**INFORME DE AUDITORIA**

(Marque con un X según corresponda): **PRELIMINAR (\_\_\_) DEFINITIVO (X)**

**Proceso Auditado: Control y Mejora**

**Fecha de elaboración del Informe final: 25 de noviembre de 2019**

#### INFORMACIÓN GENERAL

**Fecha de reunión de apertura: 12 de noviembre de 2019**

#### Fecha de reunión de cierre: 25 de noviembre de 2019

#### Auditor Líder: Yaneth Lucía Pinilla Beltrán

#### Equipo Auditor: Luisa Fernanda Masso Granada

1. **OBJETIVO Y ALCANCE DE LA EVALUACION Y AUDITORIA**

#### 2.1 OBJETIVO: Determinar la conformidad del proceso frente al cumplimiento con los requisitos de las normas ISO 9001: 2015, ISO 14001:2015, OHSAS 18001:2007, MECI-MIPG, Normatividad aplicable al proceso.

**2.2 ALCANCE:** Abarca todas actividades del proceso, planes y programas. Se realizará la evaluación de la información de la vigencia en curso.

#### 2.3 CRITERIOS: Sistema Integrado de Gestión adoptado por la Entidad (ISO 9001: 2015, ISO 14001:2015, OSHAS 18001:2007, MECI-MIPG, Normatividad aplicable al proceso y la Organización).

