

Informe Definitivo de Auditoría

NOMBRE DEL PROCESO	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
LIDER DE PROCESO	GERMÁN ARMANDO CORREA AMADO Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
AUDITORES	ANDREA DEL PILAR LEÓN RODRÍGUEZ Auditor Ad Hoc (Acta 03 del 08/05/2023) KAREN ANDREA LEÓN DURÁN Contratista (Apoyo) JULIE ANDREA FANDIÑO PINTO Contratista (Apoyo)
FECHA DE AUDITORIA	junio de 2023

OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Evaluar las actividades realizadas en la implementación, desarrollo y madurez del del Sistema de Gestión de la Calidad, Sistema de Gestión Ambiental y Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, verificando el cumplimiento de la normatividad aplicada.

ALCANCE DE LA AUDITORIA

La auditoría tendrá un alcance comprendido entre el 1° de enero de 2022 al 30 de abril de 2023.

CRITERIO DE AUDITORIA

- Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015 “Sistemas de Gestión de la Calidad.
- Norma Técnica Colombiana ISO 14001:2015 “Sistemas de Gestión Ambiental.
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 19011 “Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental”.
- Norma Técnica NTC-ISO Colombiana 45001:2018 “Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo — Requisitos con Orientación para su uso”
- Ley 872 de 2003 "Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios".
- Ley 1562 de 2012 “Por La Cual se Modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se Dictan Otras Disposiciones en Materia de Salud Ocupacional”
- Ley 1753 de 2015 artículo 133
- Ley 1616 de 2013 “Por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 614 de 1984 “Por el cual se determinan las bases para la organización y administración de Salud Ocupacional en el país”

- Decreto 1443 de 2014 “Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)”.
- Decreto 1072 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo”.
- Decreto 1499 de 2017 artículo 2.2.22.3.12
- Resolución 2013 de 1986 “por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo”.
- Resolución 1016 de 1989 “Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país”.
- Resolución 652 de 2012, Ministerio del Trabajo “Por la cual se establece la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral en entidades públicas y empresas privadas y se dictan otras disposiciones”.
- Resolución 0409 del 10 de agosto de 2018 FONPRECON.
- Resolución 0312 de 2019, “Por la cual se definen los estándares mínimos del sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST”.
- OHSAS 18001:2007
- Circular 0064 del 7/10/2020 Ministerio de Trabajo y Protección Social - Riesgo Psicosocial.
- Procedimientos de área (SGC)
- Mapa de Riesgos de Gestión

FICHA TÉCNICA

- Se evaluaron los 5 procedimientos asociados al proceso de Gestión de la Calidad revisando las actividades, la pertinencia y efectividad de cada uno de los controles, tiempos, responsables, registros y formatos correspondientes a cada uno de ellos.
- Se verifica la pertinencia y efectividad de cada uno de los controles del Mapa de Riesgos de Gestión de Calidad.
- Se analiza el cumplimiento de las normas ISO 9001:2015, ISO 45001:2018 y ISO 14001/2015
- Se validó el cumplimiento del Programa de Auditorías Internas, objetivos de calidad e Indicadores de Calidad.
- Se verificó el cumplimiento del plan de SST de acuerdo con el cronograma establecido para el año 2022 y 2023 con los soportes entregados por el Asesor de calidad de la entidad.
- Se evaluó el cumplimiento normativo interno y externo del COPASST, Comité de Convivencia y Brigada de Emergencia.
- Se realizó la revisión y análisis de los indicadores del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión ambiental.
- Se hace la revisión del Listado Maestro de Documentos versión 12, comparando con los documentos cargados en la nube del SGC, la cual es de consulta de todos los funcionarios,

- Se valida que el listado de documentos actualizados 2022 y 2023 corresponda con la información del LMD y la nube del SGC.
- Se evalúa el Plan de Emergencias, el Programa de manejo de residuos, política ambiental.

