

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



1. INFORMACIÓN GENERAL		
ORGANIZACIÓN		
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA		
SITIO WEB: www.contraloriavalledelcauca.gov.co		
LOCALIZACIÓN DEL SITIO PERMANENTE PRINCIPAL:		
Dirección del sitio permanente (diferente al sitio principal)	Localización (ciudad - país)	Actividades del sistema de gestión, desarrollados en este sitio, que estén cubiertas en el alcance
Edificio Gobernación 5 y 6 piso	Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia	Control fiscal a la administración y a los particulares que manejen fondos o bienes del Departamento del Valle del Cauca.
Centro Regional de Control Fiscal Cali: Edificio Gobernación, semisótano	Cali, Valle del Cauca, Colombia	Control Fiscal
Centro Regional de Control Fiscal Palmira: Calle 30 Carrera 30 esquina, piso 2,	Palmira; Valle del Cauca, Colombia	Control Fiscal
Centro Regional de Control Fiscal Tuluá: Carrera 23 No. 24-43 Oficina 201	Tuluá, Valle del Cauca, Colombia.	Control Fiscal
Centro Regional de Control Fiscal Cartago: Carrera 6 Calle 11, edificio CAD, piso 2	Cartago, Valle del Cauca, Colombia	Control Fiscal
ALCANCE DE LA CERTIFICACION:		
Control fiscal a la administración y a los particulares que manejen fondos o bienes del Departamento del Valle del Cauca.		
Fiscal control to the administration and the individuals or entities that handle to funds or goods of Valle del Cauca department.		
CÓDIGO IAF: 36		
CATEGORIA DE ISO/TS 22003: NA		
REQUISITOS DE SISTEMA DE GESTION: NTC-GP 1000:2009, ISO 9001:2008.		
GERENTE O DIRECTOR DE LA ORGANIZACIÓN		
Nombre:	Martha Rosmery Castrillon	
Cargo:	Subcontralora	
Correo electrónico	rosmerycastrillon@cdvc.gov.co	
TIPO DE AUDITORIA:	<input type="checkbox"/> Inicial o de Otorgamiento <input checked="" type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Ampliación de alcance <input type="checkbox"/> Reducción de alcance <input type="checkbox"/> Reactivación <input type="checkbox"/> Extraordinaria <input type="checkbox"/> Renovación y actualización	
Aplica toma de muestra por multisitio: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Auditoría combinada: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Auditoría integrada: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



1. INFORMACIÓN GENERAL		
	FECHA	Días de auditoría)
Preparación de la auditoría y elaboración del plan	2016-08-12	0,5
Auditoría en sitio	2016-09-07 al 09	3
EQUIPO AUDITOR		
Auditor Líder	Mauricio Ramirez Pacheco	
Auditor	Lucy Rivera Manrique	
Experto Técnico	NA	
DATOS DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN		
Código asignado por ICONTEC	GP 111-1 - SC3020-1	
Fecha de aprobación inicial	2009-07-21 - 2005-04-27	
Fecha de próximo vencimiento:	2018-07-19 - 2018-07-19	

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA
<ul style="list-style-type: none"> Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión. Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la Organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables en el alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la Organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados. Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS
<ul style="list-style-type: none"> Los criterios de la auditoría incluyen la norma de requisitos de sistema de gestión, la información documentada del sistema de gestión establecida por la organización para cumplir los requisitos de la norma y documentos de origen externo aplicables. El alcance de la auditoría, las unidades organizacionales o procesos auditados se relacionan en el plan de auditoría, que hace parte de este informe. La auditoría se realizó por toma de muestra de evidencias de las actividades y resultados de la Organización y por ello tiene asociada la incertidumbre, por no ser posible verificar toda la información documentada. Se verificó la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales o reglamentarios aplicables en el alcance del sistema de gestión, establecidos mediante su identificación, la planificación de su cumplimiento, la implementación y la verificación por parte de la Organización de su cumplimiento. El equipo auditor manejó la información documentada suministrada por la Organización en forma confidencial y la retornó a la Organización, en forma física o eliminó la entregada en otro medio, solicitada antes y durante el proceso de auditoría. Al haberse ejecutado la auditoría de acuerdo con lo establecido en el plan de auditoría, se cumplieron los objetivos de ésta. ¿Se evidenciaron las acciones tomadas por la Organización para solucionar las áreas de preocupación, reportadas en el informe de la Etapa 1? (Se aplica solo para auditorías iniciales o de otorgamiento): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/>

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- Si se aplicó toma de muestra de múltiples sitios, indicar cuáles sitios permanentes se auditaron y en que fechas: 2016-09-08 CERCOFIS CALI y CERCOFIS PALMIRA

- En el caso de Sistema de Gestión de la Calidad están justificadas las exclusiones acorde con lo requerido en el numeral 1.2 de la norma ISO 9001:2008, o la no aplicabilidad de algún requisito acorde con lo requerido en el numeral 4.3 de la norma ISO 9001:2015 o en el numeral 1 de las ISO/TS 22002 en sus diferentes partes?

