INFORME DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Dirigido a	:	KALEB VILLALOBOS BROCHEL Director General
Fecha de Presentación	:	Diciembre 10 de 2015
Periodo de la Auditoría	:	21 de Septiembre a 30 de Octubre de 2015

1. OBJETIVO

Verificar el grado de cumplimiento y desarrollo del Sistema Integrado de Gestión adoptado por la Corporación, de acuerdo a los criterios establecidos por la NTCGP 1000:2009, ISO 9001:2008, MECI 2014, Resolución Corpocesar No 2011 de 2014, Decreto 4485 de 2009 y 943 de 2014, Ley 1333 de 2009, para contribuir al mejoramiento continuo del Sistema y al logro de la misión Institucional. Lo anterior desde el rol que cumple la Oficina de Control Interno en el Sistema.

2. ALCANCE DEL INFORME

Dar a conocer al Director General, al Comité de Coordinación de Control Interno y a las dependencias, el grado de cumplimiento y desarrollo alcanzado por el Sistema Integrado de Gestión de la Corporación, para su posterior revisión por la Dirección.

3. METODOLOGÍA

Dentro de las técnicas de auditoría legalmente establecidas, hemos considerado la entrevista, la observación de actividades y revisión de documentos, que nos permitan de acuerdo con nuestro rol de evaluador independiente, cumplir el objetivo establecido para contribuir al mejoramiento Institucional y a la toma de decisiones.

4. CUERPO DEL INFORME

El proceso de auditoría interna facilita una evaluación objetiva del cumplimiento de los requisitos de las normas, que generalmente suelen ser interpretados de una manera parcial por los procesos involucrados; además poner a disposición de la Dirección un profundo conocimiento de los avances y debilidades que presente el Sistema Integrado de Gestión de la Corporación, visto desde el rol de evaluador independiente que cumple la Oficina de Control Interno.

La Oficina de Control Interno anualmente elabora un Programa y un Plan de Auditorías Internas, como documento detallado y guía para la ejecución de las auditorías internas a desarrollar, y que a su vez es dado a conocer al Comité de Control Interno y a los líderes de procesos para su posterior puesta en marcha.
Estas auditorías buscan determinar si el Sistema y los procedimientos establecidos son efectivos, verificar continuamente la efectividad de los controles establecidos en cada proceso y al final plantea recomendaciones para el mejoramiento de las políticas, procedimientos, sistemas, etc.

4.1. EVALUACIÓN Y AVANCES DEL SISTEMA DE GESTIÓN

Para dar inicio al proceso auditor, se seleccionó un equipo auditor teniendo en cuenta la competencia necesaria para lograr los objetivos de la auditoría. Para la escogencia del equipo auditor se tuvo en cuenta la objetividad, con el fin de que los auditores no auditaran procesos de los cuales hicieren parte en sus actividades diarias, asegurando así la independencia del equipo auditor con respecto a las actividades a auditar y evitando conflicto de intereses.

Se estableció contacto con los auditados a través de comunicaciones en las que se le informaba el plan de auditoría y en éste las fechas y horas para auditar sus procesos, además de los auditores asignados a las auditorías de cada uno de ellos.
El plan de auditoría incluye el objetivo de la auditoría, los criterios a auditar en cada proceso y el alcance de la auditoría.

Se dio inicio al desarrollo del Plan de Auditorías en una reunión de comité de control interno donde uno de los puntos del orden del día fue la reunión de apertura de la auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión contando con la participación de los líderes de procesos, donde el líder auditor confirmó el plan y proporcionó un breve resumen de la metodología para llevar a cabo las actividades de la auditoría, sin dejar de lado la oportunidad que se le da a los auditados de manifestar sus inquietudes frente al objetivo, alcance y criterios de las mismas. Luego se procedió a cada dependencia a auditar, el equipo auditor recopiló y verificó la información (registros, procedimientos, indicadores, actividades, etc.), a través de entrevistas, cuestionarios, revisión documental, entre otras técnicas de auditoría legalmente establecidas e indicadas en la metodología. Se generaron hallazgos y el equipo los comunicaba a cada líder de proceso con el fin de revisar con ellos y obtener el reconocimiento de que las evidencias de la auditoría fuesen exactas y que las no conformidades hubieren sido comprendidas.

El proceso auditor dio como resultado la realización de quince (15) auditorías programadas, en las que por primera vez se auditaba el proceso de Gestión de laboratorio Ambiental; Concluidas las auditorías, el Equipo de Auditores se reunió para revisar los hallazgos y toda la información recopilada durante las auditorías, acordar

las no conformidades y observaciones y presentar esta información en la reunión de cierre en la que se comunicaron los hallazgos más relevantes de cada proceso.

Los informes de auditorías por proceso fueron elaborados por la Oficina de Control Interno y están anexos a este informe; conocido el informe por el Comité de Coordinación de Control Interno y Calidad y hechas sus recomendaciones, se debe dar a conocer a los responsables y líderes de los procesos para que formulen un Plan de Mejoramiento que contenga las acciones preventivas, correctivas y de mejora necesarias, para que la Corporación subsane las inconsistencias, no conformidades y observaciones detectadas en la auditoría, sin dejar de lado las acciones establecidas en el plan de mejoramiento resultante de las auditorías internas realizadas en vigencias anteriores y que aún no han sido cerradas.

4.1.1. Resultados de la Auditoría

Del informe de auditoría y conforme a las evidencias recolectadas, el equipo auditor determinó las siguientes No conformidades y Observaciones, por proceso auditado lo cual se ilustra en el siguiente cuadro:

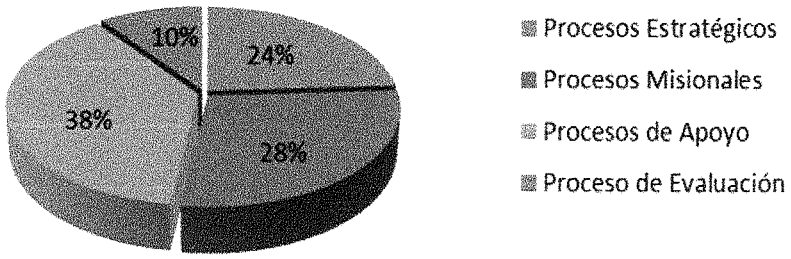
Tabla 1. Resultados de auditoría.

No	PROCESO	NO CONFORMIDADES	OBSERVACIONES
1	Planeación Estratégica	3	1
2	Gestión y Mejora del SIG-C	3	2
3	Gestión de Comunicación e Información	2	1
4	Gestión de Evaluación, Control y Seguimiento Ambiental	1	3
5	Gestión de Educación Ambiental	0	2
6	Gestión de Planificación y Ordenamiento Ambiental del Territorio	0	0
7	Gestión de Laboratorio Ambiental	3	5
8	Gestión del Talento Humano	0	3
9	Gestión de Recursos Físicos	2	0
10	Gestión de Compras y Contratación	1	0
11	Gestión Documental	2	4
12	Gestión Financiera	0	1
13	Gestión Jurídica	0	2
14	Gestión de TIC'S	2	2
15	Gestión de Evaluación y Control	2	3
	TOTAL	**21**	**29**

*La Corporación cuenta con Laboratorio Ambiental de Calidad de Aire y el proceso es manejado por la Empresa Contratista K2 Ingeniería Ltda, que implementó los procedimientos y está en proceso de acreditación por el IDEAM.

De igual manera estos resultados se ilustran en la distribución porcentual de las siguientes gráficas:

Grafica No. 2. Distribución porcentual de no conformidades por procesos.

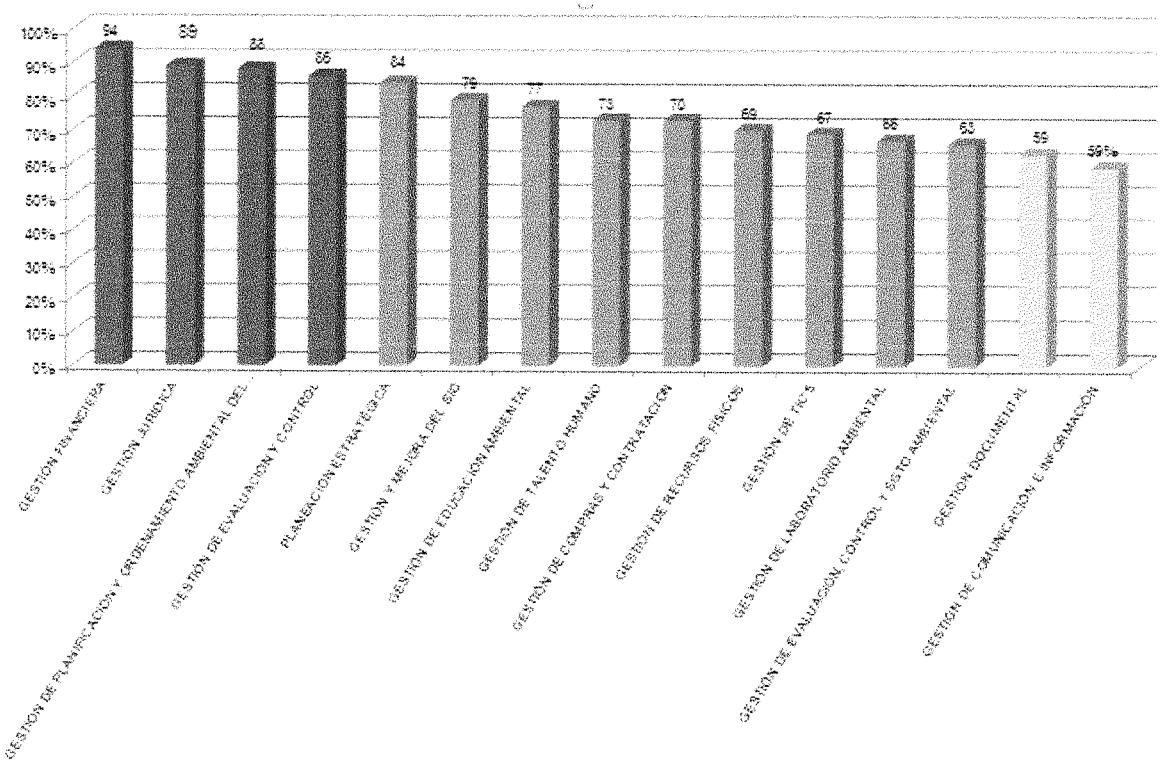


En la gráfica No 2 se hace una distribución porcentual de las No conformidades según el número de procesos que contiene el sistema, observando que de las evidencias recolectadas por procesos, el mayor porcentaje de las No conformidades 38% corresponde a los Procesos de Apoyo; el 28% a los Procesos Misionales; el 24% a los Procesos Estratégicos y el 10% al Proceso de Evaluación.

Estos porcentajes son proporcionales al número de Procesos definidos en el Mapa de Procesos del Sistema, sin embargo podemos indicar que de acuerdo a estos resultados las mayores debilidades del Sistema se encuentran en los Procesos de Apoyo y Misionales.

Con las evidencias recolectadas y hecho el análisis de las No Conformidades por Procesos, utilizamos esta misma información para medir el grado de cumplimiento del Sistema por Proceso con relación a la NTCGP 1000:2009, el cual nos permitimos ilustrarlo en la siguiente gráfica:

Gráfica No 3. Grado de cumplimiento por proceso con relación a la NTCGP 1000:2009



Realizando el correspondiente análisis y teniendo en cuenta la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP (Ver Anexo 3.) para medir el cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, los Procesos que han alcanzado mayor grado de cumplimiento siguen siendo Gestión Financiera y Gestión Jurídica, que hacen parte del Macroproceso de Apoyo, el Proceso de Gestión de Planificación y Ordenamiento Ambiental del Territorio que pertenece al Macroproceso Misional y el Proceso de Gestión de Evaluación y Control que corresponde al Macroproceso de Evaluación. Estos Procesos de acuerdo al rango de establecido por el DAFP se encuentran en buen grado de desarrollo y requiere de actividades de mejora continua y mantenimiento para su sostenimiento en el largo plazo.