EJECUCIÓN PROCESO AUDITOR

El día 08 de mayo de 2023, mediante Acta 03 el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno designó a la Dra. Andrea del Pilar León Rodríguez como auditor Ad hoc para la auditoria al Sistema de Gestión de la Calidad, la cual fue notificada mediante memorando No. 2023-200-001182-3 de fecha 12 de mayo de 2023, una vez notificada, se realizó la instalación de la auditoria mediante memorando 2023-200-001194-3 el 15 de mayo del 2023 dirigido al Dr. Germán Armando Correa Amado, Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

Una vez iniciada la auditoría se realizó la primera solicitud de información relacionada con:

- Listado Maestro de Control de Documentos.
- Programa de Auditorías Internas de Calidad y su ejecución
- Listado de riesgos y fallas detectados a la fecha de corte de la auditoria y los planes de tratamiento.
- Listado de los documentos creados y actualizados para el periodo comprendido entre el 1° de enero al 31 de diciembre de 2022 y del 1° de enero al 30 de abril del 2023
- Indicadores de los objetivos de calidad mencionados dentro del Manual del Sistema de Gestión de Calidad Punto 8.2.
- Plan de seguridad y salud en el trabajo 2022 y 2023
- Programa de inducción de SST para personal que ingresó bajo vinculación por nómina o por contrato a la entidad, para el periodo comprendido entre el 1° de enero al 31 de diciembre de 2022 y del 1° de enero al 30 de abril del 2023.
- Programa de capacitación en SST 2022 y 2023 y soporte de la ejecución del programa para funcionarios y contratistas.
- Actas del COPAST
- Actas del Comité de Convivencia Laboral
- Quejas recibidas presentada al Comité de Convivencia Laboral para el periodo comprendido entre el 1° de enero al 31 de diciembre de 2022 y del 1° de enero al 30 de abril del 2023,
- Contrato con el clausulado contractual del Asesor de Calidad años 2022 y 2023.
- Designación del responsable del SST años 2022 y 2023
- Informes de medición ambiental emitidos por otras entidades.
- Indicadores de SST 2022 y 2023
- Acta de conformación de la brigada de emergencia y sus modificaciones.
- Plan de emergencias y contingencias vigente.
- Copia de la política ambiental
- Programa de manejo de residuos 2022 y 2023
- Indicadores Sistema de Gestión Ambiental
- Cronograma de capacitaciones en el Sistema de Gestión Ambiental

Adicionalmente, se evaluó el mapa de riesgos de gestión y los procedimientos aplicables al proceso de calidad dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad.

I. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Sistema de Gestión de la Calidad creado en Colombia por la Ley 872 de 2003 en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios, reglamentada por el Decreto Nacional 4110 de 2004, el cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos y entidades del Sector Central y del Sector Descentralizado por servicios, de la Rama Ejecutiva del Poder Público del orden Nacional.

Así mismo en la búsqueda del mejoramiento permanentemente y, para garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y expectativas de la ciudadanía y generar resultados con valores, se adopta, mediante el Decreto 1499 de 2017 la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, mecanismo que facilita la integración y articulación de los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y lo articula con el Sistema de Control Interno.

La entidad cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad el cual ha sido auditado y certificado por ICONTEC con respecto a los requisitos especificados en ISO 9001:2015 con fecha de otorgamiento el 13 de enero de 2023.

Hallazgo No. 1 – Desactualización e inconsistencias en el Listado Maestro de Control de Documentos Versión 12

Dentro de la verificación realizada por la OCI a los 232 documentos dentro del “*Listado Maestro de Control de Documentos*” comparados con los encontrados en la nube del Sistema de Gestión de Calidad se encontró las siguientes observaciones:

Código	Denominación del Documento	Versión	Fecha de aprobación	Observaciones Control Interno
PRO-DEI-002	Procedimiento para la gestión del conocimiento	1	22/11/2017	El procedimiento de encuentra desactualizado acorde con los lineamientos del con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión
POL-DEI-002	Políticas para el tratamiento de datos personales	2	12/11/2020	El Código en el Listado maestro no corresponde, ya que es el (POL-DEI 004)
MAP-DEI-001	Mapa de Riesgos	8	7/04/2022	Se encuentra desactualizado en el listado maestro, ya que en la nube aparece la Versión 9 de fecha 25/11/2022
COD-CIG-001	Código de ética control interno	1	6/10/2017	No se encuentra en la Nube del SGC.
PRO-GCD-006	Procedimiento para el control de salidas no conformes	9	25/08/2020	Desactualizada en listado maestro