#### 2.4 METODOLOGÌA: Observación directa, entrevistas, revisión documental, Consulta, Inspección

**2.5. RIESGOS**: Ninguno

1. **FICHA TECNICA**

F: Fortaleza C: Conformidad; OM: Oportunidad de Mejora, NC: No conformidad; OBS: Observación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo**  **(F, C, O, OM, NC** | CRITERIOEVALUADO | **DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**  **(**Incluir la situación evidenciada describiendo el soporte en que se observó, el criterio incumplido y la posible causa y efecto). |
| **F** | 7.3 Literal C ISO 9001:20157.3 Literal C ISO14001:2015 | Se evidenció el compromiso en el desarrollo de las actividades propias del proceso de Control y Mejora, así como la disposición para atender la auditoria interna por parte de todos los servidores que participaron en el ejercicio de ella y que hacen parte del proceso. |
| **F** | Referenciación | El proceso haadelantado ejercicios de referenciación con entidades externas tales como la Superintendencia Financiera de Colombia en temas relacionados con 1. Elaboración y aplicación de la matriz de priorización de auditorías basado en riesgos. 2. Cómo ejecutar una auditoría basada en el análisis de los riesgos. 3. Aplicación de normas internacionales en el ejercicio de la auditoria interna. 4. Tips de buenas prácticas en el ejercicio de las auditorías. 5. Modelos y criterios de evaluación de la efectividad de las acciones formuladas en los mapas de riesgos y en los planes de mejoramiento.  Adicionalmente, se realizó otro ejercicio de referenciación del procedimiento de auditorías basado en normas internacionales en la Agencia de Desarrollo Rural. |
| OM | 7.3 Literales A y B ISO 9001:2015  7.3 Literales A y B ISO 14001:2015 | Durante el ejercicio de la auditoria, en el cual participaron 4 personas, se indagó sobre la misión, visión y política de la entidad, y a pesar de que uno de los auditados sugirió consultarlo en el computador, se le informó que no era necesario recitarlo de memoria y que solo lo expresara con sus palabras. Sin embargo, dos de los auditados, no se expresaron con claridad frente a estos conceptos y por ende el equipo auditor, ve como una oportunidad de mejora el fortalecer dichos conocimientos, como un ejercicio que debe ser continuo, permanente y que permitirá que las personas que hacen parte del proceso tomen conciencia de la política y los objetivos del sistema integrado de gestión de la Entidad. |
| OM | 9.1.3 ISO 9001:2015 | Se adelantó la revisión del análisis de los indicadores del proceso de Control y Mejora que se encuentra en el aplicativo ISOLUCIÖN, evidenciando que dentro del análisis no se hace referencia a las causas por las cuales no se alcanzó la meta programada, pese a que se tiene claridad sobre la situación presentada. |
| OM | Procedimiento PC01-PR01 “Auditorías Internas” | Durante la revisión del procedimiento PC01-PR01, en el sistema Isolucion, se evidencio debilidades de forma (presentación del procedimiento Ej. viñetas) y de fondo en temas tales como:   * Productos: se nombra alertas como producto, sin embargo no se presentó ninguna evidencia de este producto. * Alerta y recomendación no se evidencian en las definiciones del procedimiento. * Normatividad no se evidencia la norma OHSAS 18001:2007, no obstante se evidencia normatividad que no está directamente relacionada con el procedimiento la cual podría ir en la caracterización solamente, ejemplo Ley 909/2004 “Se expiden normas que regulan el empleo público”. * El Anexo 5: “[Declaración de impedimento](http://190.27.245.106:8080/Isolucionsda/FrameSetArticulo.asp?Pagina=BancoConocimientoSDA/1/1ddd4ab3a7ef4f789a2fa906d3baefc4/1ddd4ab3a7ef4f789a2fa906d3baefc4.asp?IdArticulo=13922)”. No es claro en el procedimiento su diligenciamiento para el desarrollo de la auditoria. * El Anexo 11: “[Matriz de identificación de requisitos SIG](http://190.27.245.106:8080/Isolucionsda/FrameSetArticulo.asp?Pagina=BancoConocimientoSDA/1/11b9c78c672243f0a7d2f6f7f6f6869d/11b9c78c672243f0a7d2f6f7f6f6869d.asp?IdArticulo=13925)” no contiene los requisitos de la norma OHSAS 18001:2007 |
| OBS | Directiva 5 de 2017 | Según el Archivo General de la Nación y la definición establecida en el proceso de Gestión Documental, la tabla de retención documental – TRD se define como el listado de series, con sus correspondientes tipos documentales, a las cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa del ciclo vital de los documentos, es decir se considera como el Instrumento que permite establecer cuáles son los documentos de una entidad, su necesidad e importancia en términos de tiempo de conservación y preservación y que debe hacerse con ellos una vez finalice su vigencia o utilidad.  Así las cosas, los documentos que hacen parte de la TRD son aquellos registros que se generan en el desarrollo de las actividades, los cuales pueden ser físicos o electrónicos y por lo tanto, no se requiere necesariamente la impresión y conservación física de todos los documentos.  En las carpetas con serie 7, subserie 7.2 “Auditorías Internas”(Servicio a la ciudadanía, Gestión Administrativa, Gestión Ambiental y Desarrollo Rural) se evidencia la impresión de memorandos, correos electrónicos, procedimientos y otros documentos que no hacen parte evidencias y soportes del proceso de la auditoria.  Así mismo, se evidenció formatos de encuesta de percepción de auditoria sin diligenciar en la carpeta de Auditorías Internas del proceso de Evaluación, Control y Seguimiento.  Lo anterior va en contravía de lo establecido en la directiva 5 de 2017 que reza:  - Evitar el uso de papel siempre que sea posible, guardando los documentos en formato digital, optimizando el número de copias. |
| NC | Procedimiento PE03-PR02 – “Administración de Riesgos y Oportunidades” | No Conformidad por no generar acción correctiva ante la materialización del riesgo “Inoportunidad en la entrega de informes, alertas y recomendaciones para el mejoramiento de la gestión institucional”.  El procedimiento PE03-PR02 - Administración de Riesgos y Oportunidades señala dentro de la normatividad aplicable, la Guía Administración del Riesgo (versión 2) del DAFP en la cual se establece: “*Si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, debería gestionarse de manera oportuna los correctivos o aclaraciones a las diferencias presentadas u observaciones*.” Así mismo, el procedimiento contempla como lineamiento: “*Cuando se materialice un riesgo, el responsable de proceso, deberá revisar el análisis de causas, la pertinencia de acciones definidas, verificar la necesidad de su reformulación o definir acciones de mejora o correctivas y continuar con las actividades señaladas en el procedimiento Plan de mejoramiento por procesos o su equivalente que se encuentre vigente*”.  A través de la revisión se evidenció en los registros de las auditoria internas, que en las auditorías internas realizadas a los procesos de Servicio a la Ciudadanía y Gestión Administrativa, serie 7, subserie 7.2 “Auditorías Internas”, que no se cumplieron con las fechas programadas para la entrega del informe preliminar de la auditoria.  Si bien es cierto, se evidenció que en la matriz de seguimiento de riesgos del proceso de Control y Mejora se identificó y aceptó la materialización del riesgo “Inoportunidad en la entrega de informes, alertas y recomendaciones para el mejoramiento de la gestión institucional”, en ninguna de las actas presentadas durante el ejercicio de la auditoria, se señala las acciones o correctivos a tomar frente a las causas que produjeron la materialización del riesgo. Situación que fue aceptada por el auditado en el momento de la auditoria. |

#### 3.1. HERRAMIENTAS UTILIZADAS Recursos físicos, humanos, tecnológicos, bases de datos, listas de verificación, entre otros.