Si ☒ No ☐ NA ☐

7.3 DISEÑO Y DESARROLLO:

La entidad no diseña no desarrolla productos, debido a que presta servicio de control fiscal al patrimonio público y está regulado por la legislación Colombiana.

7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN:

La entidad no utiliza equipos de seguimiento y medición para la prestación del servicio. Los seguimientos se realizan a través de los comités y mesas de trabajo.

Estas exclusiones fueron validadas en la auditoría de campo. Estas exclusiones evaluadas no afectan la capacidad o responsabilidad de la organización para proporcionar productos que cumplan con los requisitos del cliente y los reglamentarios aplicables.

- ¿Se auditaron actividades en sitios temporales o fuera del sitio (Por ejemplo instalaciones de cliente, proyectos (de acuerdo al listado de contratos o proyectos entregado por la Organización)?:

Si ☐ No ☐ NA ☒

- ¿En el caso de los esquemas en los que es aplicable el requisito de diseño y desarrollo del producto o servicio (Por ejemplo el numeral 8.3 de la norma ISO 9001:2015 ó 7.3 de la norma ISO 9001:2008), este se incluye en el alcance del certificado?:

Si ☐ No ☒

- ¿Existen requisitos legales para el funcionamiento u operación de la Organización o los proyectos que realiza, por ejemplo habilitación, registro sanitario, licencia de funcionamiento, licencia de construcción, licencia o permisos ambientales en los que la Organización sea responsable?:

Si ☐ No ☒.

- ¿Se evidencian cambios significativos en la Organización, desde la anterior auditoría, por ejemplo relacionados con alta dirección, estructura organizacional, sitios permanentes bajo el alcance de la certificación, entre otros?

Si ☒ No ☐

Cambio de administración

Nuevo plan estratégico 2016-2019

- ¿Se auditaron actividades en turnos nocturnos?

Si ☐ No ☒

En caso afirmativo descríbalas,

- ¿Se encontraron controlados los procesos de origen externo (out sourcing), cuyo resultado incide en el producto o servicio y que hacen parte del alcance de certificación

Si ☐ No ☐ No aplica ☒.

En caso afirmativo relacione los procesos de origen externo

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

En caso afirmativo incluir si el control:

- ☐ Lo ejerce la Organización en la recepción del resultado del proceso o servicio
- ☐ El control esta compartido entre la Organización y el proveedor

- ¿Se presentaron, durante la auditoria, cambios que hayan impedido cumplir con el plan de auditoría inicialmente acordado con la Organización?

Si ☐ No ☒,

En caso afirmativo, cuáles:

- ¿Existen aspectos o resultados significativos de esta auditoría, que incidan en el programa de auditoría del ciclo de certificación?

Si ☐ ☒ No ☐,

Si es afirmativo describa cuáles requisitos de la norma de sistema de gestión, se ven afectados del programa de auditoría:

- ¿Quedaron puntos no resueltos en los casos en los cuales se presentaron diferencias de opinión sobre las NC identificadas durante la auditoría?

Si ☒ No ☐

Durante la auditoria de seguimiento correspondiente al 2016 realizada en la fecha 2016-09-07 al 09, se declaró una no conformidad Mayor y se dejó una no conformidad menor sin cerrar. Se programó visita complementaria para 09 de diciembre fecha en la cual no se pudo determinar la eficacia de los planes de acción y por diferencias conceptuales, la entidad solicito cancelación del servicio y nueva programación de la auditoria.

La nueva vista complementaria se llevó a cabo el viernes 03 de febrero de 2017 por parte de la auditora Lucy Rivera Manrique. En esta fecha se justificaron los cambios propuesto por la organización soportados en informe aplicando los cambios legales a las que se debe ajustar la entidad e incorporados por la nueva administración.