F01-GDC-001	Comunicaciones internas y externas	2	21/06/2022	Fecha del formato no corresponde 17/03/2022
F02-PRO-GCD-003	Listado Maestro de Control de Documentos	12	4/05/2023	Presenta inconsistencias
PRO-GAF-022	Procedimiento para la liquidación de rendimientos financieros para traslado o devolución de aportes	4	27/12/2021	El procedimiento se encuentra en la carpeta de Afiliaciones, aportes e historia laboral y pertenece a Gestión Administrativa y Financiera.
F01-ARA-001	Comunicaciones internas y externas	2	29/09/2022	La fecha del formato no corresponde 27/09/2022
MAP-ARA-002	Mapa de Riesgos Corrupción	13	30/09/2021	Desactualizado en el SGC
CPR-AHL-001	Caracterización de proceso Afiliación Aportes e Historia Laboral	7	26/09/2022	La fecha de la caracterización no corresponde 27/09/2022
MAP-RPE-002	Mapa de Riesgos corrupción	12	30/09/2021	Desactualizado en el SGC
MAP-PPE-002	Mapa de Riesgos Corrupción	10	12/11/2021	Mapa desactualizado en el SGC
PRO-GTC-009	Procedimiento paso a producción componentes de tecnologías de información	4	30/08/2021	Desactualizado en el SGC
PRO-GTC-017	Procedimiento para gestión de incidentes	2	29/10/2021	No se encuentra en la Nube del SGC.
F02-DEI-002	Comunicaciones internas y externas	2	29/08/2022	El Código esta errado, ya que es el F01-GTC-001 VERSION 2 29/08/2022
MAP-GTC-002	Mapa de riesgos de corrupción	8	20/12/2019	Desactualizado en el SGC
PLN-GTC-006	Plan para la comunicación, sensibilización y capacitación de seguridad de la información y continuidad de negocio	3	6/06/2022	La fecha no corresponde, ya que es 02/06/2022
POL-DEI-005	Políticas de seguridad y privacidad de la información	5	13/11/2020	La versión no corresponde, ya que es la número 6
POL-GTC-002	Buenas prácticas para la administración de tecnologías de la información	1	6/03/2018	Desactualizada 5 años
MAP-PPE-002	Mapa de Riesgos Corrupción	10	12/11/2021	Desactualizado en el SGC
MAP-GBS-001	Mapa de Riesgos	8	18/08/2020	Desactualizado en el SGC, el nuevo Código: MAP-RPE-001 Fecha: 30/11/2022 Versión: 13
MAP-GAF-003	Mapa de riesgos Gestión Gestión Integral de Cartera	2	23/10/2020	Desactualizado en el SGC, el nuevo Código: MAP-GIC-001 Fecha: 27/03/2023 Versión: V4
CPR-GRF-001	Caracterización de proceso Gestión Administrativa Presupuestal y de Cartera	8	28/07/2022	El Código de la Nube no corresponde ya que es CPR-GAPC-001
MAP-GTH-002	Mapa de Riesgos Corrupción	11	19/08/2020	Desactualizado en el SGC
PRO-GAF-014	Procedimiento SARO	9	30/01/2023	El Código de la Nube no corresponde ya que es PRO-SARO-001

Fuente: Sistema de Gestión de Calidad

Lo anterior constituye un incumplimiento a lo mencionado en el Numeral 6.2 Condiciones para la Administración y Control de documentos del "Procedimiento para la

Administración y Control de Documentos” PRO-GCD-003 versión 7 que menciona:

a. Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado:

- *La identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia).*
- *El formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico).*
- *La revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.*

b. La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad se debe controlar para asegurarse de que:

- *Esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.*
- *Esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).*

La información documentada es un aspecto fundamental dentro del SGC que permite la estandarización de los procesos, la planificación organizacional y el control de las actividades realizadas, su inadecuado tratamiento podría generar confusiones a la hora de desarrollar un procedimiento, reprocesos, incorrecta aplicación de controles, perdiendo efectividad y eficiencia en el desarrollo del trabajo.

