad sino de eficacia. El indicador de efectividad es medido por el área en los ciclos de auditoria de la siguiente vigencia y no está relacionado en la batería de indicadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se observaron mediciones de los componentes de procesos misionales como: Divulgación e Inspección, Control y Vigilancia y su impacto en el área de Registro y por tanto en el cumplimiento de las metas estratégicas asociadas a la efectividad institucional.</li> <li>• No se observó en la batería de indicadores medición de los niveles de satisfacción de los servicios prestados por la Entidad.</li> <li>• Para los indicadores de los procesos Gestión TIC, Comunicación Institucional, Contratación, Proceso Administración de Bienes y Servicios y Proceso de Registro Profesional, se observaron inconsistencias con lo reportado en la batería de indicadores y la hoja de datos. <b>Ver Anexo 3. Análisis de indicadores.</b></li> <li>• Para el área de TIC no se observó medición de la gestión integral (eficacia, eficiencia y efectividad) con respecto a la estrategia del área, el seguimiento realizado corresponde a mesa de servicio (vigencia 2017 y 2018). Esta situación fue evidenciada igualmente en la auditoria 04-17 de 2017.</li> <li>• Los indicadores correspondientes al proceso de Gestión Humana miden lo relacionado al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, sin embargo no se evidencio medición de eficacia, eficiencia y efectividad de programas y proyectos tales como PIC y Plan de bienestar entre otros, esta situación se presentó en la vigencia 2017 y 2018.</li> <li>• Para el proceso de Comunicaciones no se observó medición del indicador No. 14 para la vigencia 2018, asimismo, se observó que a la fecha no hay indicador final establecido y no se identificó un indicador de eficiencia y de efectividad para la Comunicación Interna 2017 y 2018.</li> <li>• El indicador de gestión No. 3 asociado al procedimiento de Registro Profesional no mide los incumplimientos en tiempos conforme a las excepciones establecidas en el procedimiento.</li> </ul>
--	--	---



adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales

**7.2.2 Gestión de los riesgos institucionales**

**Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI**

**Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:**

Monitorear cambios en el riesgo legal, regulatorio y de cumplimiento

**7.2.3 Actividades de Control**

**Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI**

**Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:**

Realizar monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos

**7.2.5 Monitoreo o supervisión continua**

**Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI**

**Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:**

Monitorear e informar sobre deficiencias de los controles

Suministrar información a la alta dirección sobre el monitoreo llevado a cabo a los indicadores de gestión, determinando si el logro de los objetivos está dentro de las tolerancias de riesgo establecidas

**Ver Recomendaciones.**

	<p>Consolidar y generar información vital para la toma de decisiones</p> <p><b>Manual Especifico de Funciones:</b></p> <p>Subdirector de Planeación Control y Seguimiento 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 medir y evaluar la eficiencia y eficacia institucional acordes con el plan estratégico institucional.</p> <p>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.</p>	
	<b>Criterio</b>	<b>No Conformidad</b>
05-1018	<p><b>Ley 1474 de 2011</b></p> <p><b>NTC- ISO 9001:2015</b></p>	<p>Diferencia entre la información cualitativa y cuantitativa reportada en el avance del Plan de Acción.</p>
	<b>Descripción de Criterio</b>	<b>Evidencia</b>
	<p><b>Ley 1474 de 2011</b></p> <p>Artículo 74. Plan de acción de las Entidades públicas: A partir de la vigencia</p>	<p>Se observó el seguimiento al avance del Plan de Acción de manera trimestral, sin embargo no se evidenció congruencia con lo reportado en la información cualitativa y la información cuantitativa en la vigencia 2017, asimismo no se</p>

<b>Auditoría no.</b>		<b>10-18</b>
<b>Fecha del informe</b>		
<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>10</b>	<b>07</b>	<b>2018</b>