#### 3.2. MUESTREO: Aleatorio

#### RESULTADOS DE LA AUDITORIA

#### RESUMEN EJECUTIVO. A continuación, se presenta el resumen de los aspectos encontrados:

#### Fortalezas dos (2), Oportunidad de mejora tres (3), Observaciones una (1), No conformidades una (1)

1. **CONCLUSIONES**

Se determina la conformidad del proceso de Control y Mejora con los requisitos de las normas ISO 9001:2015, 14001:2015, OSHAS 18001:2007 y normatividad aplicable al proceso, así como la idoneidad y efectividad del esquema operativo, el flujo de información y políticas de operación y el ejercicio de las responsabilidades en la ejecución de los objetivos y generación de recomendaciones que aportan a la mejora continua, salvo por lo señalado en la no conformidad y en las observaciones.

1. **RECOMENDACIONES**
2. Adelantar el análisis y revisión de los documentos que están siendo impresos para el archivo de gestión del proceso de Control y Mejora, con el fin de cumplir con los lineamientos establecidos en la Directiva 5 de 2017.
3. Durante el ejercicio de las auditorías internas, el equipo auditor debe contar con la disponibilidad de tiempo y recursos, con el fin de cumplir con los tiempos programados en el plan de auditoria.
4. Establecer de manera clara el diligenciamiento del anexo 5 “Declaración de Impedimento” dado que dentro del procedimiento no es claro quienes deben presentarlo.

|  |
| --- |
| 1. **ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA**   Los responsables de los procesos involucrados en el ejercicio auditor deben elaborar un plan de mejoramiento con base en el análisis de causas realizado y documentado, que contenga las acciones correctivas para subsanar las observaciones y no conformidades detectadas, de acuerdo con el procedimiento 126PE01-PR05 [Plan de Mejoramiento por procesos](http://190.27.245.106:8080/Isolucionsda/BancoConocimientoSDA/8/80041EA3-5530-4037-B0D6-B64313B09B07/80041EA3-5530-4037-B0D6-B64313B09B07.asp?IdArticulo=3208). El tiempo estimado para su formulación será un plazo no mayor a 5 días hábiles desde la fecha de radicación de informe de auditoría definitivo. La entrega del Plan de Mejoramiento deberá surtirse ante la Oficina de Control Interno para la revisión correspondiente y la creación de los códigos en el aplicativo ISOLUCION. |

|  |
| --- |
| 1. **DECLARACIÓN DEL AUDITOR**   La auditoría realizó con base en un muestreo aleatorio que no implica la detección de la totalidad de las situaciones de conformidad o no conformidad u observaciones. La auditoría cumple con los estándares, procedimiento y principios generalmente aceptados. El ejercicio auditor se realizó en concordancia con el rol de evaluación y seguimiento contenido en el artículo 13 del Decreto Nacional No. 648 de 2017 y con las competencias y facultades otorgadas por la legislación colombiana. Los hallazgos no conformes detectados pueden involucrar a otros procesos, dada la naturaleza de integralidad de la auditoria. Durante el ejercicio de auditoria, en la reunión de cierre y con la entrega del informe preliminar de auditoria se aseguró el derecho del auditado a explicar, justificar, defender o contradecir los resultados allegando las evidencias y soportes correspondientes para su valoración y eventual corrección, ajuste, modificación, confirmación, rectificación o eliminación de hallazgos u observaciones del informe preliminar, cuando ello fue procedente. No se presentaron impedimentos o conflictos de intereses que afectaran la independencia y objetividad de la auditoría. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versión** | **Descripción de la Modificación** | **No. Acto Administrativo y fecha** |
| 1 | Adopción | Radicado 2019IE135909 de junio 19 de 2019 |

**Control de cambios**