Por lo anterior se solicita la revisión del “*Listado Maestro de Control de Documentos*” y las carpetas que se encuentran en la nube del SGC, ajustando los documentos mencionados para cada una de las observaciones.

PROCEDIMIENTOS

Los procedimientos como parte de la documentación de la información tienen como objetivo servir de apoyo a los procesos y estandarizar la trazabilidad de la información, lo cual es de vital importancia dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, lo anterior es señalado dentro de la norma NTC-ISO 9001:2015 en el numeral 7.5.

Dentro de la ejecución de la auditoria al proceso de “Gestión de la Calidad”, se revisaron y evaluaron los siguientes procedimientos:

- Procedimiento para la Ejecución de Auditorías Internas de Calidad PRO-GCD-001 Versión 6.
- Procedimiento Para el Tratamiento de Acciones Correctivas y de Mejora PRO-GCD-005 Versión 5.
- Procedimiento Para el Control de Salidas No Conformes PRO-GCD-006 Versión 10.
- Procedimiento para el Control de Registros PRO-GCD-004 Versión 5.
- Procedimiento para la Administración y Control de Documentos PRO-GCD-003 Versión 7.

Hallazgo No. 2 – Reestructuración de controles dentro de los procedimientos (PRO-GCD-006 Versión 10, PRO-GCD-004 Versión 5, PRO-GCD-003 Versión 7)

Se observa que existen controles dentro de los procedimientos PRO-GCD-006 Versión 10, PRO-GCD-004 Versión 5, PRO-GCD-003 Versión 7, para los cuales se recomienda un análisis que permita la identificación de su tipología (control preventivo, correctivo o detectivo), además la evaluación de la efectividad y eficiencia de los mismos, considerando la frecuencia de ejecución, la aplicación, la documentación y el responsable; además de los recursos (tiempo, personal, etc.), ya que muchos de estos controles son actividades propias del proceso como por ejemplo:

- ✓ *Solicitud de crear o modificar documentos de forma verbal o escrita por parte de los jefes de proceso al Administrador del Sistema de Gestión de la Calidad. (PRO-GCD-003 Versión 7)*
- ✓ *Establecimiento de planes de tratamiento permanentes de acuerdo a la calificación de los riesgos. (PRO-GCD-006 Versión 10)*
- ✓ *Controles establecidos de acuerdo a los riesgos. (PRO-GCD-006 Versión 10)*

Por lo anterior, es necesario ajustar la redacción de los controles, teniendo en cuenta la estructura para la descripción del control, que se encuentra dentro de la “Guía para administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas” Versión 5 del DAFP.

Hallazgo No. 3 – Inclusión del numeral “controles mapa de riesgos” en los procedimientos (PRO-GCD-006 Versión 10, PRO-GCD-004 Versión 5, PRO-GCD-003 Versión 7)

Una vez evaluados los procedimientos (PRO-GCD-006 Versión 10, PRO-GCD-004 Versión 5, PRO-GCD-003 Versión 7) se evidencia que no cuentan con los controles asociados en el Mapa de Riesgos de Gestión de Calidad dentro del desarrollo de los procedimientos. Se recuerda que las actividades de control que hacen parte del mapa de riesgos de una determinada área deben incluirse como parte de las actividades que desarrolla, sólo así se garantiza que el control no es ajeno a la operación y se evita la materialización del riesgo. Se solicita la actualización de los procedimientos mencionados incluyendo los controles del Mapa de Riesgos de Gestión de Calidad.

Recomendación No. 1 – Formatos y Anexos en los procedimientos

Se recomienda la revisión de todos los procedimientos haciendo una distinción entre formato y anexo, ya que muchos no se encuentran codificados dentro del Sistema de Gestión de Calidad, es de anotar que estos soportes constituyen evidencia de la realización de determinadas actividades, y su diligenciamiento permite conocer y evaluar la gestión realizada.