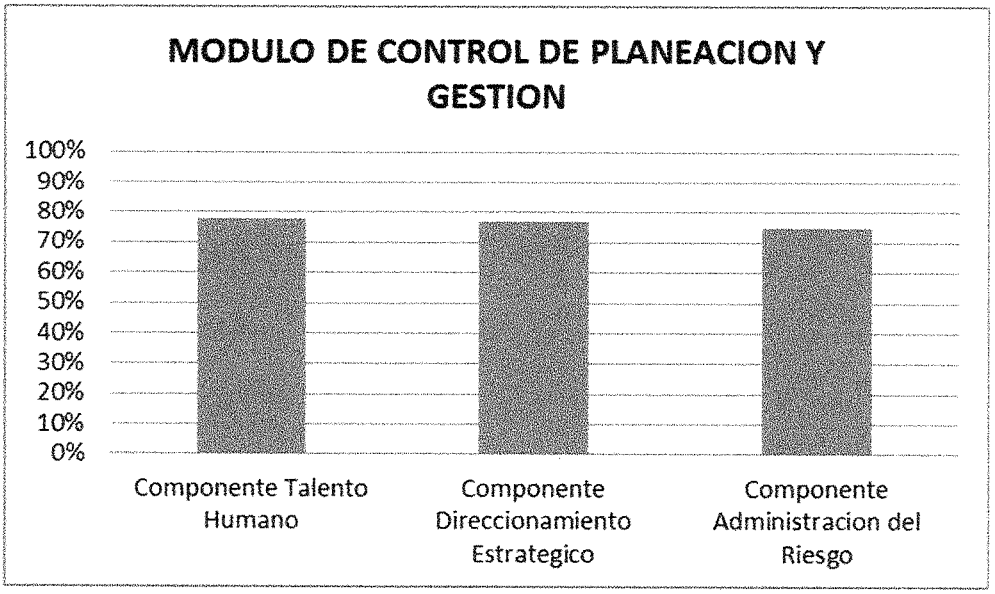
Nueve (9) de los quince (15) procesos que integran el Sistema de la Corporación, como son: Planeación Estratégica, Gestión y Mejora del Sistema Integrado de Gestión, Gestión de Educación Ambiental, Gestión de Talento Humano, Gestión de Compras y Contratación, Gestión de Recursos Físicos, Gestión de TIC's, Gestión de Laboratorio Ambiental y Gestión de Evaluación, Control y Seguimiento Ambiental, se encuentran en rango entre el 60% y 85% lo que indica de acuerdo a la metodología del DAFP que

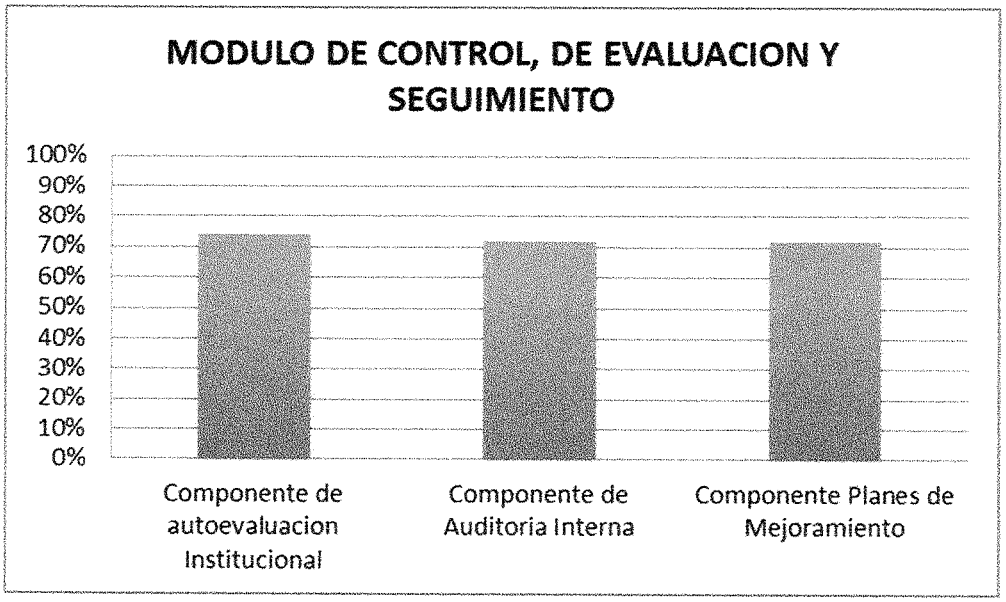
se encuentran en grado de cumplimiento con leves deficiencias en cuanto a documentación, procedimientos, control y continuidad con las actividades realizadas para la mejora continua del Sistema.

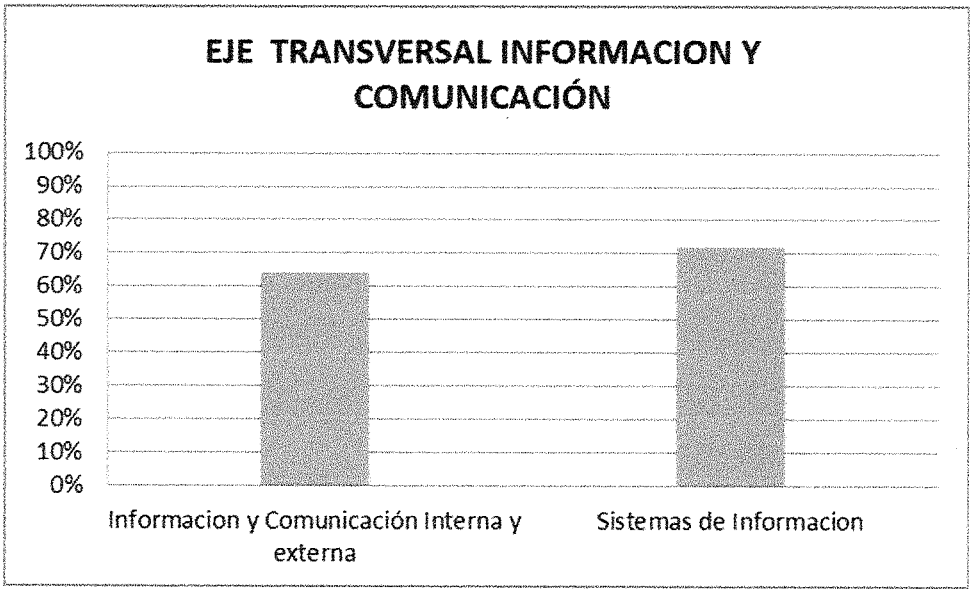
Los procesos de Gestión Documental y Gestión de Comunicación e Información han ido avanzando poco a poco, sin embargo se encuentran en grado de cumplimiento con deficiencias en cuanto a documentación, procedimientos, control y continuidad con las actividades realizadas para la mejora continua del Sistema.

De acuerdo a la Tabla 2, los requisitos de la NTCGP 1000:2009 que más incumplieron los Procesos fueron: **4.2. Gestión Documental**, en cuanto a **4.2.3. Control de documentos**, existen deficiencias en la identificación de cambios y estados de versiones de los documentos, así mismo el uso de obsoletos lo que indica que no se asegura el uso de los documentos aplicables vigentes en cada proceso; el numeral **4.2.4. Control de registros**, presenta deficiencias puesto que los registros no permanecen fácilmente identificables en muchos de los procesos; A pesar de haber realizado la primera revisión por la Dirección, se presenta debilidad con el numeral **5.6.3. Resultados de la Revisión por la Dirección**, puesto que no hubo evidencias de compromisos, decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema Integrado de Gestión y sobretodo las mejoras que se deben tener en cuenta en relación con los requisitos y percepción de los usuarios; por anterior, se nota debilidad también con el numeral **8.2.1. Satisfacción del cliente**, ya que es deficiente la medición y el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente; en cuanto al **8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos**, durante el proceso auditor se evidenció que el Sistema cuenta con indicadores de gestión por procesos, sin embargo la medición del impacto (efectividad) ha sido nula pues no se tiene un comparativo con mediciones anteriores que nos permita analizar el desempeño de los procesos; En cuanto a **8.3. Control del producto y/o servicio No Conforme** se cuenta con el procedimiento que define directrices para tratar este tipo de producto y/o servicio, sin embargo no se encuentra socializado y es deficiente su identificación y su control por ende no se asegura la definición de acciones para eliminar las no conformidades; de todo lo anterior, se refleja deficiencias en la **8.5. Mejora**, pues las acciones correctivas y preventivas sólo se han visto determinadas en los planes de mejoramiento resultantes de auditorías y no por la necesidad de actuar para prevenir no conformidades.

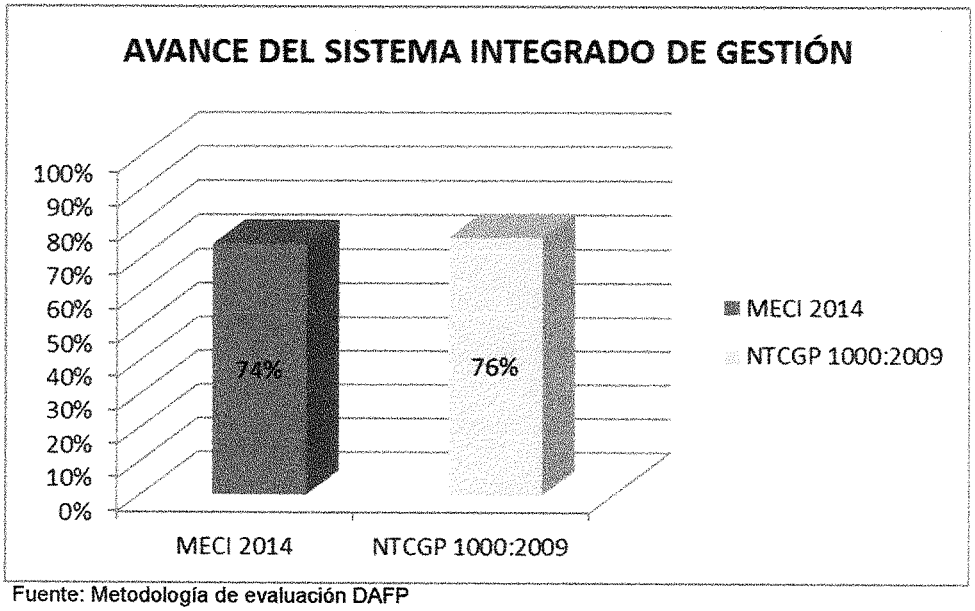
ESTADO DE CUMPLIMIENTO DEL MECI 2014 POR MÓDULOS







Rango: 60% - 85% el Sistema se encuentra en grado de cumplimiento con leves deficiencias en cuanto a documentación, procedimientos, control y continuidad con las actividades realizadas para la mejora continua del Sistema.
Fuente: Diagnóstico MECI 2014



Fuente: Metodología de evaluación DAFP

El análisis del estado del Sistema del Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014 lo referenciamos con datos anteriores, basados en auditorías internas y el diagnóstico realizado por el consultor encargado de la actualización del MECI 2014, donde se pudo definir que este Sistema se encuentra en grado de cumplimiento con leves deficiencias en cuanto a documentación, procedimientos y control; El cumplimiento y avance general del Sistema por Módulos, Componentes y Elementos de control es del **74%**, porcentaje que de acuerdo con la Metodología de evaluación establecida por el DAFP recomienda que el Sistema de Control Interno debe continuar realizando actividades de mantenimiento para su sostenimiento a largo plazo.

Se sigue recomendando que la *Estructura Organizacional* avance y se defina el proceso de reestructuración cuyos estudios se ha adelantado en la Entidad.