- Se verificó si la Organización implementó o no, el plan de acción establecido para solucionar las no conformidades menores pendientes de la auditoría anterior de ICONTEC y si fueron eficaces

NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz la acción? Si/No
1	<p>El equipo auditor designado para realizar las auditorías regulares en el Hospital Zarzal y en la Alcaldía Versalles, no cumplen con la competencia requerida para dar cumplimiento a los objetivos establecidos en el memorando de asignación</p> <p>“Evaluar y conceptuar sobre el grado de avance de la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en sus cuatro componente Habilitación, auditoría acreditación, y el sistema de información para la calidad en salud”</p>	<p>Se tomó un muestreo para verificar la eficacia de las acciones implementadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditoría Regular Acuavalle. • Auditoría Regular Municipio Florida. • Auditoría Regular Candelaria <p>Se evidenció que el equipo auditor cumple con la competencia requerida para dar cumplimiento a los objetivos planteados en los memorando de asignación</p>	SI

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
	“Evaluar y conceptuar sobre la gestión e inversión ambiental”		
2	<p>Se presenta falta de impulso al expediente No. SOIF-055-14, Hospital Cartago, del 26 de junio de 2014 al 04 de mayo de 2015.</p> <p>El expediente No. SOIF- 055-14, HOSPITAL CARTAGO Se apertura proceso de responsabilidad fiscal el 30 de mayo de 2014. Se notifica por aviso el 11 de junio y se desfija el 17 de junio de 2014 No hay acta de no comparecencia del gerente del hospital a la versión libre programada para el 26 de junio de 2014. El 04-may-2015, el gerente hospital otorga poder y se reconoce personería El 28 de mayo de 2015, el abogado cita a versión libre a los presuntos responsables. El 29 de mayo de 2015, Solicita información al presunto responsable (7.5.1)</p>	<p>Se tomó un muestreo de los expedientes para verificar la eficacia de las acciones implementadas.</p> <p>EXP No. SOIF-035-15 Apertura responsabilidad fiscal, 04-marzo-2016 Reasignación → 02-jun-2016 - A la fecha de la auditoría no se ha realizado ninguna actuación, desde el 27 de junio de 2016</p> <p>EXP No. 069-15 Auto Apertura del 17-mar-2016 Ultima actuación práctica de pruebas el 08 de julio de 2016</p> <p>Exp No. 023-15 Auto apertura → 25-feb-15 Se reasigna el expediente el 21-may-15 Primera actuación luego de asignado el 20-oct-15</p> <p>Se reasigna el expediente el 12-ene-2016 Última actuación, Versión libre el 30-jun-16.</p> <p>EXP No. 050-15 Auto Apertura del 09-sep-2015 Citación pruebas el 08-oct-2015 Se reasignó el 27-jun-2016 a la fecha no se ha realizado ninguna actuación.</p> <p>Teniendo en cuenta el resultado del muestreo no se puede cerrar la no conformidad porque se sigue presentando falta de impulso sin causa justificada.</p>	NO
<p>Se programa auditoría complementaria para el 09 de diciembre de 2016, la entidad no recibe al auditor, manifestando que ese día no laboran, se reprograma para el 22 de diciembre, de acuerdo a la disponibilidad de la agenda del auditor.</p>			