	<p>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>A partir del año siguiente, el Plan de Acción deberá estar acompañado del informe de gestión del año inmediatamente anterior.</p> <p><b>NTC- ISO 9001:2015.</b></p> <p>9.1. Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación.</p>	<p>evidenciaron los soportes que validan la información reportada en la vigencia 2018 y la vigencia 2017 ni el análisis de la información reportada como se muestra a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la actividad relacionada a “generar piezas comunicativas impresas para apoyar el proceso de divulgación de las Secretarías Seccionales”, se reporta cumplimiento de la actividad en el segundo y tercer trimestre, sin embargo al revisar la evidencia no se encuentran los soportes de la entrega de las piezas, como soporte en el segundo trimestre reposa la remisión de correos a las universidades para actualización de la página web.</li> <li>• En la actividad de “intervenir la base de datos de egresados”, con el fin de adelantar acciones puntuales con los profesionales de vigilancia del COPNIA que no se encuentran vinculados al Registro Profesional, para el tercer trimestre en la información cualitativa se reporta el desarrollo de una actividad, sin embargo, en la información cuantitativa se reporta 0% de ejecución para el mismo periodo.</li> <li>• En la actividad “definir un mecanismo para centralizar la información de universidades para la consulta y gestión de la primera y segunda instancia” se reporta en la información cualitativa un avance, sin embargo en la información cuantitativa se reporta 0% en el mismo periodo.</li> <li>• En la actividad “definir el mecanismo para el envío de Tarjetas Profesionales a lugar de preferencia del usuario” se presenta avance de la actividad en el cuarto trimestre según lo reportado en la información cualitativa, sin embargo la información cuantitativa reportada es de un 0% en el mismo periodo.</li> <li>• En la actividad “formulación prospectiva COPNIA 2036” se reporta avance en la información cualitativa en los tres primeros trimestres, sin embargo en la información cuantitativa se reporta el 100% del avance en el segundo trimestre.</li> <li>• De las actividades 3.2 “Identificar, documentar, proponer y coordinar los eventos académicos de posible participación del COPNIA a nivel nacional, en</li> </ul>
--	--	--

		<p>cumplimiento de las funciones misionales” y 3.3 “Identificar, documentar, proponer y coordinar los posibles espacios públicos y privados en donde la Dirección General pueda participar buscando el reconocimiento del COPNIA en la comunidad con el fin de socializar las funciones misionales” no se evidenció el soporte de los listados de asistencia a los eventos relacionados en la información cualitativa.</p> <p><b>Ver Recomendaciones.</b></p>
	<b>Criterio</b>	<b>No Conformidad</b>
	<p><b>Resolución Nacional No. 1446 del 21 de diciembre de 2016</b></p> <p><b>Manual Especifico de Funciones</b></p> <p><b>NTC- ISO 9001:2015.</b></p>	<p>Debilidad en el seguimiento del Plan Estratégico Institucional.</p>
	<b>Descripción de Criterio</b>	<b>Evidencia</b>
06-1018	<p><b>Resolución Nacional No. 1446 del 21 de diciembre de 2016 por medio del cual se adoptó y aprobó el Plan Estratégico.</b></p> <p><b>Artículo 9: REVISIÓN:</b> 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><b>Manual Especifico de Funciones:</b></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</p>	<p>Si bien se realizó el reporte de las actividades que componen el Plan Estratégico de manera anual, no se observó un análisis y la evaluación de los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición, por tanto la Entidad no cuenta con los insumos necesarios para evaluar el progreso, determinar si lo planificado se ha implementado de forma eficaz y establecer la eficacia de las acciones tomadas frente a posibles incumplimientos, adicionalmente se observó que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La medición del Plan estratégico se encuentra realizada a diciembre de 2017, 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 2018.</li> <li>• De la información reportada en la vigencia 2016 no se observó medición de actividad 1.7 “Fortalecer el marco jurídico de actuación de la Entidad”</li> <li>• No se observó una medición del avance general del Plan Estratégico, la misma se realiza por actividades.</li> </ul>

	<p>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 medir y evaluar la eficiencia y eficacia institucional acordes con el plan estratégico institucional</p> <p>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</p> <p><b>NTC- ISO 9001:2015.</b></p> <p>9. Evaluación del desempeño</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se observó una meta establecida para la medición general del Plan Estratégico en cada una de las vigencias por lo que no es posible identificar cumplimiento o incumplimiento del mismo.</li> </ul> <p>No se observó la evaluación de la consistencia y pertinencia de los objetivos y estrategias instituciones en la vigencia 2016 y 2017.</p> <p><b>Ver recomendaciones.</b></p>
--	--	---

**6. EVALUACIÓN DEL RIESGO**

Riesgo identificado / Posible riesgo	Observación	Responsable del análisis del riesgo
Planeación inadecuada en términos de pertinencia u oportunidad	<p>Se observó cómo control la articulación del Plan de Acción, el Presupuesto y Plan de Anual de Adquisiciones de la Entidad con el Plan Estratégico.</p> <p>Respecto a lo anterior, se observó que las actividades de control definidas están encaminadas a la verificación y cumplimiento de lo ya planeado, pero no están orientas a detectar o a controlar las etapas previas a la planeación, conforme a la definición del riesgo "planeación inadecuada" y de los instrumentos de planeación que utilizan las diferentes áreas de la Entidad para desarrollar sus planes, como por ejemplo, diagnósticos, medición de indicadores de efectividad para la formulación de los siguientes años,</p>	Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento

<b>Riesgo identificado / Posible riesgo</b>	<b>Observación</b>	<b>Responsable del análisis del riesgo</b>
	<p>resultados de la ejecución presupuestal, impactos de los planes programas y proyectos de COPNIA, y que los mismo de manera articulada confluyan como elementos de planeación a través del ciclo PHVA.</p> <p>Lo anterior aunado a observaciones efectuadas desde el ámbito auditor en donde se observa desarticulación y debilidades en la planeación de las áreas y de los instrumentos de acción para cada vigencia, tal es el caso del PIC, PECO, PETI, PGD, PINAR entre otros.</p> <p>La Oficina de Control Interno recomienda evaluar las causas asociadas al riesgo, con el fin de ampliar el marco de análisis y así determinar controles que favorezcan la adecuada planeación.</p>	
<p>Falta de soportes que validen la información reportada en los indicadores</p>	<p>Teniendo en cuenta lo evidenciado en el desarrollo de la auditoria respecto a los soportes de los indicadores este podría ser un riesgo asociado al proceso, adicionalmente es un riesgo que identificó el profesional del área en el desarrollo de sus actividades.</p>	<p>Subdirección de Planeación, Control y Seguimiento</p>

## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El resultado del ejercicio auditor obtuvo un cumplimiento del 77.8% 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 recomienda verificar la Política de Administración del Riesgo adoptada por la Entidad, con el fin de incluir los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgos del DAFP como lo son el alcance, análisis del contexto interno y externo de la Entidad y el nivel de aceptación del riesgo, asimismo realizar evaluación de la efectividad de los controles por parte de los líderes de los procesos con el acompañamiento de la Oficina de Planeación, Control y Seguimiento, con el fin de garantizar que los controles sean eficaces y eficientes tanto en el diseño como en la operación.

Se recomienda realizar el seguimiento y medición a los riesgos, orientando a los líderes de los procesos, con el fin de garantizar que los controles sean eficaces, eficientes y obtener información adicional que permita la

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría no.		10-18
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		10	07	2018

mejorar la valoración de los riesgos e identificar nuevos riesgos emergentes de cada proceso, adicionalmente se recomienda realizar seguimiento a los indicadores asociados a los riesgos o verificar la pertinencia de incluir esta medición.

Teniendo en cuenta que no se observó el Mapa de Riesgos de Gestión Institucional consolidado se recomienda realizarlo incluyendo los riesgos residuales altos o extremos de cada proceso, con el fin de identificar cuales afectan el cumplimiento de la misión de la Entidad y sus objetivos, adicionalmente se recomienda realizar el mapa de calor y la valoración del riesgo residual para interpretar de una manera fácil la efectividad de los controles.

### **Apoyo:**

En relación con la información documentada, teniendo en cuenta que no fue posible realizar la verificación de la actividad establecida en el procedimiento de control de documentos que indica que se debe confirmar a quien solicita un cambio la determinación tomada y dado que no se genera un registro documental derivado de esta actividad, se recomienda evaluar la pertinencia de la misma dentro del procedimiento.

Respecto a la generación de comunicaciones oficiales impartiendo directrices, se recomienda evaluar el tiempo que debe transcurrir (6 meses) entre dichas comunicaciones y la inclusión de los documentos en la estructura documental de la Entidad, adicionalmente se recomienda que los documentos no sean utilizado previos a la creación y aprobación. Se sugiere igualmente, generar un seguimiento o diseñar una herramienta que permita verificar que estas actualizaciones o creaciones se incluyan en la estructura documental según el tiempo que se establezca en el procedimiento.

Se recomienda realizar oportunamente la remisión de los formatos al área de archivo y definir dentro del procedimiento un tiempo para la realización de esta actividad, toda vez que se puede presentar desactualización de las tablas de retención documental o el uso de los formatos por parte de los funcionarios que requieren de su uso bajo una versión obsoleta.