El cumplimiento global del Sistema de Calidad de la Corporación es del **76%**, porcentaje que de acuerdo a la Metodología de evaluación establecida por el DAFP establece que el Sistema cumple parcialmente y con leves deficiencias con los criterios y requisitos de la NTCGP 1000:2009. *El Sistema de Gestión de Calidad establecido por la Corporación no es conforme en su totalidad con los requisitos de la NTCGP 1000:2009, se cumple parcialmente los requisitos establecidos. El Sistema de Gestión de Calidad no es eficaz, se presentan leves deficiencias con los criterios de la norma lo que no permite la efectividad en el logro de los resultados, ni el cumplimiento total de la política y objetivos de calidad.*

FORTALEZAS

✓ La misión, la visión y objetivos estratégicos son divulgados a través de canales de comunicación eficaces.

✓ La Política integrada de gestión es adecuada a la Entidad, coherente con los planes estratégicos de la Corporación, incluye un compromiso de cumplir con los requisitos de sus usuarios, de mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema, se ha comunicado a los servidores de la Corporación y se ha venido revisando para su adecuación continua.

✓ La Corporación cuenta con actividades de divulgación en radiodifusoras de diferentes zonas urbanas y rurales del Departamento, programas especializados de alto rating, espacios en programas de Televisión, publicación en periódicos, revistas, etc., demostrando así la ejecución del Plan de medios, que se convierte en una herramienta eficaz para la comunicación con los clientes, para que estos estén en contacto permanente con la Entidad.

✓ Se hizo revisión de todos los procesos del Sistema, se identificaron cambios y estado de las versiones de los documentos, el manual de calidad fue actualizado y ajustado.

✓ Los requisitos de los usuarios se determinan para la prestación de servicios de trámites y otorgamientos, así mismo los requisitos legales y reglamentarios, se genera la documentación establecida desde los autos de inicio de trámite, su publicación, autos de visita, informes técnicos hasta las Resoluciones de otorgamiento para continuar posteriormente con los seguimientos, controles y evaluaciones ambientales pertinentes.

✓ Se tiene bien establecida la infraestructura donde funciona el laboratorio de calidad de aire, cuenta con toda la documentación disponible referente a Manual de calidad, política de calidad del laboratorio, aplican métodos normalizados y validados y cuentan con personal competente y recursos tecnológicos necesarios para asegurar la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

✓ La Entidad cuenta con plan de capacitación el cual se ha ido desarrollando, así mismo se tiene programa de bienestar social y estímulos con sus registros de ejecución. Se cuenta con Diagnostico de las condiciones de salud de los trabajadores de la Corporación, tiene información de distribución de personal según patologías que padecen, antecedentes personales y familiares, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, morbilidad sentida, ausentismo laboral.

✓ Se tiene definida las responsabilidades para la inspección de los productos que se adquieren, el procedimiento de Entrada y salida de bienes define las responsabilidades de los supervisores en el momento de la adquisición de productos; en el proceso de Gestión de recursos físicos, se diligencia un kardex que permite identificar los productos en cantidades y llevar así control de la existencia de bienes consumibles en la Corporación.

✓ En la Corporación se establecen los requisitos de los bienes y servicios a adquirir a través de los estudios previos, y los criterios de selección de proveedores a través del comité evaluador de compras. Se verifican las condiciones técnicas, administrativas, financieras, contables y jurídicas de los contratos tal como lo establece el Manual de Contratación y Supervisión de la Entidad.

✓ La Corporación cuenta con un espacio denominado Ventanilla única en la que se revisa la documentación que llega a la Corporación y de la cual se distribuye a las dependencias.

- ✓ La Corporación dispone de recursos financieros para la implementación permanente del Sistema Integrado de Gestión; los seguimientos financieros se realizan a través de los informes de ejecución presupuestal de ingresos y gastos.

- ✓ Los formatos de Resoluciones y Autos se utilizan de manera adecuada en los seguimientos a los procesos jurídicos, así como también en las emisiones de actos administrativos de otorgamiento.

✓ Se llevan a cabo mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos de cómputo; el proceso de Gestión de TIC's cuenta con políticas de operación que incluyen política de seguridad informática, política editorial y administración de la página web.

✓ En el proceso de Gestión de evaluación y control, se destaca la capacidad de autoevaluación y compromiso por parte del líder del proceso y de los profesionales que apoyan el desarrollo del mismo, en cumplimiento de los roles que desempeña la Oficina de Control Interno.

RECOMENDACIONES

ASPECTOS POR MEJORAR

✓ Recomendamos plantear y garantizar el(los) compromiso(s) de la Alta Dirección de la Corporación con el Sistema Integrado de Gestión, asegurando la identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios, asignando los recursos necesarios para su cumplimiento y la gestión de los procesos y programas de la Corporación que afecten al Sistema, de manera que la política y los objetivos estratégicos se alcancen; así mismo se recomienda que en la Revisión por la Dirección se incluya información referente a la retroalimentación del cliente, con el fin de que la Dirección cuente con la información suficiente para evaluar eventos negativos tanto internos como externos que puedan llegar a impedir el logro del cumplimiento de sus funciones y el normal desempeño de la Corporación.

✓ Al líder del proceso de Gestión de Comunicación e Información le recomendamos ejercer control sobre el uso de los formatos establecidos dentro de la documentación del Sistema referentes a comunicaciones internas y externas; así como también, realizar constante y eficazmente seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la Entidad, al igual que identificar los aspectos por mejorar y tomar las acciones necesarias para aumentar el grado de satisfacción de los usuarios, basados en los resultados de las encuestas de satisfacción a las que les falta continuidad en la medición.

✓ Se recomienda describir dentro del Manual de Calidad, la interacción entre los procesos del Sistema de Gestión, en cumplimiento de lo descrito en el literal c) del numeral 4.2.2. de la NTCGP 1000:2009.

✓ Recomendamos socializar el procedimiento para Tratamiento del producto y/o servicio no conforme así como también el formato para la identificación del mismo y

que los procesos vean la importancia de identificar las No Conformidades y realizar así un análisis donde se planteen acciones de mejora que permitan alcanzar el logro de los objetivos del proceso.

✓ Recomendamos que todas las dependencias, especialmente aquellas donde se presente flujo de usuarios, sean facilitadoras en el diligenciamiento de las encuestas de medición de la satisfacción del usuario, esto como medida de seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la Corporación.

✓ Es reiterativa la recomendación de calibrar los equipos de medición utilizados en la Corporación, asegurando así que el seguimiento y medición que se realice arrojen resultados válidos y evitando así poner en riesgo la adecuada ejecución de los procedimientos relacionados con la prestación de servicios misionales de la Corporación.

✓ Durante las auditorías se evidenció la elaboración de indicadores que según líderes de procesos no encuentran funcionales, por lo que recomendamos revisar y replantear aquellos indicadores que no permitan hacer seguimiento a la gestión de los procesos; así mismo, medir los indicadores de acuerdo a la periodicidad establecida en las tablas de indicadores de los procesos con el fin de facilitar el seguimiento de los procesos en relación con su impacto sobre la conformidad de los requisitos establecidos en dichos indicadores.

✓ Recomendamos firmar las hojas de vida (formato único) tanto de servidores públicos como contratistas, donde se certifique que la información suministrada, en todas las hojas de vida de funcionarios, ha sido constatada frente a los documentos que han sido presentados como soportes por ellos.

✓ Se recomienda ejercer control sobre los productos adquiridos que entran a la Corporación y cuya entrada debe ser efectuada a través de Almacén.

✓ Se recomienda contar con personal y herramientas que faciliten el acceso de los usuarios y clientes (Atención al ciudadano) para registrar, consultar, acceder, radicar requerimientos (consultas, sugerencias, quejas, reclamos, etc.) y radicar trámites en línea, así mismo, que desde la comodidad de su casa u oficina, pueda realizar seguimiento a sus requerimientos y recibir, si así lo desea, notificación del estado de estos vía electrónica.

✓ Actualizar las TRD y TVD.

✓ Hacer backups a la información misional de la Entidad, tal como se realiza con la información financiera y contable, lo anterior en aras de preservar la memoria institucional.

✓ Se recomienda adquirir una herramienta que bloquee los virus informáticos, es imprescindible que el software antivirus cuente con las actualizaciones que ayuden a la herramienta a identificar y eliminar las amenazas contra el sistema informático de la Corporación. Mejorar la seguridad de los equipos de la Entidad y disminuir las posibilidades de que sufran infecciones usando firewall, actualizando los equipos o teniendo una suscripción de software antivirus actualizada. Dado que ningún método de seguridad está garantizado, es importante realizar copias de seguridad de los archivos más importantes con regularidad.

✓ Avanzar y terminar el proceso de reestructuración que adelanta la Entidad para adecuar su Estructura Organizacional y planta de personal a las necesidades y funciones encomendadas a la Corporación.

Atentamente,

JOSE MARÌA ARAUJO MURGAS
Jefe Oficina Control Interno

Proyectó: Hanne Sánchez Mázzri – Contratista - Ing. Ambiental y Sanitaria - Especialista en Gestión Integrada QHSE.

ANEXOS

Anexo: Tabla 2. Estado de Cumplimiento de la NTCGP 1000:2009 por Procesos.

TIPO DE PROCESO	PROCESO	CRITERIOS NTCGP 1000:2009 A CUMPLIR			CRITERIOS INCUMPLIDOS	GRADO DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO DEL PROCESO
PROCESOS ESTRATÉGICOS	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	4.1 Requisitos Generales	a, b, c, d, e, f y g)	CUMPLE	88%	84%
			4.2 Gestión documental	4.2.3. Control de documentos	CUMPLE		
				4.2.4. Control de registros	CUMPLE 50%		
		5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5.1. Compromiso de la Dirección	a,b,c,d y e)	CUMPLE 60% (b,c,e)	82%	
			5.2. Enfoque al Cliente		CUMPLE 75%		
			5.3. Política de Calidad	a, b, c, d, e y f)	CUMPLE 100%		
			5.4. Planificación	5.4.1. Objetivos de Calidad.	CUMPLE 100%		
				5.4.2. Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad.	CUMPLE 100%		
			5.5. Responsabilidad, Autoridad y Comunicación	5.5.1. Responsabilidad y autoridad.	CUMPLE 100%		
				5.5.2. Representante de la Dirección a, b y c)	CUMPLE 100%		
				5.5.3. Comunicación Interna	CUMPLE 100%		
			5.6. Revisión por la Dirección.	5.6.1. Generalidades.	CUMPLE 75%		
				5.6.2. Información de Entrada para la Revisión.	CUMPLE 75%		
				5.6.3.Resultados de la Revisión.	X		
		6. Gestión de Recursos	6.1. Provisión de Recursos		CUMPLE	100%	
		7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.1. Planificación de la realización del producto o prestación del servicio		CUMPLE	100%	
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. Seguimiento y Medición.	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	CUMPLE 50%	50%	
			8.4. Análisis de Datos		CUMPLE 50%		
	GESTIÓN Y MEJORA DEL SIG	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	4.1. Requisitos generales		CUMPLE	90,4%	79%
			4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.1. Generalidades.	CUMPLE		
				4.2.2. Manual de la Calidad a, b y c	CUMPLE 66%		
				4.2.3. Control de documentos	CUMPLE 57%		
				4.2.4. Control de registros	CUMPLE		
		5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5.3. Política de Calidad		CUMPLE 100%	100,0%	
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.1. Generalidades.		CUMPLE 100%	45,9%	
			8.2. Seguimiento y Medición.	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	CUMPLE 50%		
			8.3. CONTROL DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME		10%		
			8.4. ANÁLISIS DE DATOS		25%		
			8.5. MEJORA	8.5.1. Mejora Continua	66.7%		
				8.5.2. Acción Correctiva	33.3%		
				8.5.3. Acción Preventiva	33.3%		
	GESTIÓN DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.3. Control de documentos	CUMPLE 85%	93%	59%
				4.2.4. Control de registros	CUMPLE 100%		
		5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5.5. Responsabilidad, Autoridad y	5.5.3. Comunicación Interna	CUMPLE 75%	48%	
			5.6. Revisión por la Dirección.	5.6.2 b) Información de entrada para la revisión	CUMPLE 20%		
		7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	7.2.3. Comunicación con el Cliente a) b) c) d)	CUMPLE 75%	75%	
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. Seguimiento y Medición.	8.2.1. Satisfacción del Cliente	CUMPLE 25%	21%	
				8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	CUMPLE 50%		
				8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio.	CUMPLE 50%		
			8.5. Mejora		0%		