INDICADORES

El Sistema de Gestión de Calidad cuenta con cinco indicadores que miden el cumplimiento de los objetivos para la eficacia en el recaudo de cartera, el nivel de satisfacción de los usuarios, la eficacia en la respuesta de peticiones, el impacto de las capacitaciones y la efectividad en la respuesta de los derechos de petición. Los resultados evaluados para el año 2022 y primer trimestre del año 2023 fueron los siguientes:

INDICADOR	% META	AÑO 2022	1ER TRIM. 2023
Eficacia en el cobro de cartera	100%	124,8%	14,52%
Nivel de satisfacción de los usuarios	90%	94,6%	-
Impacto de las capacitaciones	80%	84%	78%
Efectividad en la respuesta de los derechos de petición - OAJ	90%	92%	86%
Eficacia en la respuesta de peticiones SAF	90%	94%	93%
SPE		92%	93%
AU		99,75%	99%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Hallazgo No. 4 – Ajuste en Indicador “Eficacia en la respuesta de peticiones”

Se observa que el indicador que mide el cumplimiento en las respuestas de las PQRSD se encuentra con una meta del 90%; el equipo de Control Interno considera que la meta propuesta para este indicador es muy baja, debido a que la entidad se encuentra con un Sistema de Gestión de la Calidad certificado, el cual debe garantizar una prestación del servicio adecuado y con las respuestas en los términos de ley establecidos.

Lo anterior en concordancia con lo dispuesto en la Ley 1755 de 2015 en su artículo 14 la cual establece los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones y su respuesta oportuna y el Decreto 491 de 2020 por el cual se adoptaron medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades, en el marco de la duración de la emergencia, el cual establece en su Artículo 5 la ampliación de los términos señalados en el artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, Decreto que fue derogado parcialmente el 17 de mayo del año 2022 por la Ley 2207.

La no contestación de una PQRSD en los tiempos establecidos puede derivar en incumplimientos normativos, que a su vez generen acciones legales en contra de la entidad, afectando el cumplimiento en el logro metas, objetivos y compromisos de la

Entidad.

Recomendación No. 2 – Ajuste en Indicadores “Eficacia en el cobro de cartera” “Efectividad en la respuesta de los derechos de petición – OAJ” “Eficacia en la respuesta de peticiones”

Se observa que el indicador “Eficacia en el cobro de cartera” cuyo objetivo es: “Medir la eficacia en la gestión de cobro de acuerdo a la meta programada”, hace referencia al recaudo de acuerdo a la meta programada y no a la gestión del cobro; si bien el cobro hace parte del proceso, la finalidad del indicador es la medición del recaudo. Por lo anterior se recomienda se evalúe el cambio en el nombre del indicador y su objetivo, para que pueda mostrar de forma clara y específica los resultados que se quieren obtener.

NOMBRE DEL INDICADOR:	EFICACIA EN EL COBRO DE CARTERA
RELACION MATEMATICA:	$\frac{\text{RECAUDO EFECTUADO COBRO DE CARTERA TRIMESTRAL}}{\text{META PROGRAMADA COBRO CARTERA ANUAL}} \times 100$
META DEL INDICADOR:	100% del Recaudo Programado
OBJETIVO DEL INDICADOR:	MIDE LA EFICACIA EN LA GESTION DE COBRO DE ACUERDO A LA META PROGRAMADA

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Se observa que en los indicadores “Efectividad en la respuesta de los derechos de petición – OAJ” y “Eficacia en la respuesta de peticiones” hacen referencia a la medición de los tiempos de respuesta dados a los derechos de petición y a las PQRSD, dentro de los tiempos otorgados por la Ley, por lo que se recomienda ajustar el nombre teniendo en cuenta la estructura de construcción del indicador, dando una mayor claridad a los resultados que se quieren obtener.