### **Evaluación del desempeño:**

Respecto a la definición de indicadores, se recomienda verificar la descripción “nombre” de los mismos, toda vez que se observó que el nombre indica que se está midiendo cumplimiento de metas, lo cual se encuentra asociado a un indicador de eficacia según lo establecido en la Guía para la construcción y análisis de Indicadores de Gestión (Versión 4 noviembre de 2018) del DAFP.

“Los indicadores de eficacia, buscan determinar sí el cumplimiento de un objetivo específico es coherente con la meta establecida previamente. En este sentido, este tipo de indicadores no consideran la productividad del uso de los recursos disponibles con los que se cuenta para la consecución de los logros, se concentran en establecer el cumplimiento de los diferentes planes y programas de cualquier Entidad, por lo que facilita la medición del grado en el que una meta ha sido cumplida teniendo en cuenta los plazos y las demás disposiciones estipuladas”

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría no.</b>	<b>10-18</b>	
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>10</b>	<b>07</b>	<b>2018</b>

Y en la batería de indicadores están tipificados como indicadores de efectividad, definidos en la misma guía como indicadores de impacto o efectividad de la siguiente manera:

"Los indicadores de impacto o efectividad buscan identificar, a través de metodologías minuciosas, los cambios en la población objetivo luego de implementados ciertos programas, proyectos o haber recibido ciertos bienes o servicios. Luego de llevar a cabo la caracterización de la población objetivo, los resultados de la medición de los indicadores de efectividad deben definir cuál es el impacto en dicha población y cómo el logro de lo propuesto contribuye a resolver sus necesidades"

A continuación, se generan algunas recomendaciones de cómo se podría definir la tipología de los indicadores:

**Tabla No. 2 Tipología de indicadores**

<b>Nombre</b>	<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Tipo (Recomendación)</b>
Cumplimiento de la meta en el número de matriculados	Efectividad	Eficacia
Cumplimiento de la meta en el número de matriculados de la brecha	Efectividad	Eficacia
Cumplimiento de la meta en el número de Permisos Temporales	Efectividad	Eficacia
Cumplimiento en el tiempo para el trámite de Matrículas	Eficiencia	Eficacia
Cumplimiento en el tiempo para el trámite de Permisos Temporales	Eficiencia	Eficacia
Matrículas otorgadas sin errores críticos	Eficacia	Impacto - Efectividad
Cumplimiento de las actividades de los planes de mejoramiento	Efectividad	Eficacia

Fuente: Oficina de Control Interno

Teniendo en cuenta la revisión y lo establecido en la guía anteriormente mencionada, estos indicadores pueden variar en la tipología conforme se defina el indicador y el uso de palabras con el cual se aborde, tal es el caso de un indicador de efectividad, en el cual se utilizan adjetivos como: incremento en el nivel de...disminución de...aumento de...nivel de..., adicionalmente los indicadores de efectividad que se establezcan deben medir el impacto en el cliente externo o interno y como esto contribuyó a resolver sus necesidades.



	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Auditoría no.		10-18
		Fecha del informe		
		Día	Mes	Año
		10	07	2018

Adicionalmente, se recomienda establecer los indicadores de eficiencia y efectividad en los procesos de las área TIC en concordancia con el PETIC, Gestión Humana alineado con el PIC y Plan de Bienestar, área de Comunicaciones en el Marco del PECO, entre otras; en concordancia con lo establecido en las Guía para formulación del Plan Estratégico de Comunicaciones de Min Tic, Manuales de Funciones, Guía para la Formulación de Plan de capacitaciones y los demás que sirvan como marco de referencia para el desarrollo y optima medición de los planes y su impacto en la estrategia de la Entidad.

Se recomienda incluir los indicadores asociados a la medición de la satisfacción del cliente externo, el cual se observó que se realiza a través del informe de atención al ciudadano sin embargo no está incluido en la batería de indicadores de gestión y que estarían tipificados como indicadores de efectividad.

Respecto a la medición de los indicadores y las metas que se encuentran establecidas de manera creciente, se recomienda no realizar la sumatoria entre periodos como se evidenció en las mediciones de la vigencia 2017 y 2018, por el contrario proyectar para que el último periodo se evidencie el cumplimiento de la meta planteada.

Teniendo en cuenta que no se observaron indicadores por proceso que permita hacer seguimiento específico a la gestión de las áreas, se sugiere definirlos en la próxima revisión y actualización de la batería de indicadores de gestión y realizar esta actividad siguiendo los lineamientos establecidos en la Guía para la construcción y análisis de Indicadores de Gestión (Versión 4 noviembre de 2018) del DAFP y de esta forma medir las actividades que realizan los procesos, asimismo se sugiere incluir los indicadores de Calidad e impacto definidos también en la Guía.