TIPO DE PROCESO	PROCESO	CRITERIOS A CUMPLIR			CRITERIOS NTCGP 1000:2009 CUMPLIDO	GRADO DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO DEL PROCESO
PROCESOS MISIONALES	Gestión de Evaluación, Control y Seguimiento Ambiental	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.3. Control de documentos	CUMPLE 85%	76%	66%
				4.2.4. Control de registros	CUMPLE 66%		
		7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.1. Planificación de la Realización del Producto o Prestación del Servicio		CUMPLE 85%	71,7%	
			7.2. Procesos relacionados con el cliente	7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	CUMPLE 100%		
				7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	CUMPLE 100%		
				7.2.3. Comunicación con el cliente	CUMPLE 75%		
			7.5. Producción y prestación del servicio.	7.5.1. Control de la producción y de la prestación del servicio.	CUMPLE 70%		
				7.5.2. Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.	CUMPLE 70%		
			7.6.Control de los equipos de seguimiento y medición.		CUMPLE 40%		
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. Seguimiento y Medición.	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos.	CUMPLE 50%	50%	
				8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio	CUMPLE 50%		
	GESTIÓN DE EDUCACIÓN AMBIENTAL		4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.3. Control de documentos	CUMPLE 50%	63%	77%
				4.2.4. Control de registros	CUMPLE 75%		
		7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.1. Planificación de la Realización del Producto o Prestación del Servicio		CUMPLE 75%	92%	
			7.2. Procesos relacionados con el cliente	7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	CUMPLE 100%		
				7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	CUMPLE 100%		
				7.2.3. Comunicación con el cliente	CUMPLE 100%		
			7.5. Producción y prestación del servicio.	7.5.1. Control de la producción y de la prestación del servicio.	CUMPLE 100%		
				7.5.2. Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.	CUMPLE 100%		
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. Seguimiento y Medición.	8.2.3.Seguimiento y medición de los procesos	CUMPLE 50%	75%	
				8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio	CUMPLE 100%		
	GESTIÓN DE PLANIFICACIÓN Y ORDENAMIENTO AMBIENTAL DEL TERRITORIO	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.4. Control de registros	CUMPLE 50%	75%	88%
		7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.1. Planificación de la Realización del Producto o Prestación del Servicio		CUMPLE	100%	
			7.2. Procesos relacionados con el cliente	7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	CUMPLE		
				7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	CUMPLE		
				7.2.3. Comunicación con el cliente	CUMPLE		
			7.5. Producción y prestación del servicio.	7.5.2. Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.	CUMPLE		
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. Seguimiento y Medición.	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos.	CUMPLE 75%	88%	
				8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio	CUMPLE		
		4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.3. Control de documentos	CUMPLE	75%	
				4.2.4. Control de registros	CUMPLE 50%		
		5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación.	5.5.3. Comunicación Interna.	CUMPLE 50%	50%	
			7.1. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO		CUMPLE	100%	
			7.2. Procesos relacionados con el cliente	7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	CUMPLE	92%	
				7.2.2.Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio.	CUMPLE		
				7.2.3. Comunicación con el cliente	CUMPLE 75%		
				7.4.1. Proceso de adquisición de bienes y servicios	CUMPLE		

	LABORATORIO AMBIENTAL	7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.4. ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS.	7.4.2. Información para la adquisición de bienes y servicios.	**CUMPLE 50%**	83%	67%
				7.4.3. Verificación de los productos y/o servicios adquiridos.	**CUMPLE**		
			7.5. Producción y prestación del servicio.	7.5.1. Control de la producción y de la prestación del servicio.	**CUMPLE**	100%	
				7.5.2. Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.	**CUMPLE**		
				7.5.3. Identificación y trazabilidad	**CUMPLE**		
				7.5.4. Propiedad del cliente	**CUMPLE**		
				7.5.5. Preservación del producto y/o servicio.	**CUMPLE**		
			7.6. Control de los equipos de seguimiento y medición.		**CUMPLE 30%**	30%	
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. Seguimiento y Medición.	8.2.1. Satisfacción del cliente	**CUMPLE 50%**	69%	
				8.2.2. Auditoría Interna.	**CUMPLE**		
				8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos.	**CUMPLE 50%**		
				8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio	**CUMPLE 75%**		
			8.3. Control del producto y/o servicio No Conforme		**CUMPLE 30%**	30%	
			8.4. Análisis de datos.		**CUMPLE 75%**	75%	
			8.5. Mejora.	8.5.1. Mejora Continua.	**CUMPLE 75%**	75%	
				8.5.2. Acción Correctiva			
				8.5.3. Acción Preventiva			

TIPO DE PROCESO	PROCESO	CRITERIOS A CUMPLIR			CRITERIOS NTCGP 1000:2009 INCUMPLIDO	GRADO DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO DEL PROCESO
PROCESOS DE APOYO	GESTION DE RECURSOS FÍSICOS	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.3. Control de documentos	CUMPLE 100%	75%	76%
				4.2.4. Control de registros	CUMPLE 50%		
		6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	6.3. INFRAESTRUCTURA		CUMPLE 66%	66%	
		7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SEVRICIO	7.4. ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	7.4.3. Verificación de los productos y/o servicios adquiridos	CUMPLE 50%	50%	
			7.6. Control de Equipos de Seguimiento y Medición.		CUMPLE 50%		
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	CUMPLE 50%	88%	
				8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio	CUMPLE 100% (Inventario)		
			8.3. CONTROL DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME		CUMPLE 100%		
	GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.3. Control de documentos	CUMPLE 50%	50%	73%
				4.2.4. Control de registros	CUMPLE 50%		
		5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN.	5.5.3. Comunicación Interna.	CUMPLE 100%	75%	
		7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SEVRICIO	7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	CUMPLE 100%	92%	
				7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	CUMPLE 50%		
				7.2.3. Comunicación con el cliente	CUMPLE 100%		
			7.4. ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	7.4.1. Proceso de adquisición de bienes y servicios.	CUMPLE 100%		
				7.4.2. Información para la adquisición de bienes y servicios	CUMPLE 100%		
				7.4.3. Verificación de los productos y/o servicios adquiridos	CUMPLE 100%		
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	CUMPLE 50%	75%	
				8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio	CUMPLE 100% (Supervisión e Interventoría)		
	GESTIÓN DOCUMENTAL	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.3. Control de documentos	CUMPLE 50%	50%	63%
				4.2.4. Control de registros	CUMPLE 50%		
		7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SEVRICIO	7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	7.2.3. Comunicación con el cliente	CUMPLE	88%	
			7.5. PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.5.3. Identificación y Trazabilidad	CUMPLE 50%		
				7.5.4. Propiedad del cliente	CUMPLE 100%		
				7.5.5 Preservación del Producto y/o Servicio	CUMPLE 75%		
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	CUMPLE 50%	50%	
				8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio	CUMPLE 50%		
	GESTIÓN FINANCIERA	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.3. Control de documentos	CUMPLE	88%	94%
				4.2.4. Control de registros	CUMPLE 75%		
		6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	6.1. Provisión de Recursos		CUMPLE	100%	
		7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SEVRICIO	7.1. PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO.		CUMPLE	87%	
			7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	CUMPLE 75%		
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	CUMPLE	100%	
				8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio	CUMPLE		
			8.4. ANÁLISIS DE DATOS		CUMPLE		
	GESTIÓN JURÍDICA	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.3. Control de documentos	CUMPLE 50%	75%	89%
				4.2.4. Control de registros	CUMPLE		
		5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN.	5.5.3. Comunicación Interna.	CUMPLE	100%	
		7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SEVRICIO	7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	CUMPLE	92%	
				7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	CUMPLE		
				7.2.3. Comunicación con el cliente	CUMPLE 75%		
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	CUMPLE 75%	88%	
				8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio	CUMPLE		
	GESTIÓN DE TICS	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.3. Control de Documentos	CUMPLE 43%	34%	69%
				4.2.4. Control de Registros	CUMPLE 25%		
		5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN.	5.5.3. Comunicación Interna.	CUMPLE	100%	
		6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	6.3. INFRAESTRUCTURA		CUMPLE 33%	33%	
		7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SEVRICIO	7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	7.2.3. Comunicación con el cliente	CUMPLE 75%	88%	
			7.6. Control de Equipos de Seguimiento y Medición.		CUMPLE		
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	CUMPLE 75%	88%	
				8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio	CUMPLE		

	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.3. Control de documentos	X	25%	73%
				4.2.4. Control de registros	CUMPLE 50%		
		6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	6.2. TALENTO HUMANO	6.2.1. Generalidades	CUMPLE	95%	
				6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia. (a, b, c, d y e)	CUMPLE 80%		
			6.4. AMBIENTE DE TRABAJO		CUMPLE		
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	CUMPLE	100%	

PROCESO DE EVALUACIÓN	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.1. REQUISITOS GENERALES		CUMPLE 86%	93%	86%
			4.2. GESTIÓN DOCUMENTAL	4.2.3. Control de Documentos	CUMPLE		
				4.2.4. Control de Registros	CUMPLE		
		8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	8.2.2. Auditoria Interna	CUMPLE 83%	79%	
				8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	CUMPLE 75%		

Anexo 3.

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL SIG DE ACUERDO A LINEAMIENTOS DEL DAFP	
RANGO	**CONCEPTO**
Más del 85%	Se encuentran en buen grado de desarrollo y requiere de actividades de mejora continua y mantenimiento para su sostenimiento en el largo plazo.
Entre 60% y 85%	Se encuentran en grado de cumplimiento con leves deficiencias en cuanto a documentación, procedimientos, control y continuidad con las actividades realizadas para la mejora continua del Sistema.
Entre 40% y 60%	Se encuentran en grado de cumplimiento con deficiencias en cuanto a documentación, procedimientos, control y continuidad con las actividades realizadas para la mejora continua del Sistema.
Menos de 40%	Se encuentra en grado de cumplimiento de aspectos parciales, su compromiso con la mejora continua del Sistema ha sido bajo, se requiere medidas correctivas urgentes que aseguren la eficacia del Sistema.