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

4.1 Oportunidades de mejora

- Fortalecer la ausencia de análisis de datos e información que se genera de las denuncias presentadas por la comunidad, que les permita identificar nuevas oportunidades para mejorar el control social participativo.
- La alineación y coherencia del plan de acción del proceso de Participación Ciudadana con el plan estratégico de la entidad, que contribuya al cumplimiento de los propósitos organizacionales.
- La planificación de las actividades del proceso de Participación Ciudadana para atender las denuncias de la comunidad, facilitar el seguimiento y control al tratamiento dado.
- Mejorar la identificación de los riesgos de los procesos de Participación Ciudadana y Responsabilidad Fiscal, que le impidan cumplir con los objetivos propuestos por la alta dirección.
- La oportunidad en la atención y tratamiento dado a las denuncias presentadas por la comunidad, que les permita evitar detrimento patrimonial en los sujetos de control.
- La definición de un instrumento para hacer seguimiento y control a la gestión y materialización de los riesgos, para que se convierta en un elemento de entrada para la actualización de los mapas de riesgos de cada proceso.
- Fortalecer el análisis de contexto externo, teniendo en cuenta los factores macro y del sector de las Contralorías.
- La apropiación de la nueva planeación estratégica de la entidad por parte de los líderes de procesos y su despliegue para el cumplimiento de los objetivos propuestos por la alta dirección.
- La revisión por la dirección, asegurando que se tenga en cuenta todos los elementos de entrada como el resultado de producto no conforme y resultado de las revisiones previas.
- Fortalecer el registro de los reclamos o quejas que se presentan por la gestión que lleva a cabo la Contraloría a los sujetos de control.
- Continuar fortaleciendo el registro del producto no conforme que se presenta en el proceso de control fiscal en las etapas de planificación y ejecución de las auditorías. (asignaciones, competencia equipo auditor, entre otros.)
- Es importante fortalecer la conformación de hallazgos por parte del proceso de Control Fiscal, que facilite la apertura de proceso verbal y disminuir las indagaciones preliminares. En el 2015 de 140 expedientes aperturados, se archivaron 87, así mismo, en el 2016 de 167 expedientes aperturados se archivaron 143.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- Los criterios utilizados para medir la eficiencia en la gestión de los sujetos de control, teniendo en cuenta que está enfocada en la optimización de recursos para el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- Mejorar la celeridad de los procesos de Responsabilidad Fiscal para cumplir con las directrices de la alta dirección.
- La oportunidad en los controles de la sustanciación de los expedientes del proceso de Responsabilidad Fiscal, les permitirá identificar desviaciones y tomar acciones oportunas.
- Fortalecer la apertura de procesos verbales para mejorar la celeridad en los procesos de Responsabilidad Fiscal.
- El registro de los riesgos materializados en los procesos de Responsabilidad Fiscal y Participación Ciudadana, les sirva como elemento de entrada para actualizar los mapas de riesgos.
- La evaluación de los conocimientos en el proceso de selección les permitiría identificar las necesidades de competencia del personal.
- La retroalimentación al personal de los resultados obtenidos en los procesos de selección, para la documentación de planes de acción para desarrollar las competencias requeridas.
- Seguimiento y control a la asistencia de las capacitaciones por parte del personal para el cierre de las brechas.

4.2 Hallazgos que apoyan la conformidad del sistema de gestión con los requisitos.

- El tiempo asignado a las entrevistas de auditoría interna, le ha permitido al equipo auditor ampliar el tamaño de las muestras y detectar mayores oportunidades de mejora y posibles desviaciones.
- Los hallazgos reportados en la auditoría interna de calidad, genera valor agregado a los auditados para mejorar el desempeño de los procesos.
- El tamaño de la muestra tomado por el equipo auditor en el proceso de Responsabilidad Fiscal, permitió identificar desviaciones y la repetitividad de la no conformidad menor reportada en el auditoría externa del año anterior.
- Las capacitaciones dadas al equipo auditor para mantener y mejorar la competencia.
- La gestión llevada a cabo para mejorar la cobertura de los sujetos auditados del 74% en el 2014 al 99% en el 2015.
- La gestión llevada a cabo la mejorar la productividad en el proceso de Control Fiscal de 3,31 en 2014 a 5,35 en 2015.
- Las mesas de trabajo que se llevan a cabo en el proceso de Control Fiscal, para hacer seguimiento y control a la gestión de las auditorías regulares y especiales para dar cumplimiento a los objetivos propuestos en el memorando de asignación.
- La alineación de las pruebas psicotécnicas con el perfil del cargo, les ha facilitado la identificación de las brechas en competencias del personal.

5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

5.1. Análisis de la eficacia del sistema de gestión certificado

La entidad cuenta con un procedimiento para la recepción y tratamiento a las quejas, reclamos y denuncias de la comunidad y entidades.

En el 2015, se registraron 120 quejas, de las cuales 52 por contratación, 23 por irregularidad en la Administración Municipal. Así mismo, se registro 57 denuncias, de las cuales 18 por contratación, 15 por irregularidad en la Administración y 9 por calidad en las obras.

En lo corrido del 2016, se han registrado 163 denuncias, de las cuales 67 por contratación, 36 por irregularidades en la Administración Municipal, 23 por irregularidad entidad de salud,

Se evidenció falla en el análisis y en la toma de acciones correctivas para mejorar la gestión en la oportunidad. Se reporta una no conformidad mayor.

En los casos que aplique verificar que la Organización haya informado a ICONTEC durante los plazos especificados en el Reglamento ES-R-SG-001 eventos que hayan afectado el desempeño del sistema de gestión certificado, relacionados con el alcance de certificación que sean de conocimiento público. El auditor verificará las acciones pertinentes tomadas por la Organización para evitar su recurrencia y describirá brevemente como fueron atendidas.

¿Existen quejas de usuarios de la certificación recibidas por ICONTEC durante el último periodo evaluado? (Aplica a partir del primer seguimiento)?

Si ☐ No ☒ NA ☐

Se evidencia la capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados? :

Si ☐ No ☒.