Para finalizar y teniendo en cuenta que planeación se encuentra en la primera y segunda línea de defensa de control interno, como Alta Dirección y como guía para la gestión institucional, y de acuerdo a los resultados del Informe de Gestión y Desempeño Institucional, se recomienda fortalecer el compromiso de la Alta Dirección con el Sistema de Control Interno, asimismo el seguimiento y monitoreo de los riesgos y controles asociados a los mismos por parte de la Oficina de Planeación, adicionalmente se recomienda implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG


#### **Plan de Acción y Plan Estratégico:**

Respecto al Plan de acción, se recomienda realizar la respectiva revisión de la información reportada y las evidencias como área de seguimiento y control, que permitan fortalecer la información documentada de las metas establecidas.

Con relación al Plan Estratégico, se recomienda establecer una meta de cumplimiento para cada vigencia y así medir la ejecución del mismo, adicionalmente se recomienda dar inicio a la definición del Plan Estratégico para las siguientes vigencias teniendo en cuenta que el actual está establecida a 2018, esto con el fin de diseñarlo con oportunidad.

#### **Resultados Encuesta Funcionarios**

Respecto a los resultados de las encuestas efectuadas a los funcionarios del área, se observó:

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	<b>Auditoría no.</b>		<b>10-18</b>
		<b>Fecha del informe</b>		
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
		<b>10</b>	<b>07</b>	<b>2018</b>

- Conocimiento de los funcionarios referente a los resultados de la pasada auditoria.
- El equipo de trabajo reconoce y encamina la ejecución de las funciones y las actividades para la mejora continua del proceso y en la aplicación de autocontrol que garantice el cumplimiento de actividades.
- Desconocimiento de los riesgos asociados al proceso, 2 de los 3 funcionarios encuestados identifican riesgos relacionados con las actividades que desarrollan, sin embargo no reconocen los riesgos asociados al proceso, adicionalmente se recomienda fortalecer los puntos de control del procedimiento, debido a que no se observó unidad de criterios en las respuestas.

## 8. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

<b>Código NC</b>	<b>Estado</b>	<b>Observaciones</b>
01-0417	Cerrada	Se identificó una no conformidad asociada con la inoportunidad de la información requerida por el Sistema de Gestión de Calidad, desde el área de Planeación se solicitó al área de Talento Humano la actualización de los archivos y al área de Comunicaciones la respectiva publicación. De esta forma se logró la actualización de la estructura orgánica y el Reglamento interno del trabajo, en el desarrollo de la auditoria se observó que la documentación del SGC se encuentra actualizada y publicada por lo cual se evidenció que la actividad fue efectiva.
02-0417	Cerrada	Como resultado del pasado ejercicio auditor se identificó una no conformidad relaciona a "Falta de veracidad de la información que soporta los resultados de los indicadores" como acción se definió "Realizar una verificación a las fuentes de información de los indicadores de la vigencia y establecer para cada uno de ellos el tipo de soporte requerido. Completar con los responsables de los procesos las fuentes de información faltantes." Sin embargo se observó que no fue eficaz toda vez que en los resultados de esta auditoria se evidenció que la situación es reiterativa.
03-0417	Cerrada	Se identificó "Desactualización en el Manual de Calidad de la Entidad", como acción a tomar se definió: "Finalización de actualización de los documentos que se ven afectados por la transición de la norma de calidad de la versión 2008 a la 2015", se observó que esta acción fue efectiva toda vez que se realizó actualización al Manual de Calidad de la Entidad en octubre de 2017 y el mismo se encuentra publicado en el siguiente link <a href="https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/direccionamiento-estrategico/Manual de Calidad.pdf">https://copnia.gov.co/sites/default/files/uploads/mapa-procesos/archivos/direccionamiento-estrategico/Manual de Calidad.pdf</a> .



## INFORME DE AUDITORIA

Auditoría no.

10-18

Fecha del informe

Día

Mes

Año

10

07

2018

### 9. ANEXOS NO CONFORMIDADES

Anexo 1. Control de Documentos.

Anexo 2. Análisis de Controles.

Anexo 3. Análisis de Indicadores.

Elaborado por: Luisa Fernanda Sánchez Gómez.

Revisado por: Viviana Marcela Pardo Beltrán.