NOMBRE DEL INDICADOR:	EFICACIA EN LA RESPUESTA DE PETICIONES
RELACION MATEMATICA:	$\frac{\text{NUMERO DE PETICIONES CON RESPUESTA DENTRO DEL TIEMPO DE LEY}}{\text{NUMERO TOTAL DE PETICIONES RADICADAS}} \times 100$
META DEL INDICADOR:	90 % ANUAL
DEFINICION	Mide la eficacia en la respuesta de las peticiones dentro de los quince días hábiles que determina la ley

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

NOMBRE DEL INDICADOR:	EFFECTIVIDAD EN LA RESPUESTA DE DERECHOS DE PETICIÓN
RELACION MATEMATICA:	$\frac{\text{DERECHOS DE PETICIÓN CONTESTADOS}}{\text{NUMERO TOTAL DE DERECHOS DE PETICIÓN QUE DEBEN CONTESTARSE DENTRO DEL TÉRMINO}} \times 100$
META DEL INDICADOR:	90%
DEFINICION	Mide la efectividad en la atención de derechos de petición dentro del término contemplado por la ley de forma trimestral

MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN

El área cuenta con un mapa de riesgos de gestión, identificado con código MAP- GDC-001, actualizado a la versión 8 del día 29 de abril de 2022 y que incluye los siguientes riesgos:

1. Posibilidad de pérdidas a nivel reputacional y económico por Inexactitud en la información respecto al Sistema de Gestión de Calidad.
2. Afectación reputacional por incumplimiento a los estándares de la norma de gestión de calidad.
3. Afectación reputacional por estancamiento en el sistema de gestión de calidad.
4. Afectación económica y reputacional por incumplimiento en actividades y tiempos planteados en acciones preventivas y correctivas.
5. Afectación económica o reputacional por falta de control a los documentos.
6. Posibilidad de pérdidas a nivel reputacional y económico por incumplimiento del programa y del plan de auditorías internas de calidad.
7. Imposibilidad de seguir operando y dar cumplimiento a las funciones y actividades de mayor criticidad de calidad por declaratoria de emergencia sanitaria o pandemia.
8. Imposibilidad de seguir operando y dar cumplimiento a las funciones y actividades de mayor criticidad en la SPE por desastre natural o colapso infraestructura.

Una vez realizada la prueba de recorrido el día 07 de junio del año en curso, se evidencio que hay un total de 27 controles descritos dentro del mapa de riesgos, de los cuales 16 son preventivos, 8 son correctivos y 3 detectivos; se ejecutan de manera manual, y su frecuencia es continua en 18 controles y aleatoria en 9 controles. Adicionalmente se evidencio que existe un responsable de su ejecución y su realización cuenta con los soportes correspondientes, a la fecha el Asesor del Sistema de Gestión de Calidad no ha reportado materializaciones de riesgos a la Unidad de Riesgo Operativo.

Recomendación No. 3 – Reestructuración de controles en el Mapa de Riesgos de Gestión de Calidad

Según la evaluación realizada a los controles del Mapa de Riesgos de Gestión de Calidad MAP- GDC-001 versión 8, se encontraron las siguientes observaciones:

Tabla 1: Verificación de controles Mapa de Riesgos de Gestión

RIESGO	CONTROL	OBSERVACIÓN
4. Afectación económica y reputacional por incumplimiento en actividades y tiempos planteados en acciones preventivas y correctivas	1. Procedimiento actualizado de acciones correctivas y de mejora en la nube de calidad para consulta de todo el personal	Se recomienda reestructurar la redacción del control teniendo en cuenta la estructura para la descripción del control, que se encuentra dentro de la "Guía para administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas" Versión 5 del DAFP.
5. Afectación económica o reputacional por falta de control a los documentos	1. Procedimiento actualizado de administración y control de documentos en la nube de calidad para consulta del personal	

6. Posibilidad de pérdidas a nivel reputacional y económico por incumplimiento del programa y del plan de auditorías internas de calidad

3. Contratación de personal experto e independiente por auditorías internas

5. Contratación de personal experto e independiente por auditorías internas

Fuente: Sistema de Gestión de Calidad

Los controles dentro de un proceso permiten reducir o mitigar los riesgos, de ahí la importancia de la identificación del control, basado en una correcta estructura que permita establecer el responsable de su ejecución y de qué manera se va a realizar.