No se logró evidenciar el compromiso de la alta dirección con el Sistema de Gestión de Calidad, se evidenció la repetitividad de la no conformidad menor reportada al proceso de Responsabilidad Fiscal en el 2015, se realizó auditoría complementaria y no se logró cerrar la no conformidad menor del 2015, y la no conformidad mayor reportada en la auditoría del 2016. Tampoco se logró entrevistar al Contralor Departamental, se dio cita para el viernes 23 de diciembre de 2016 a las 10am y fue incumplida.

¿Los riesgos identificados por la Organización, en el alcance de su sistema de gestión, se han controlado de manera eficaz?

Si ☒ No ☐

En caso positivo la eficacia de control se basa en disminuir la probabilidad del riesgo? Si ☒ No ☐.

¿Se concluye que el alcance del sistema de gestión es apropiado frente a los requisitos que la Organización debe cumplir? (consultar ES-P-SG-02-A-001)

Si ☒ No ☐.

5.2. Recurrencia de no conformidades detectadas en auditorías previas del ciclo de certificación

Auditoría	Número de no conformidades	Requisitos
Renovación 2015	2	7.5.1
1ª de seguimiento del ciclo 2016	4	5.4.1-6.2-7.2.3-8.2.2
2ª de seguimiento del ciclo	NA	NA

¿Se evidencia recurrencia de no conformidades detectadas en las auditorías de ICONTEC en el último

5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTION
ciclo de certificación? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En el numeral 7.5.1
5.3 Análisis del proceso de auditoría interna
Se realizó un ciclo de auditoría interna de calidad entre el 25 de mayo al 30 de junio de 2016, se auditó todos los procesos identificados en el sistema de gestión de calidad, se auditó el CERCOFIS de Tuluá No se auditaron los Cercofis de Cartago, Cali y Palmira.
5.4 Análisis de la revisión del sistema por la dirección
En agosto de 2016, se llevó a cabo la revisión por la dirección con la participación de los líderes de los procesos, no se tuvo en cuenta todos los elementos de entradas establecidos por la norma NTC-GP 1000, faltó producto no conforme y resultados de la revisión previa, no se logró entrevistar al Contralor Departamental porque no se encontraba en la ciudad.

6. USO DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTION Y DE LA MARCA O LOGO DE LA CERTIFICACION
<ul style="list-style-type: none"> ¿El logo o la marca de conformidad de certificación de sistema de gestión de ICONTEC se usa en publicidad (página web, brochure, papelería, facturas, etc...)? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>. ¿La publicidad realizada por la Organización está de acuerdo a lo establecido en el reglamento ES-R-SG-001 y el Manual de aplicación ES-M-SG-001? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>. ¿El logo o la marca de conformidad se usa sobre el producto o sobre el empaque o el envase o el embalaje del producto, o de cualquier otra forma que denote conformidad del producto? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>. ¿Se evidencia la adecuación de la información contenida en el certificado (vigencia del certificado, logo de organismo de acreditación, razón social registrada en documentos de existencia y representación legal, direcciones de sitios permanentes cubiertos por la certificación, alcance, etc.?) Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>.

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



7. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INFORME		
Anexo 1	Plan de auditoría ES-P-SG-02-F-002	X
Anexo 2	Información específica de esquemas de certificación de sistema de gestión	NA
Anexo 3	Suplemento del informe de auditoría.	X

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



La siguiente sección del informe de auditoría (Anexo 3), se completará luego de la reunión de cierre de acuerdo con los resultados de la misma.

ANEXO 3. SUPLEMENTO DEL INFORME DE AUDITORÍA.

- Se recibió la propuesta de correcciones, análisis de causas y acciones correctivas para la solución de no conformidades el 2016-09-30 y recibieron observaciones por parte del auditor líder.
- Las correcciones, análisis de causas y acciones correctivas propuestas por la organización, fueron aceptados por el auditor líder el 2016-10-14

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



PROPUESTA DE CORRECCIONES, CAUSAS Y ACCIONES CORRECTIVAS.