ANEXO DE INFORMES DE AUDITORÌAS INTERNAS POR PROCESO

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	PCEV-01-F-05
CORPOCESAR	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 1			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	PLANEACIÓN ESTRATEGICA	FECHA	21	9	2015

AUDITADOS: Hernán Maestre Martínez
Maria Alejandra Chinchilla
Jonathan Soledad
Sebastián Fajardo

AUDITORES: Hanne Sánchez Mázzri

Requisito de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI 2014		
5.1.		Se pudo evidenciar el Informe de la primera revisión por la Dirección que se hace al Sistema Integrado de Gestión, correspondiente a Agosto de 2015, informe ejecutivo anual para la revisión por la Dirección del Sistema Integrado de Gestión. Al momento de la auditoría, los auditados manifiestan que los compromisos de la Dirección no se han establecido debido a que se encuentra en proceso de socialización del primer informe de Revisión por la Dirección, la cual no se ha concluído por la programación de la agenda del Director. Lo anterior no proporciona evidencia del compromiso de la Alta Dirección con el desarrollo e implementación del Sistema, incumpliendo el literal d) del numeral 5.1. de la NTCGP 1000:2009.	NO CONFORMIDAD
5.6.2		El insumo para la revisión fueron los Resultados de las auditorías internas, desempeño de los procesos y su medición (indicadores), estado de acciones preventivas y correctivas, recomendaciones para la mejora, los mapas de riesgos y sus controles. Sin embargo no se incluyó la Retroalimentación del Cliente dentro de este insumo para revisión del Sistema, tal como lo establece el literal b) del numeral 5.6.2 (Información de entrada para la revisión de la NTCGP 1000:2009.	NO CONFORMIDAD
8.2.3.	1.2. Direccionamiento Estratégico 1.2.4 Elemento de control: Indicadores de Gestión	Se evidencia la elaboración de una tabla de indicadores para el proceso de Planeación Estratégica, contempla seis (6) indicadores de los cuales cuatro miden eficacia y dos efectividad. Se tiene registros de medición de cinco (5) indicadores teniendo en cuenta la frecuencia por lo que a un indicador no se le ha hecho medición porque su frecuencia es anual. No se ha realizado comparativos de las mediciones para observar su comportamiento debido a que sólo se ha hecho una medición y no hay datos disponibles anteriores con los cuales compararlos. La medición se hizo a corte 30 de junio de 2015. Se hace observación de analizar los resultados obtenidos en las mediciones que se hagan de los indicadores. Además, estos metodos de seguimiento y medición deben facilitar el seguimiento por parte de los clientes y partes interesadas, y los resultados deben estar disponibles y ser difundidos en la página web de la Corporación u otros medios, tal como lo establece el numeral 8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos de la NTCGP 1000:2009.	NO CONFORMIDAD
4.2.3		No se ha realizado transferencia documental, no se presenta evidencias de haber realizado transferencia documental de ningún año. Se hace Observación de asegurar que los documentos de archivo de gestión que no estén activos, sean transferidos al Archivo Central de la Entidad.	OBSERVACIÓN

CONCLUSIÓN
La misión, visión y objetivos estratégicos son divulgados a través de canales de comunicación como la página web y en carteleras de acrilico ubicadas estratégicamente en la sede principal de la Entidad, a la vista de funcionarios y usuarios. El sistema integrado de gestión contempla procedimientos por procesos y son divulgados cada vez que se actualizan. La caracterización menciona una actividad de Seguimiento a las metas del plan de acción cuya salida es Informe de gestión, revisando la documentación se pudo evidenciar el registro del Informe de Gestión del I Semestre del año 2015, seguimiento este a las metas del Plan de acción vigente en la Corporación. La Alta Dirección comunica las responsabilidades en la Corporación, evidencia de esto es la Resolución1191 de Septiembre 16 de 2014 en la que se definen las responsabilidades del representante de la Alta Direccion y del equipo de Calidad, MECI y Modelo Integrado de Planeación y Gestión. En cuanto a lo descrito como apoyo a la Formulación de estrategias para la prevención del riesgo del Departamento y los Municipios, la Corporación participa junto con las entidades públicas y privadas, concejo municipal y departamenteal, entre otros entes, en evaluaciones y analisis del riesgo de algunos escenarios en la Jurisdicción. Se verifican las solicitudes de modificación, eliminación o elaboración de documentos y se aprueban, de acuerdo a lo descrito en los procedimientos. Así mismo, los documentos de origen externo se encuentran en medio magnético y se tienen identificados en los listados maestros de documentos; los documentos obsoletos se encuentran en medio magnético. Se pudo verificar la del proceso de planeación estratégica y una subcarpeta llamada Obsoletos en la que se encuentra la documentación con las versiones anteriores a la actual. Existe acto administrativo (Resolución 0978 del 10 de agosto de 2015) por medio de la cual se adopta el manual del sistema integrado de gestión de CORPOCESAR, Resolución 2011 de Diciembre 16 de 2014 por medio de la cual se adopta el Sistema Integrado de Gestión, la Política integrada de gestión, los objetivos estratégicos de gestión y se modifica el mapa de procesos de CORPOCESAR. En esta resolución se plasma la política y los objetivos estratégicos de gestión. Se pudo evidenciar la publicación del Manual de Calidad en la Página Web así como las resoluciones mencionadas anteriormente. El proceso de Planeación Estratégica junto con los demás procesos cuentan con una matriz de comunicación que se pudo evidenciar en el Manual del Sistema Integrado de Gestión (página 24 a 36) en el cual se describe los aspectos a comunicar, el responsable de la comunicación, a quien se le comunica, las estrategias y medios y la frecuencia con la qu se comunica. La Política integrada de gestión es adecuada al objeto de la Entidad, coherente con los planes estratégicos de la Corporación, incluye un compromiso de cumplir con los requisitos de sus clientes, de mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema, proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad, se comunica a todos los servidores que ejercen funciones dentro de la Corporación, y es entendida por ellos, y se viene revisando para su adecuación continua.

RECOMENDACIONES
Se recomienda garantizar el compromiso de la Alta Dirección de la Corporación con el Sistema Integrado de Gestión, asegurando la identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios, asignando los recursos necesarios para su cumplimiento y la gestión sobre los procesos y programas de la Corporación que afecten al Sistema, de manera que la política y objetivos estratégicos se alcancen. Se recomienda que en la Revisión por la Dirección se incluya información referente a la retroalimentación del cliente, con el fin de garantizar que la Dirección cuente con la información suficiente para evaluar eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema y poder así evaluar eventos negativos tanto internos como externos que puedan impedir el logro del cumplimiento de sus funciones y el normal desempeño de la Corporación.

ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mázzr	APROBADO POR:	José María Araujo Murgas Jefe Oficina Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	PCEV-01-F-05
	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 2			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	GESTIÓN DE PLANIFICACIÓN Y ORDENAMIENTO AMBIENTAL DEL TERRITORIO	FECHA	21	9	2015

AUDITADOS:	Leuger Cortés Orduz - Subdirector General Área Gestión Ambiental Libardo Lascarro Ditta - Profesional Especializado Dairo Campo Ospino - Profesional de Apoyo a la Subdirección General Área Planeación.	**AUDITOR:** Hanne Sánchez Mázzri

Requisito de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI 1000:2005		

CONCLUSIÓN

Los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los POT se determinan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 9 del Decreto 4002 de 2004 que establece los procedimientos para la revisión y ajustes de los POT. La Ley 388 de 1997 que establece la armonización y actualiza las disposiciones contenidas en la Ley 9 de 1989 con las nuevas normas establecidas en la Constitución Política. La ley orgánica del Plan de Desarrollo, la Ley Orgánica de Áreas Metropolitanas y la Ley por la que se crea el Sistema Nacional Ambiental. El establecimiento de los mecanismos que permitan a los municipios ordenar su territorio en cuanto a uso de suelo. La Ley 507 de 1999 donde se amplia plazo a los municipios para la elaboración de los POT.
Durante la entrevista, se manifestó que se concertan todos los planes de ordenamiento ambiental del territorio, planes parciales con acompañamiento y asesoría a los municipios.
Se están publicando las Resoluciones y Autos de concertación de temas ambientales, POT, EOT y POB en la página web de la Corporación.
El proceso planifica sus actividades, cuentan con cronograma de actividades tal es el caso el establecido para el Convenio 029 de 2014 entre Corpocesar y el Fondo de Adaptación, concerniente a la declaratoria de ordenación de las cuencas Rio Guatapurí y Bajo Cesar - Ciénaga de Zapatosa, como lo menciona el procedimiento Ordenamiento y manejo de cuencas hidrográficas que describe como registro un cronograma de actividades para las cuencas priorizadas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda tener en físico la documentación referente a lo contratado para la Ordenación de cuencas, bien sea, cronogramas de trabajo, contratos y todo aquello que sea utilizado como medio de consulta.

ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mázzri	APROBADO POR:	José María Araujo Murgas Jefe Oficina Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	PCEV-01-F-05
	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 3			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	GESTIÓN JURÍDICA	FECHA	22	9	2015

AUDITADO: Diana Orozco Sánchez - Jefe Oficina Jurídica
Julio Berdugo Pacheco - Asesor de Dirección

AUDITORES: Hanne Sánchez Mázzri
Jonathan Soledad

Requisito de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI 1000:2005		
7.2.3.		El procedimiento de Denuncias ambientales tiene definidos los requisitos para la atención de Denuncias ambientales, sin embargo, se hace observación de determinar en el procedimiento las disposiciones eficaces para la comunicación con los usuarios relativa a la retroalimentación cuando éstos requieren respuesta a sus denuncias.	**OBSERVACIÓN**
4.2.3		A pesar de que el uso de los formatos PCA-06-F-04 Formato Informe técnico de visita de inspección y PCA-06-F-05 Formato de informe técnico para tazación de multas son uso de los Ingenieros Ambientales, se hace observación de que la Oficina Jurídica debe hacer control y tomar medidas sobre la obligatoriedad del uso de dichos formatos que son de Gestión Jurídica.	**OBSERVACIÓN**

CONCLUSIÓN

El proceso cuenta con Normograma actualizado, tiene todos los procedimientos documentados.
Se tiene comunicación con las dependencias de Coordinación de Seguimiento Ambiental y Concesiones Hídricas, que es con las que más se manejan procesos de información.Se tiene programado hacer retroalimentación de procesos jurídicos con las Coordinaciones cada tres meses teniendo en cuenta los tiempos de términos para abrir procesos jurídicos.
Se hace seguimiento a los procesos jurídicos, se emiten autos de visita y resoluciones, estos actos administrativos están siendo utilizados en los formatos establecidos en la documentación del Sistema Integrado de Gestión.

RECOMENDACIONES

Se recomienda ejercer control sobre la obligatoriedad del uso de los formatos que establece el proceso de gestión jurídica.

Se recomienda dar el uso correcto a los formatos correspondientes a Comunicaciones internas y externas.

Aunque no es de obligación según la Ley 1333 de 2009, se hace recomendación de incluir en el procedimiento de Denuncias ambientales lo relacionado a la retroalimentación escrita al usuario que instaura denuncias.

ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mázzri Jonathan Soledad	APROBADO POR:	José María Araujo Murgas Jefe Oficina de Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	PCEV-01-F-05
	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 4			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO AMBIENTAL	FECHA	22	9	2015

AUDITADOS: Leuger Cortés Orduz - Subdirector General Área Gestión Ambiental.
Julio Olivella Fernández - Coordinador Sub-área Jurídica Ambiental
Harrys Torres - Contratista - Coordinación Seguimiento a Permisos y Concesiones Hídricas
Vanesa López - Abogada Contratista - Coordinación Seguimiento a Permisos y Concesiones Hídricas.
Ricardo Gómez - Contratista - Coordinación de Recursos Naturales.
Alexander Ospino - Coordinador Programa de Producción más Limpia.

AUDITORES: Hanne Sánchez Mázzri.
Jonathan Soledad.

Requisito de la Norma que No se Cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI		
7.6.	1.3.1. Política de Administración del Riesgo.	Al momento de la auditoría no hay evidencias de calibración de equipos, lo que conlleva a que no se verifica que los equipos estén ajustados y que puedan invalidarse los resultados de medición, incumpliendo con el numeral 7.6. de la NTCGP 1000:2009.	NO CONFORMIDAD
8.2.3.	2.1.1. Autoevaluación de control y gestión.	El proceso Gestión de Evaluación, Control y Seguimiento ambiental, es el proceso misional más representativo de la Entidad y por ende del Sistema Integrado de Gestión, en las coordinaciones se estableció la necesidad de evaluar la satisfacción de los usuarios puesto que son los sitios donde más clientes son atendidos, durante la auditoría no se pudo evidenciar el diligenciamiento de las Encuestas diseñadas para medir la satisfacción del usuario, por lo que se hace Observación de apoyar este mecanismo de medición importante para la obtención de información de entrada que permite conocer la percepción d elos usuarios y así mejorar el desempeño de la Corporación.	OBSERVACIÓN
4.2.3.		Se hace observación de tomar medidas de control para que el personal a cargo utilice los formatos diseñados para las actividades propias del proceso y de versiones vigentes.	OBSERVACIÓN
7.1.		En la coordinación de Seguimiento a permisos y concesiones hídricas no realizan actividades de planificación de tareas, se hace observación de evaluar la posibilidad de realizar cronograma de actividades de seguimientos con el fin de ejercer control sobre los usuarios a los cuales se les hace seguimiento y la periodicidad con la que se le realiza.	OBSERVACIÓN

CONCLUSIÓN

Se determinan los requisitos de los usuarios para el otorgamiento de trámites a través de los Formularios Únicos emitidos por el Ministerio. El proceso determina los requisitos legales y reglamentarios y genera la documentación establecida desde los auto de inicio de trámite, su publicación, auto de visita, informe técnico hasta la Resolución de otorgamiento.
Algunas coordinaciones planifican sus actividades y la realización de la prestación del servicio, dependiendo de las funciones del cargo y dejan registros necesarios para proporcionar evidencia de la realización o prestación de los servicios.
La coordinación sub-área Jurídica Ambiental implementa correctamente el uso de todos los formatos diseñados para manejar la documentación del Sistema, facilitando el control de las actividades que permiten el cumplimiento de funciones y contribuyendo al avance y mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión.
En la Coordinación de Seguimiento a permisos y concesiones hídricas, los profesionales de apoyo tienen conocimiento claro de las actividades propias de la dependencia. demuestran claridad de la normatividad vigente.