Por lo anterior se solicita la actualización del Mapa de Riesgos de Gestión de Calidad, con los respectivos ajustes teniendo en cuenta la estructura para el diseño de controles, que se encuentra dentro de la “Guía para administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas” Versión 5 del DAFP.

II. SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FONPRECON, cuenta con un Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo eficaz, que cumple con lo dispuesto en el Capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015 y con los estándares mínimos conforme a la Resolución 0312 de 2019, adicionalmente se cuenta con el compromiso de la Alta Dirección y de los empleados para el mejoramiento continuo del sistema y la eficacia de los procesos.

En el mes de noviembre de 2022, y por solicitud del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - COPASST de la Entidad, se realizó un ejercicio de auditoría interna al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual concluyó que la Entidad cumple con los requisitos normativos y no se requiere suscribir ningún plan de mejoramiento ante el Ministerio de Trabajo, según lo establecido en la Circular 0071 del 30 de noviembre de 2020.

Control Interno realiza un monitoreo continuo al Plan de Acción y a las actividades contempladas dentro del cronograma del Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo a través de la plataforma SIA-POAS, así mismo se evidencian el cumplimiento de las obligaciones por parte de la entidad acorde con lo establecido en la normatividad vigente y el interés de los trabajadores para procurar el cuidado integral de su salud y el cumplimiento de las normas, reglamentos e instrucciones.

En la revisión realizada a los soportes allegados por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas se encontraron las siguientes observaciones:

Hallazgo No. 5 – Actualización de la conformación de la Brigada de Emergencia

En la información del “Acta de Conformación de la Brigada de Emergencia” del 03 de octubre de 2019, remitida por el la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas no se evidencia la actualización de los integrantes de la brigada de emergencia, encontrando que los funcionarios, Isabel Bejarano, Jhon William Ruiz y Ricardo Simbaqueba, dentro de las fechas de revisión no se encontraban vinculados a la entidad.

El Decreto 1072 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, en lo relacionado con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, brinda disposiciones necesarias en materia de prevención, preparación y respuesta ante emergencias frente a todos los trabajadores, independiente de su forma de contratación o vinculación, incluidos los contratistas y subcontratistas, así como proveedores y visitantes, en su Artículo 2.2.4.6.25 Numeral 11 menciona:

“Conformar, capacitar, entrenar y dotar la brigada de emergencias, acorde con su nivel de riesgo y los recursos disponibles, que incluya la atención de primeros auxilios;”

Así mismo, en el Artículo 11 Numeral 18 de la Resolución 1016 del Ministerio del Trabajo menciona que, en la organización y desarrollo del Plan de Emergencias se debe tener en cuenta, la conformación y organización de brigadas (selección, capacitación, planes de emergencia y evacuación).

Es necesario verificar de manera continua la actualización de los datos de los integrantes de la brigada, su capacitación, entrenamiento y dotación, para con esto prever que estén en capacidad de actuar y proteger su salud e integridad, ante una emergencia real o potencial en la entidad.

Hallazgo No. 6 – Actualización de capacitaciones a Brigadistas

Se evidencia dentro de la nube del SGC que las capacitaciones y sensibilizaciones realizadas a la brigada de emergencia se encuentran desarrolladas en el año 2021 y una charla en atención al “manejo de extintores” realizada en el año 2022, y en consecuencia que, algunos de los funcionarios que conforman la Brigada de Emergencias se han retirado de la entidad, se hace necesaria la formación a los nuevos brigadistas.

El Plan de Emergencias y Contingencias Código PLN-SGA-SST-001 Versión 5 contempla en su numeral 10.4.3 como parte de las funciones generales de la brigada de emergencias asistir a las capacitaciones y reentrenamientos.