#	Descripción de la no conformidad / Evidencia	Clasificación (mayor o menor)	Requisito(s) de la norma, en caso de auditoría combinada o integrada indicar la designación de la norma	Corrección propuesta / Evidencia de la Corrección y fecha de implementación	Análisis de causas (indicar la(s) causa (s) raíces)	Acción correctiva propuesta/ /Evidencia de la Acción correctiva y fecha de implementación
1	No se ha comisionado 55 denuncias presentadas por la comunidad durante los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2016, tiempo establecido por la entidad para atender las denuncias 15 días hábiles. Evidencia: Matriz Excel de control	MAYOR	7.2.3	Comisionar las denuncias de acuerdo con el trámite a seguir para su atención (Traslado por competencia, traslado a proceso auditor, solicitud de apoyo a otras dependencias, trámite directo por solicitud de información o por visita fiscal comisionadas 30/09/2016	No se ha realizado clasificación y análisis del contenido de las denuncias presentadas por la comunidad.	Dar cumplimiento a los términos establecidos para comisionar las denuncias allegadas a la entidad por los peticionarios. 12/12/2016
2	No se cuenta con indicadores para medir los objetivos estratégicos y de calidad: "Fortalecer la Vigilancia	MENOR	5.4.1	Se ajustara el contexto estratégico interno y externo que conlleve a definir los indicadores de medición de todos los objetivos estratégicos y de calidad	Falto realizar análisis del contexto estratégico de una forma más profunda tanto estadístico, perceptivo y de legalidad, lo que conduce a no formular indicadores suficientes para la medición de los objetivos estratégicos.	Redefinición de las actividades de los procesos Control Fiscal, Participación Ciudadana y Recursos Informáticos y revisar permanentemente los mismos. Se implementaran el 30 de noviembre de 2016.

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



	a la gestión Fiscal Ambiental” “Fortalecer la Participación Ciudadana e Institucional en el Control fiscal,”					
3	<p>No se ha proporcionado formación o tomado otras acciones para satisfacer las necesidades de conocimiento y competencia identificadas en el proceso de selección por parte de la psicóloga.</p> <p>Evidencia: Diego Mauricio Lopez, Director Operativo de Control Fiscal, ingreso 20 abril 2016, Competencias: Comunicación efectiva y Toma de decisiones</p> <p>Alexander Salguero Rojas, Director</p>	MENOR	6.2	<p>Se revisará el Procedimiento de Entrenamiento de Funcionarios para la formación y desarrollo de competencias de éstos.</p> <p>Septiembre 20 de 2016</p>	<p>1. El Plan Institucional de Formación y Capacitación no contempla todas las temáticas determinadas en los perfiles psicológicos, de tal forma que permita un efectivo cierre de brechas.</p> <p>2. Baja participación de los nuevos funcionarios en las capacitaciones programadas para cierre de brechas.</p>	<p>1. Actualización permanente del Plan Institucional de Formación y Capacitación acorde a las necesidades del cierre de brechas, teniendo en cuenta los funcionarios activos y nuevos. Febrero 28-2017</p> <p>2. Suscribir Plan de Acción de conocimientos y competencias entre el funcionario y los responsables del seguimiento del procedimiento de entrenamiento, con la finalidad de garantizar la participación y autocapacitación en el proceso de formación y cierre de brechas. Febrero 28 de 2017.</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



<p>Operativo de Comunicaciones y participación ciudadana</p> <p>Formación: Normas participación ciudadana y Comunicación pública</p> <p>Competencias: Liderazgo, Relaciones interpersonales, Dirección y desarrollo de personal</p> <p>Andres Murillo, Jefe Control Interno, ingresó 04-mayo-2015</p> <p>Competencia: 67% Liderazgo, Relaciones interpersonales, Orientación al usuario, Dirección y desarrollo personal, Comunicación asertiva, Manejo estrés.</p> <p>Dagoberto Cabrera Buritica, Subdirector Técnico Cercofis Palmira, ingresó el 9-febrero-2016</p> <p>Competencia: 86% Liderazgo, Relaciones interpersonales, Dirección y desarrollo</p>					
--	--	--	--	--	--

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



	de personal, Toma de decisiones.					
4	<p>Aunque se han documentado correcciones, no se han identificado las causas que generaron las no conformidades reportadas en la auditoría interna de calidad realizada en junio de 2016</p> <p>Evidencia:</p> <p>Procesos de Control Fiscal, Responsabilidad Fiscal, Participación Ciudadana</p>	MENOR	8.2.2	<p>Se reevaluarán las causas raíz, las correcciones y acciones correctivas, presentadas por Control fiscal, Responsabilidad fiscal y Participación ciudadana detectadas como NC en la ASIG 2016</p> <p>30-09-16</p>	<p>Falta de análisis en la revisión de los planes de mejoramiento presentados por los procesos.</p>	<p>Revisión detallada de las acciones correctivas que presenten los procesos para que garanticen que las mismas apunten a la eliminación de las causas que originan la NC determinadas en la ASIG 2016; 30-03-17</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



10. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA

NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz la acción? Sí/No
1	<p>NO CONFORMIDAD MENOR DE LA AUDITORÍA REALIZADA EN EL 2015</p> <p>Se presenta falta de impulso al expediente No. SOIF-055-14, Hospital Cartago, del 26 de junio de 2014 al 04 de mayo de 2015.</p> <p>El expediente No. SOIF- 055-14, HOSPITAL CARTAGO</p> <p>Se apertura proceso de responsabilidad fiscal el 30 de mayo de 2014.</p> <p>Se notifica por aviso el 11 de junio y se desfija el 17 de junio de 2014</p> <p>No hay acta de no comparecencia del gerente del hospital a la versión libre programada para el 26 de junio de 2014.</p> <p>El 04-may-2015, el gerente hospital otorga poder y se reconoce personería</p> <p>El 28 de mayo de 2015, el abogado cita a versión libre a los presuntos responsables.</p> <p>El 29 de mayo de 2015, Solicita información al presunto responsable (7.5.1</p>	<p>Lectura del procedimiento M2P6-01 Versión de fecha 05 Septiembre 2016.</p> <p>Se evidenció informe del mes de octubre, con el análisis del proceso de responsabilidad fiscal en el que se analizó la recurrencia dela falta de impulso.</p> <p>El proceso de acuerdo la ley 610 del 2000 artículo 41 Considerando la legislación vigente, que los procesos tiene 5 años para la prescripción.</p> <p>una vez llegue el hallazgo auto comisorio dentro 5 a 10 días se solicita al abogado para que lo apertura, se notifican personales y se otorgan 5 días la ley ordena que de los contrario por aviso (5días), inicio de investigación la ley dice que tiene hasta 2 años ley 14 74, para practicar pruebas y/o citar a versión libre</p> <p>Imputación de responsabilidad fiscal dentro de 10 días siguiente, el investigado tiene derecho a alegatos de imputación.</p> <p>Se evidenció análisis de causas raizales ajustar el procedimiento de responsabilidad fiscal</p> <p>La dificultad de la gestión se da en los primeros 2 años.</p> <p>Del 2012 al 2015 llegaron 880 hallazgo para 6 abogados de carrera administrativa y 3 de planta temporal empezó en el 2013</p> <p>Al 31 de dic 2011 venían 115 expedientes activos</p> <p>Se abrieron 852 expedientes o procesos más los 115 expedientes 967</p> <p>Al 31 de diciembre 2015 se evacuaron 562 a la administración que inicia 2016 se inicia con 405 expedientes y durante</p>	SI

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

10. RESULTATDO DE LA REVISION DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA

		<p>el año se aperturaron 108 expedientes total 513.</p> <p>Para 2016 de los 513 se evacuaron 214 y la vigencia 2017 comienza con 299</p> <p>No se evidenció vencimiento de términos de ley que pudieran poner en riesgo ni prescripción ni caducidad para el proceso que repercute en la entidad.</p> <p>Se tomó un muestreo de los expedientes para verificar la eficacia de las acciones implementadas.</p> <p>SOIF 055 -2013 empresas de recurso tecnológicos se apertura proceso de responsabilidad fiscal 11 de abril 2013, se notifica personal 2 de mayo y por edicto 10 de mayo de 2013, la des fijación del edicto es el 24 de mayo de 2013.</p> <p>23 de julio 2014 hay auto de trámite se ordena auto de trámite para subsanar la notificación; exposición libre y espontánea 24 julio 2013, 28 de noviembre 2014</p> <p>el último acto administrativo fue el 28 de octubre posición del apoderado, el profesional sustanciador del expediente sale de cargo y vuelve a ser vinculada en nuevo cargo.</p> <p>Dentro de los requisitos legales de la contraloría departamental no puede asignar a profesionales por contrato, deben hacer definieron de planta temporal y por recursos no ha sido posible.</p> <p>Entrega de cargo como subdirectora operativa de investigaciones fiscales y de procesos adelantados a la fecha.</p> <p>En la revisión trimestral a 30 de diciembre se determina con compromiso para estudiar imputación de responsabilidad fiscal para febrero 24 de 2017.</p> <p>SOIF 180 -2013 instituto INCIVA se apertura proceso de responsabilidad fiscal 25 de abril 2013, se notifica por edicto 31 de mayo de 2013, versión libre 23 de julio 2013. Segunda versión libre 23 julio, decreta pruebas de 14 agosto</p>		
--	--	--	--	--