RECOMENDACIONES

Se recomienda ejercer control para que el personal a cargo utilice los documentos y registros establecidos para el proceso dentro del Sistema Integrado de Gestión, en sus versiones vigentes.

Se recomienda que todas las coordinaciones sean facilitadoras en el diligenciamiento de las encuestas de medición de la satisfacción del usuario, esto como medida de seguimiento de la información relativa a la percepción de los usuarios respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la Corporación.

Se recomienda calibrar todos los equipos de medición utilizados en la Corporación asegurando así que el seguimiento y medición que se realicen arrojen resultados validos y evitando así poner en riesgo la adecuada ejecución de los procedimientos relacionados con la prestación del servicio de la Entidad.

ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mázzri Jonathan Soledad	APROBADO POR:	Jose María Araujo Murgas Jefe Oficina Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	PCEV-01-F-05
CORPOCESAR	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 5			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	FECHA	23	9	2015

AUDITADO: Wilmen Vásquez - Coordinador Subárea Administrativa.	AUDITORES: Carlos González Quintero Hanne Sánchez Mázzri

Requisito de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI 1000:2005		
6.2.	2.1.1. Autoevaluación de control y gestión.	Se revisó la Hoja de vida de la Dra RINA ALMEIDA BURGOS, funcionaria que estuvo vinculada a la Corporación por Libre nombramiento y remoción, se evidenció que la Hoja de vida pública (Formato Único DAFP) no presenta la firma del jefe de personal en el punto 6 (Observaciones del jefe de recursos humanos y/o contratos). Se hace observación de certificar que la información suministrada, en todas las Hojas de vida de funcionarios, ha sido constatada frente a los documentos que han sido presentados como soporte.	OBSERVACIÓN
4.2.4.		Se verificó un acto administrativo, Resolución No 0851 de Julio 14 de 2015 por medio del cual se acepta renuncia y se efectúa un encargo en un cargo de libre nombramiento y remoción, en lo que se hace Observación de utilizar los formatos establecidos para elaborar Resoluciones y Comunicaciones internas y externas.	OBSERVACIÓN
4.2.4.		Según lo establecido en el Artículo 75. del Decreto 1227 de 2005 reglamentario de la Ley 909 de 2004, de conformidad con el artículo 24 del Decreto-ley 1567 de 1998 y con el fin de mantener niveles adecuados de calidad de vida laboral, las entidades deberán efectuar los siguientes programas: 75.1. Medir el clima laboral, por lo menos cada dos años y definir, ejecutar y evaluar estrategias de intervención. Se evidenció Informe de análisis de la Encuesta sobre Ambiente y Percepción Institucional sin registro de fecha de elaboración lo que impide conocer el periodo encuestado. Se evidenció el formato de la Encuesta sobre Ambiente y Percepción Institucional en medio magnético, sin embargo esto no constituye insumo para generar el Informe de análisis mencionado, teniendo en cuenta lo definido para el control de registros establecido en el numeral 4.2.4. de la NTCGP 1000:2009.	OBSERVACIÓN

CONCLUSIÓN

Las competencias del personal se definen de acuerdo al Decreto reglamentario 2539 de 2005 que establece que el Gobierno Nacional determinará las competencias de los empleos y los requisitos en los distintos niveles jerarquicos. Actitudes, habilidades, destrezas, estudios y experiencia, competencias comportamentales. Decreto 1785 de 2014 por el cual se establecen las funciones y los requisitos generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerarquicos de los organismos y entidades del orden nacional y se dictan otras disposiciones; Además se realizó el programa de inducción y reinducción, espacio de formación en el que se instruye al personal y se forma en las habilidades y destrezas de acuerdo con la naturaleza de los cargos.

Se cuenta con el Plan de capacitación de la vigencia 2015 y se ha venido desarrollando, al igual que se tiene el cronograma del programa de bienestar social de la vigencia 2015, con fechas para llevar a cabo realización de proyectos de aprendizaje y mantienen registros de su ejecución.

Durante el desarrollo del programa de inducción y reinducción se tomó un espacio para la socialización de los principios y valores de la Corporación, de esto se mantiene registros de asistencia.

El proceso cuenta con los indicadores de gestión al cual se le hizo la primera medición y no se pudo evidenciar resultados.

A través de las Evaluaciones de Desempeño cada funcionario hace un acuerdo de compromisos, tienen metas que cumplir al año, criterios establecidos de acuerdo a la misión institucional y debe aportar evidencias (Informes de que hizo lo que se comprometió), cada compromiso tiene un valor (el valor lo da el evaluado y el evaluador).

Se cuenta con Diagnostico de las condiciones de salud de los trabajadores de la Corporación, tiene información de distribución de personal según patologías que padecen, antecedentes personales y familiares, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, morbilidad sentida, ausentismo laboral.
Se contrató un profesional especializado para prestación de servicios profesionales en el área de la salud y especializados en salud ocupacional para la implementación del Sistema de Gestión de La Seguridad y Salud en el Trabajo en CORPOCESAR.
Se cuenta con matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles modelo según Norma GTC 45 ICONTEC, cuenta con la identificación del Proceso, lugar, actividad, tarea, tipo de actividad rutinaria o no rutinaria, descripción del peligro, peligros, clasificación, efectos posibles, controles existentes en la fuente en el medio en el trabajador, nivel de deficiencia, evaluación dle riesgo, criterios de control y medidas de intervención sugeridas, observaciones.
Se determina la participación de los empleados de CORPOCESAR en el Comité Paritario de SO - COPASST, se determina el procedimiento de elección y se designan los representantes del empleador en dicho comité.

RECOMENDACIONES

Se recomienda firmar las hojas de vida (Formato único) tanto de servidores públicos como contratistas, donde se certifique que la información suministrada, en todas las Hojas de vida de funcionarios, ha sido constatada frente a los documentos que han sido presentados como soporte por ellos.

Se hace recomendación de utilizar los formatos para elaborar Resoluciones y Comunicaciones internas y externas establecidos en la documentación del Sistema Integrado de Gestión.

Revisar las actividades descritas en los procedimientos del Proceso Gestión de Talento Humano y ajustar las que sean pertinentes.
Se recomienda mantener los registros de las encuestas sobre Clima Laboral y analizar los datos para mejorar los aspectos que sean calificados como deficientes en las encuestas.

ELABORADO POR:	Carlos González Quintero TP C9923 Hanne Sánchez Mázzri	APROBADO POR:	José María Araujo Murgas Jefe Oficina Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	PCEV-01-F-05
	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 6			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	FECHA	23	9	2015

AUDITADO: Mery Oñate Zuleta - Auxiliar Administrativo
Luis Garnica Hernández - Auxiliar Administrativo de apoyo

AUDITORES: Hanne Sánchez Mázzri
Jonathan Soledad

Requisitos de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI 2014		
7.4.3.	2.1.1. Autoevaluación de control y gestión.	Se pudo evidenciar la instalación de tres (3) televisores que serán utilizados para divulgar la información corporativa, así mismo la instalación de tres (3) avisos en acrílico que informan la misión, visión y politica integrada de gestión del Sistema Integrado de Gestión, al momento de auditar al proceso, se solicitó el contrato y las facturas de ventas de dichos suministros, y no se encontraron radicados. Lo anterior evidencia el incumplimiento del procedimiento de Entrada de bienes puesto que los bienes no están siendo ingresados al almacén para su registro, verificación y entrada.	NO CONFORMIDAD
7.6.		No se evidenció registros de calibración de los equipos de medición GPS y sonómetros, necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto y/o servicio con los requisitos determinados. Incumpliendo el numeral 7.6 de las normas NTCGP1000:2009 e ISO 9001:2008	NO CONFORMIDAD

CONCLUSIÓN

La Corporación determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad del producto y/o servicio, cuenta con una instalación (edificio) o espacio de trabajo donde funciona la sede principal de la Corporación y así mismo sitios arrendados en los Municipios donde funcionan las seccionales, cuenta con servicios públicos y contrato de transporte con el que los funcionarios se movilizan para realizar las actividades de inspección propias del objeto misional de la Corporación.

Los pliegos de condiciones incluyen requisitos para la aprobación del producto y/o servicio, así mismo, los requisitos para la calificación del personal (servicios de contratación de personal), esto se refleja en los Estudios Previos que cada líder elabora al presentar una necesidad.

En el proceso se está llevando el diligenciamiento de un Kardex, que permite identificar los productos en cantidades y llevar así control de la existencia de bienes consumibles en la Corporación.

Los productos son preservados en la bodega del almacén, cuenta con estantería donde se organizan aquellos insumos que vienen en cajas y aquellos que por su tamaño no se permiten ubicar en estantes son organizados en el suelo de la bodega.

En caso de detectarse una anomalía en productos suministrados, se verifican las especificaciones técnicas establecidas en los pliegos de condiciones y el contrato, en caso de no cumplir con las especificaciones se hacen devoluciones al momento de la entrega en presencia del proveedor y se firma la remisión hasta que cumplan con la totalidad de los requisitos, tanto en calidad como cantidad.

Están definidas las responsabilidades para la inspección de los productos comprados. El procedimiento Entrada y Salida de Bienes de Almacén define las responsabilidades de los supervisores en el momento de adquisición de productos.

RECOMENDACIONES

Se recomienda ejercer control sobre los productos adquiridos que entran a la Corporación y cuya entrada debe ser efectuada a través de Almacén.

Hacer uso del módulo de inventario del programa SIIGO dispuesto en el Almacén, para ejercer control de la existencia de los elementos de consumo y para proveer información razonable a la sub-área Contabilidad. Esta herramienta permite tener un conocimiento de los productos tanto a nivel estadístico como informativo.

Establecer proceso de seguimiento (Calibración) para verificar que los equipos de medición aseguren resultados conformes y confiables.

ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mázzri Jonathan Soledad	APROBADO POR:	José María Araujo Murgas Jefe Oficina Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PCEV-01-F-05
	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSION: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 7			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	GESTION DE TICS	FECHA	24	9	2015

AUDITADO:	Marcelo Horlandy - Coordinador Subárea Sistemas e Informática	AUDITORES: Hanne Sánchez Mázzri José María Araujo Murgas.