Las actividades de capacitación y entrenamiento están orientadas a fortalecer las capacidades para el manejo de emergencias y desastres, por lo que es necesario que se actualicen estas capacitaciones, verificando la participación de todos los integrantes que conforman la brigada de emergencias.

III. SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

FONPRECON se encuentra comprometido con la protección del medio ambiente y con el cumplimiento de la política de austeridad del Gobierno Nacional, en el uso de los recursos públicos con eficiencia y efectividad, establecido mediante los Decretos 397 de 2022 y 444 de 2023 del MHCP donde se adoptan acciones para implementar sistemas de reciclaje, fomentar una cultura de ahorro de energía y agua, la instalación de sistemas de ahorro de energía, la implementación de políticas de reutilización y reciclaje de elementos de oficina, la creación de programas de fomento al uso de vehículos y medios de transporte ambientalmente sostenibles, entre otros.

Adicionalmente, y con el fin de fortalecer el Sistema de Gestión Ambiental la entidad adopto la Norma Técnica ISO 14001:2015 la cual se encuentra certificada por el ICONTEC con fecha de otorgamiento el 28 de noviembre de 2022.

Dentro del análisis realizado por Control Interno se evidencia el cumplimiento de los objetivos planteados a través del cumplimiento de las metas trazadas en los indicadores para el año 2022 en el reciclaje de residuos aprovechables o convencionales y la disposición final de los residuos peligrosos (toners), consumo de agua, y consumo de energía. Así mismo en el cumplimiento de las actividades programadas para promover el uso eficiente de los recursos (agua y energía) y, las buenas prácticas ambientales a través de los boletines informativos que son divulgados a todos los funcionarios de la entidad.

Recomendación No. 4 – Construcción de la carpeta para consulta en la intranet del Sistema de Gestión Ambiental

Se recomienda la construcción de la carpeta del Sistema de Gestión Ambiental para consulta de funcionarios en la intranet, dónde se pueda tener acceso a la Política Ambiental, objetivos ambientales, los roles de la organización, responsabilidades, autoridades y mapa de riesgos.

OBSERVACIONES

Hallazgo No. 1 – Desactualización e inconsistencias en el Listado Maestro de Control de Documentos Versión 12.

Hallazgo No. 2 – Reestructuración de controles dentro de los procedimientos (PRO-GCD-006 Versión 10, PRO-GCD-004 Versión 5, PRO-GCD-003 Versión 7).

Hallazgo No. 3 – Inclusión del numeral “controles mapa de riesgos” en los procedimientos (PRO-GCD-006 Versión 10, PRO-GCD-004 Versión 5, PRO-GCD-003 Versión 7).

Hallazgo No. 4 – Ajuste en Indicador PQRSD.

Hallazgo No. 5 – Actualización de la conformación de la Brigada de Emergencia.

Hallazgo No. 6 – Actualización de capacitaciones a Brigadistas.

RECOMENDACIONES

Recomendación No. 1 – Formatos y Anexos en los procedimientos

Recomendación No. 2 – Ajuste en Indicadores “Eficacia en el cobro de cartera” “Efectividad en la respuesta de los derechos de petición – OAJ” “Eficacia en la respuesta de peticiones”

Recomendación No. 3 – Reestructuración de controles en el Mapa de Riesgos de Gestión de Calidad.

Recomendación No. 4 – Construcción de la carpeta para consulta en la intranet del Sistema de Gestión Ambiental.

PLAN DE MEJORAMIENTO

Se solicita que cada uno de los hallazgos y recomendaciones comunicadas se incluyan en el plan de mejoramiento a suscribir, contemplando acciones preventivas y correctivas para los casos mencionados y así subsanar las observaciones presentadas. Los tiempos para la realización de dichas actividades deberán ser cortos.

La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, como área auditada, deberá construir y consolidar el Plan de Mejoramiento dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de la entrega del presente informe definitivo y enviarlo a Control Interno para su suscripción. Para la presentación del Plan de Mejoramiento se deberá utilizar el **nuevo** formato F05-PROCIG-001, incluido en el Sistema de Gestión de la Calidad, Procedimientos Control Interno a la Gestión.