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



10. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA

		<p>2014, auto de reacción de expediente, luego otra reasignada total 4 veces, el 27 de julio 2016 requiere solicitud de documentos, documentos 10 octubre 2016. Este para estudio y tomar una decisión.</p> <p>Teniendo en cuenta el resultado del muestreo se puede cerrar la no conformidad porque no se evidenció vencimiento de términos de ley que pudieran poner en riesgo de prescripción ni caducidad para el proceso que repercute en la entidad.</p> <p>Se cierra la no conformidad</p>	
2	<p>NO CONFORMIDAD MAYOR DE LA AUDITORIA SEG 2016.</p> <p>No se ha comisionado 55 denuncias presentadas por la comunidad durante los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2016, tiempo establecido por la entidad para atender las denuncias 15 días hábiles.</p>	<p>Se leyó el procedimiento recepción para la recepción y tramite de peticiones y denuncias M2P4-05 versión 16 de septiembre 05 2016</p> <p>El nuevo responsable del proceso llego al cargo en el mes de abril en el cual se identificaron el incumplimiento de lagunas nueva legislación como el nombre de las quejas paso a denuncias y derechos de petición de acuerdo a la ley 1757 de 2015 por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática</p> <p>Artículo 70 adicione un artículo a la ley 850 de 2003 :</p> <p>Evaluación y determinación de competencia</p> <p>Atención inicial y recaudo de pruebas</p> <p>Traslado al proceso auditor, responsabilidad fiscal o entidad competente.</p> <p>Respuesta al ciudadano</p> <p>Las denuncias están publicada en la página web</p> <p>Consolidado de hallazgos de 2016</p> <p>Disciplinarios 90</p> <p>Penales 19</p> <p>Fiscales 16</p> <p>Monto de los hallazgos 1.725.800.035</p> <p>Comparado con 2015 en pesos 375.981.274 vs 1.725.800.035</p> <p>Total 232 atendidas en 6 meses 97</p> <p>Alcaldía Jamundí, Municipio agua, gobernación, hospitales</p>	SI

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



10. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA

		<p>Causales: contratación, aspectos disciplinarios de la administración municipal, negligencia en prestación de salud.</p> <p>2015 117 denuncias en 2016 232 se aumentó las redes para que la comunidad denuncie, de mejora la calidad de atención a la comunidad, se han desarrollado ejercicios de capacitación a la ciudadanía.</p> <p>Circulo de mejoramiento No. 01 de 2017 de 30 de enero.</p> <p>En la hoja de los indicadores No se identifican indicadores de gestión de la eficacia de la respuesta a las denuncias. El procedimiento es reciente y se están ajustando a los nuevos cambios de la legislación. En el cual se cambia los tiempos de gestión de 15 a 8 meses. Cuando se realizó la auditoria del 2016 no se había cambiado el procedimiento Se unifico el informe DC 11 2016 Aseobando ESP SA del 16 de abril Pendiente hoja de vida para levantar los hallazgos y elaborar el informe final. OK.</p> <p>Se cierra la no conformidad.</p>		
--	--	--	--	--

11. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR DE ACUERDO CON EL ES-R-SG-001

Se recomienda otorgar la Certificación del Sistema de Gestión	
Se recomienda actualizar el certificado del Sistema de Gestión	
Se recomienda mantener el alcance del certificado o del Sistema de Gestión?	X
Se recomienda mantener el alcance y actualizar a nueva versión el certificado del Sistema de Gestión	
Se recomienda mantener el certificado y ampliar alcance del Sistema de Gestión	
Se recomienda mantener el certificado y reducir alcance del Sistema de Gestión	
Se recomienda renovar el certificado del Sistema de Gestión	
Se recomienda renovar el certificado y actualizar a nueva versión	
Se recomienda renovar el certificado y ampliar alcance del Sistema de Gestión	
Se recomienda renovar el certificado y reducir alcance del Sistema de Gestión	
Se recomienda ampliar el alcance del certificado del Sistema de Gestión	
Se recomienda ampliar el alcance y actualizar a nueva versión	
Se recomienda reducir el alcance del certificado	
Se recomienda reducir el alcance y actualizar a nueva versión	
Se recomienda reactivar el certificado	

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



11. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR DE ACUERDO CON EL ES-R-SG-001				
Se recomienda restaurar el certificado, una vez finalice el proceso de renovación				
Se recomienda suspender el certificado				
Se recomienda cancelar el certificado				
Se recomienda no otorgar el certificado				
Se recomienda no renovar el certificado				
Se recomienda no ampliar el alcance certificado				
Se recomienda no reactivar el certificado				
Se recomienda no restaurar el certificado				
Nombre del auditor líder: <i>Mauricio Ramírez Pacheco</i> <i>Lucy Rivera Manrique (verificación complementaria)</i>	Fecha	2016	12	26

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.