Requisito de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000: 2009	MECI 1000:2005		
6.3.	1.3.1 Políticas de administración del riesgo.	Existen políticas informáticas establecidas y comunicadas en la página web de la Entidad, sin embargo, la Información de la Entidad no está segura, se presentó casos de virus que encriptaron información en la dependencia de Subdirección General Área de Planeación, lo que indica la alta probabilidad de infección por virus no detectados y que la red se encuentra expuesta a estos ataques por la falta de un sistema de seguridad sólido y robusto que proteja el Sistema, incumpliendose con el numeral 6.3. (Infraestructura) de la NTCGP 1000:2009.	NO CONFORMIDAD
4.2.4 6.3.		El formato soporte de solicitud de servicios informáticos se encuentran diligenciados hasta Marzo de 2015, lo que demuestra que hay deficiencias en los soportes realizados en la anualidad 2015, incumpliendo con el numeral 6.3. y 4.2.4 de la NTCGP 1000: 2009. Se hace observación de dar uso a los formatos establecidos en el proceso de Gestión de Tics que demuestre el cumplimiento de las actividades que realiza la dependencia diariamente y que se encuentras establecidas en los procedimientos.	OBSERVACIÓN
4.2.4		El formato Entrega y Recibo de Información para Publicación en Página WEB o Intranet que usan está codificado PCA-07-F-04 Versión 1.0 fechado 07/10/2013 y la versión actualizada excluye la palabra Intranet y está codificado PCA-07-F-03 Versión 1.0 del 15/05/2014, además los registros de publicación en página web están hasta septiembre lo que indica que no se viene diligenciando dicho formato. Se evidenció que se firman los traslados de equipos para mantenimiento preventivo y/o correctivo en el formato PCA-07-F-01 de fecha 23/12/2011 y la versión actaulizada es PCA-07-F-02 de fecha 15/05/2014, es decir que el formato que se encuentra en uso no coincide con la versión actual. incumpliendo con el numeral 4.2.4 Control de registros de la NTCGP 1000:2009.	NO CONFORMIDAD
7.2.3.		Verificando en la página web de la Corporación, el formato de Encuesta de satisfacción de usuario fue puesto en línea en la página, el formato de denuncias ambientales aún no ha sido colgado en línea, se hace observación que dicho formato sea publicado en la página web de tal manera que puedan ser diligenciados en línea por los usuarios, esto enmarcado en la Comunicación con el cliente que establece el numeral 7.2.3. de la NTCGP 1000:2009.	OBSERVACIÓN

CONCLUSIÓN

En el proceso se alimenta periodicamente la página web con el fin de que los usuarios se mantengan informados sobre la prestación del servicio de la Corporación.
Los contratos, consultas y solicitudes están siendo colgadas en la página web, este medio es el más utilizado como canal de divulgación, sumado a los correos institucionales por el cual se transmite información de interés interno.
En el proceso se realiza monitoreos periódicos de verificación de la infraestructura tecnológica.
El proceso cuenta con políticas de operación que incluyen: Política de seguridad informática, política editorial y administración de la página Web.
Se llevan a cabo mantenimientos preventivo y correctivo de equipos.
Se cuenta con hojas de vida de los equipos.
Se realiza seguimiento y medición del proceso a través de informes de Estadísticas Web.

RECOMENDACIONES

Se recomienda adquirir una herramienta que bloquee los virus informáticos, es imprescindible que el software antivirus cuente con las últimas actualizaciones que ayuden a la herramienta a identificar y eliminar las últimas amenazas. Mejorar la seguridad de los equipos y disminuir las posibilidades de que sufran una infección usando un firewall (US), actualizando los equipos, teniendo una suscripción de software antivirus actualizada o usando algunas prácticas específicas para proteger los equipos de la Corporación de ataques de virus informáticos. Dado que ningún metodo de seguridad está garantizado, es importante realizar copias de seguridad de los archivos más importantes con regularidad.
Hacer backups a la información misional de la Entidad, tal como se realiza con la información financiera y contable, lo anterior en aras de preservar la memoria institucional.
Se recomienda implementar el diligenciamiento de quejas y reclamos, Denuncias ambientales y Encuesta de Satisfacción en línea facilitandole a los clientes eficacia en la comunicación con la Entidad.
Se recomienda hacer uso de los formatos y documentos en sus versiones actualizadas.

ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mázzri	APROBADO POR:	José María Araujo Murgas Jefe Oficina de Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	PCEV-01-F-05
CORPOCESAR	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 8			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	EDUCACIÓN AMBIENTAL	FECHA	24	9	2015

AUDITADO: Ismael Escorcia Atencio - Coordinador sub-área Educación Ambiental Hernán Quintero - Profesional de apoyo - Contratista	**AUDITORES:** Hanne Sánchez Mázzri.

Requisito de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI 1000:2005		
8.2.3.	2.1.1. Autoevaluación de control y gestión.	A pesar de que la tabla de indicadores se encuentra elaborada, no hay eficacia en la medición debido a que hay dos indicadores que no se pudieron medir porque no hay información de acuerdo a lo diseñado Indicador 3 Efectividad - Población beneficiada (Número de personas esperadas en el plan de educación ambiental) y el Indicador 5 Efectividad de las estrategias de educación ambiental (Número de encuestas) No tienen encuestas aplicadas. Se hace observación de reevaluar los indicadores.	**OBSERVACIÓN**
4.2.3.		No se está dando uso a los formatos establecidos en el proceso, se hace observación de dar cumplimiento al uso de los formatos de Informe de Comisión PCM-02-F-06 Versión 3.0 de 12/06/2014. Así mismo, los formatos establecidos para comunicaciones internas y externas, establecidos en la documentación del Sistema Integrado de Gestión.	**OBSERVACIÓN**

CONCLUSIÓN

Se realizan informes ejecutivos de actividades realizadas en trabajo conjunto para apoyo a PRAE de instituciones educativas del Departamento del Cesar.

Cuentan con registros de Proyectos de Implementación de la dimensión ambiental a través de los PRAES en el Municipio de Valledupar.

El proceso realiza divulgación y socializa los trabajos realizados con PRAE en las redes sociales y página web de la Corporación.

El responsable del proceso realiza reuniones periodicas con su equipo de trabajo donde planean el trabajo y todas las actividades a realizar durante la semana.

Se realizan agendas de trabajo, con el objetivo de aunar esfuerzos, capacidades y conocimientos entre CORPOCESAR y la UPC a través del grupo de investigación ambiente, ciencia y tecnología para llevar a cabo la coordinación y el apoyo logístico en la realización de las actividades de investigación en educación ambiental programadas para la Corporación, para fortalecer la educación y participacion ciudadana en los proyectos ambientales ecsolares y ciudadanos

RECOMENDACIONES

Se recomienda hacer revisión de los indicadores de gestión del proceso y reevaluarlos, direccionandolos a que se logre medir la eficacia y eficiencia en la gestion ejecutada en el proceso.

Se recomienda poner en uso los formatos de comunicaciones internas y externas establecidos en la documentación del Sistema Integrado de Gestión de la Corporación y aquellos documentos y los que sirvan de registros que estén adecuados para el proceso.

ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mázzri	APROBADO POR:	José María Araujo Vargas Jefe Oficina Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	PCEV-01-F-05
	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 9			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	GESTIÓN DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	FECHA	25	9	2015

AUDITADO:	AUDITOR:
Dr. Julio Berdugo Pacheco - Secretario General Dra. Estefanía Alzate - Profesional Comunicación - Contratista.	Hanne Sánchez Mázzri. Jonathan Soledad.

Requisito de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI		
5.5.3.	3. Eje transversal: Información y Comunicación.	A través de la página web se comunica información relacionada con las actividades que ejecuta la Institución en cumplimiento de su misión. Carteleras en los pasillos usados por los funcionarios de la Dependencia de Secretaría General para el uso de divulgación de información tanto interna como de interés externo. Los correos institucionales se usan sin embargo se hace observación de generar la cultura del uso de los mismos, además de velar por el uso de los formatos de Comunicaciones internas y externas.	OBSERVACIÓN
8.2.1.		Se cuenta con el formato de Encuestas de satisfacción del usuario sin embargo no se pudo evidenciar registros de medición de la percepción del cliente desde el mes de Junio de 2015; así mismo, no se cuenta con seguimientos a los mismos, incumpliendo el numeral 8.2.1. (Satisfacción del cliente) de la NTCGP 1000:2009 Se tiene diseñado el formato de PQR sin embargo no se ha aprobado, y por ende no existe registros de aplicación de PQR.	NO CONFORMIDAD
7.2.3 c) 8.5.		No se cuenta con informe de análisis de datos de las encuestas aplicadas para conocer la percepción del usuario ni se pudo evidenciar retroalimentación del cliente, incumpliendo con lo descrito en el literal c) del numeral 7.2.3. (Comunicación con el cliente) de la NTCGP 1000:2009. Así mismo, no se plantean las acciones de mejora una vez analizada la información de la medición de la satisfacción del usuario como lo establece el Procedimiento para la medición de la satisfacción del usuario (item 8.)	NO CONFORMIDAD

CONCLUSIÓN

La caracterización del proceso fue ajustada y actualizada, el procedimiento de Trámites de Correspondencia externa recibida e interna enviada establece actividades en las que se define la manera de atender peticiones, quejas y demás correspondiente a la atención al ciudadano.

El proceso realiza transferencia documental de su archivo de gestión en los formatos vigentes para tal actividad.

En el proceso se llevan a cabo la evaluación de los eventos como lo establece el procedimiento de Comunicación Pública.

En el proceso se plantean actividades de divulgación en radidifusoras de Valledupar, divulgación a través de periodistas independientes, divulgación de programa especializado de alto rating Valledupar, Divulgación en radiodifusoras de otros Municipios, Espacios en programas de Televisión, publicación en periódicos, sueteres y gorras, cámara y edición, diseños gráficos, divulgación en programas de alto rating en zona rural, revistas, fechas ambientales y se hace Coordinación de la ejecución del Plan de Medios de CORPOCESAR.

El líder del proceso conoce los riesgos del proceso de Gestión de Comunicación e Información, muestra la matriz donde se consignan 5 riesgos referentes a Divulgación deficiente de información, Desconocimiento de la gestión de la entidad, divulgación de información no veraz, No se desarrollen las políticas de información al interior de la entidad, la Deficiencia en la atención al usuario y Error en la redacción y producción del material periodístico.

El proceso se encarga de la comunicación interna y externa, estos están evidenciados a través de la Resolución No 1779 de Noviembre 14 de 2013 Por medio de la cual se adopta la Política de Comunicaciones de CORPOCESAR y la Resolución No 1780 de 14 de Noviembre de 2013, el artículo primero adopta el Manual de Protocolos y Eventos de CORPOCESAR.

RECOMENDACIONES

Se recomienda ejercer control sobre el uso de los formatos establecidos para las Comunicaciones internas y externas.

Se hace recomendación de realizar constante y eficazmente seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la Entidad, así mismo, identificar los aspectos por mejorar y tomar las decisiones necesarias para aumentar el grado de satisfacción de los usuarios, basados en los resultados obtenidos en las Encuestas de Satisfacción. Al igual que determinar e implementar disposiciones eficaces para comunicar y retroalimentar a los usuarios basados en la percepción que ellos manifiesten sobre el servicio prestado en la Entidad.

ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mazzri Jonathan Soledad	APROBADO POR:	José María Araujo Murgas Jefe Oficina Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PCEV-01-F-05
CORPOCESAR	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 10			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	GESTIÓN DOCUMENTAL	FECHA	25	9	2015

AUDITADOS:	AUDITORES:
Dr. Julio Berdugo Pacheco Jean Carlos Orozco Duran - Técnico Archivo	Hanne Sánchez Mazzri. Jonathan Soledad

Requisto de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI		
7.5.3.	3. Eje transversal: Información y comunicación.	En el proceso se maneja un email destinado para la ATENCIÓN AL CIUDADANO, al momento de la auditoria no se contaba con personal que facilitara registros sobre las consultas, requerimientos, reclamos de los clientes y/o usuarios. evidenciando la falta de control sobre la atención al ciudadano. Se hace observación de disponer de personal para que recepcione los requerimientos que los usuarios realizan a través de medios electrónicos, puesto que lo anterior puede generar incumplimiento en los tiempos de respuestas a peticiones de usuarios, incumpliendo con el numeral 7.5.3. de la NTCGP 1000:2009.	OBSERVACIÓN
7.5.3.		En ventanilla única se utiliza la planilla Control de correspondencia externa recibida codificada PCA-04-F-08 Versión 3.0 fechada 20/02/2015, sin embargo se pudo evidenciar que no se diligencian las casillas de fecha, Radicado del oficio recibido, firma de recibido y fecha de entrega, incumpliendo con lo descrito en el numeral 7.5.3. de la NTCGP 1000:2009.	NO CONFORMIDAD
4.2.4.		La correspondencia recibida por fax es recibida en Dirección General y es bajada a Ventanilla única para su radicación. Se hace observación de implementar el uso de FAX en Ventanilla Única.	OBSERVACIÓN
4.2.3 4.2.4.	2.1.1. Autoevaluación de Control y Gestión.	Se elaboró una planilla control de correspondencia interna enviada PCA-04-F-20 Versión 1.0, con el fin de que el mensajero interno recibiera la correspondencia de parte de las dependencias para reparto local fuera de la Corporación, éste debe firmar la planilla al momento de recibir los documentos para su reparto, sin embargo al momento de auditar al mensajero manifiesta que dicha planilla no está siendo diligenciada por ende no se cumple con el fin mismo de lo descrito en el procedimiento; se hace observación de ejercer control y seguimiento sobre la correspondencia enviada.	OBSERVACIÓN
7.5.5.	1.3. Administración del Riesgo.	Se encontraron expedientes y libros en el piso, evidenciando la falta de estantería y el inadecuado almacenamiento y protección del fondo documental de la Corporación, incumpliendo con el numeral 7.5.5. de la NTCGP 1000:2009. Evidencia también los riesgos del proceso que no se encuentran controlados.	NO CONFORMIDAD
4.2.3. 7.5.5.		No se ha hecho eliminación documental debido a que las TVD no se encuentran elaboradas y ellas son las que determinan que archivos se conservan y cuales se eliminan de acuerdo al fondo documental existente. Se hace observación de actualizar las TVD con el fin de valorar el fondo documental de la Corporación para determinar su preservación y conservación.	OBSERVACIÓN

CONCLUSIÓN

La ventanilla única cuenta con tres personas que apoyan el trámite de la correspondencia, desde la recepción, la radicación hasta la distribución de los documentos.

El comité de archivo se reune periodicamente y se levantan actas de reuniones, se hace seguimiennto a los compromisos establecidos. ejemplo de ello es la reunión de comité del 07 de julio de 2015 en el que se tratan temas del Archivo de gestión la digitalización. el cumplimiento del Contrato 19-6-0267-0-2014 cuyo objeto es la organización del archivo central. El software para ingreso y suministro de la información a través de unos códigos que permitirán el acceso a la información. Dice el acta que el Contratista lo que no entrega en el software es la ruta a los documentos que se encuentra en excel.

La encargada de ventanilla única realiza revisión de la documentación que llega a la Corporación, revisa si trae los anexos que se encuentran relacionados en los oficios y se distibuye a las distintas dependencias.

Utilizan correctamente el Formato Control solicitud préstamo y/o consulta de documentos - usuarios internos Archivo Central PCA-04-F-06 Versión 1.0 de fecha 21/05/2014.

RECOMENDACIONES

Se recomienda contar con personal y herramientas que faciliten el acceso de los usuarios y clientes (Atención al Ciudadano) para registrar y consultar requerimientos, acceder, radicar rquerimientos tales como: Consultas, Sugerencias, Quejas, Reclamos y radicar trámites en línea, así mismo, que desde la comodidad de su casa u oficina, pueda realizar seguimiento a sus requerimientos y recibir, si así lo desea, notificación del estado de sus requerimientos vía e-mail.

Se recomienda diligenciar en su totalidad las casillas del Formato de Planilla de control de correspondencia externa recibida, puesto que el numero de radicado de un oficio externo permite identificar el documento y hacer fácil el seguimiento a las solicitudes de los usuarios externos.

Se recomienda ejercer control y seguimiento sobre la correspondencia enviada, dar uso a los formatos establecidos en el proceso y cumplir así con las actividades descritas en los procedimientos.

Actualizar las TRD y TVD, ya que los documentos de la Entidad no están siendo controlados eficaz y eficientemente.

Adecuar el almacenamiento y protección del fondo documental de la Corporación, adquirir estantería para que la preservación del archivo sea conforme

ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mazzri Jonathan Soledad	APROBADO POR:	José María Araujo Murgas Jefe Oficina Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	PCEV-01-F-05
	GESTION DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 11			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	GESTIÓN Y MEJORAMIENTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	FECHA	28	9	2015

AUDITADOS. Jonathan Soledad - Profesional de apoyo
Maria Alejandra Cornchila - Profesional de Apoyo

AUDITORES. Hanne Sánchez Mázzri

Requisito de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI 1000:2005		
4.2.2.		El Manual tiene como anexo las Caracterizaciones de los Procesos en las que se evidencia la interacción que cada proceso tiene con los demás, sin embargo se debe contar con una Descripción, dentro del Manual, de la interacción entre los procesos del Sistema de Gestión tal como lo establece el literal c) del numeral 4.2.2. de la NTCGP 1000: 2009	NO CONFORMIDAD
4.2.3.		Las versiones vigentes de los documentos se aseguran distibuyendo los documentos en copias magnéticas a través de los correos electrónicos y en los servidores de las dependecias. Sin embargo al momento de auditar diferentes dependencias se observó el uso de obsoletos, evidenciandose la falta de control en las versiones vigentes. El procedimiento describe el uso que debe darse a los documentos obsoletos, sin embargo durante el proceso de auditorías en algunas dependencias se evidenció que esto no se viene aplicando. Por lo anterior, se hace Observación de socializar el procedimiento de Control de Documentos con todas las dependencias de la Corporación, no sólo a través de correos electrónicos sino en espacios de socialización directos con los actores que intervienen en este caso.	OBSERVACIÓN
8.3. 8.4.	2.1.1. Autoevaluación de control y gestión	El proceso cuenta con el Procedimiento Tratamiento al producto o servicio no conforme, codificado PCE-03-P-03 de Versión 1.0 y fechado 04/05/2015, así mismo el procedimiento establece en su última actividad que la Subdirección General Área de Planeación trimestralmente consolida la información sobre los productos no conformes con su análisis respectivos; sin embargo al momento de la auditoria no hubo evidencia de registros de dichos análisis, según el auditado porqué no se ha socializado el procedimiento y los formatos del mismo, lo anterior conlleva al incumplimiento de los numerales 8.3 (Control del producto y/o servicio no conforme) y 8.4. (Análisis de datos) de la NTCGP 1000:2009	NO CONFORMIDAD
8.4.		Se evidenció análisis de datos de la satisfacción del cliente, respecto a las preguntas de las encuentas de percepción, esta información se presentó en revisión por la dirección; sobre Servicio No Conforme no hay análisis de datos puesto que no se ha socializado el procedimiento; de indicadores aún no se ha hecho análisis de datos pues se tiene programado con el segundo corte de seguimiento de indicadores hacer análisis comparativos entre periodos, por lo que en su totalidad no se está analizando los datos que demuestren la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema Integrado de Gestión que permita evaluar dónde puede realizarse mejora continua, tal como lo establece el numeral 8.4. (Análisis de datos) de la NTCGP 1000:2009.	NO CONFORMIDAD
8.5.2. 8.5.3.		Se evidenció el diligenciamiento del formato de acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento, la desviación era la detección de un formato de estudios previos tenía errores al momento de ajustar la versión, se evidencia la corrección tomada (corrección formato y se divulgó la corrección al personal involucrado en el diligenciamiento del mismo), plan de acción con actividades y las firmas de los responsables de la acción definida. Se hace observación de revisar la eficacia de las acciones de acuerdo a lo establecido en el numeral 8.5.2 y 8.5.3. de la NTCGP 1000:2009	OBSERVACIÓN

CONCLUSIÓN

Se hizo revisión de todos los procesos del Sistema se identificaron cambios y estado de las versiones de los documentos, con el fin de prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos.
En la revisión de la documentación de los procesos del Sistema, se actualizaron los listados maestros de documentos y registros.
El Manual de Calidad fue actualizado y ajustado, se menciona o se referencia los procedimientos documentados de cada proceso, relaciona los nombres de los procesos establecidos en el Mapa de Procesos, los procesos y los objetos descritos coinciden dentro del Manual de Calidad con los descritos para cada proceso.
El procedimiento Control de Documentos establece la identificación de documentos y se define el uso de documentos externos. Se resalta que las caracterizaciones y listados maestros de documentos diferencian cuando un documento es externo. Se hace observación de definir el uso de documentos externos dentro del procedimiento para el Control de Documentos.
El procedimiento de control de documentos define que en los listados maestros de documentos de cada proceso, se identifican y se controlan los documentos externos usados en cada uno de ellos.
El procedimiento de Control de registros se encuentra actualizado, se menciona el uso de las TRD y las especificaciones de las mismas TRD en los listados maestros de control de registros, como lo establece el numeral 4.2.4. de las NTCGP 1000:2009.
El proceso cuenta con una tabla de indicadores que miden la gestión del proceso.
se evidenció controles existentes sobre los riesgos identificados y valorados que afecten al proceso, como lo establece el componente 1.3. Administración del riesgo del MECI 2014.

RECOMENDACIONES			
Se hace recomendación de describir, dentro del Manual de Calidad, la interacción entre los procesos del Sistema de Gestión. Recomendamos socializar el procedimiento de Control de Documentos con todas las dependencias de la Corporación, no sólo a través de correos electrónicos sino en espacios de socialización directos con los actores que intervienen en este caso, con el fin de asegurar e identificar los cambios y estados de versión de los documentos y así prevenir el uso de documentos obsoletos. Se hace recomendación de socializar el procedimiento para Tratamiento del producto y/o servicio No Conforme así como también el formato para la identificación del mismo e igualmente poder tener datos y consolidar la información sobre los productos no conformes con su análisis respectivos que permitan demostrar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema y evaluar donde se pueden realizar mejoras continuas.			
ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mázzri	APROBADO POR:	José María Araújo Murgas Jefe Oficina Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	PCEV-01-F-05
CORPOCESAR	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 12			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA	28	9	2015

AUDITADOS: Jaiber Negrete Villafañe - Subdirector General Área Administrativa y Financiera	AUDITORES: Hanne Sánchez Mázzri José María Araujo Murgas Carlos González Quintero

Requisito de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI		
4.2.4.	2.1.1. Autoevaluación de control y gestión.	Se verificó el contrato de JESUS DAVID VALERA MARQUEZ, en la hoja de vida pública se pudo evidenciar que no se encontraba firmada por el servidor público o contratista (literal 5) en el que manifiesta bajo gravedad de juramento que no se encuentra dentro de causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal para ejercer empleos públicos. Así mismo, no se evidenció firmado en las Observaciones del Jefe de recursos humanos y/o contratos donde certifica que la información suministrada ha sido constatada frente a los documentos que han sido presentados como soporte, incumpliendo con lo descrito en el Procedimiento Contrato de prestación de servicios y de apoyo a la gestión.	NO CONFORMIDAD

CONCLUSIÓN

La Corporación establece los requisitos de los bienes y servicios a adquirir a través de los estudios previos.
La Corporación establece los criterios para la selección de proveedeores, a traves del comité evaluador se hace revisión y se asigna puntajes a los proveedores durante la evaluación de las propuestas.
Se verifica el cumplimiento de las condiciones técnicas, administrativas, financieras, contables y jurídicas de los contratos tal como lo establece en el Manual de Contratación y Supervisión de la Entidad.
El Plan Anual de Adquisiciones se encuentra codificado bajo las normas establecidas para ello, es decir la Codificación de Bienes y Servicios con sistema UNSPSC del que menciona el Decreto 1510 de 2013.
Se cuenta con una tabla de indicadores de gestión del proceso.
El proceso cuenta con el mapa de riesgos y se ejerce controles sobre los mismos.

RECOMENDACIONES

Se recomienda revisar hojas de vida pública de los contratistas y verificar las firmas en Jefe de Recursos Humanos y/o Contratos.

Se recomienda ejercer control sobre los documentos y registros, asegurarse de su adecuación antes de su emisión.

Se recomienda que la Entidad planifique, determine, proporcione y mantenga la infraestructura apropiada de trabajo, gestionando así el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.

ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mázzri Carlos González Quintero	APROBADO POR:	José María Araujo Murgas Jefe Oficina Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	PCEV-01-F-05
CORPOCESAR	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 13			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	29	9	2015

AUDITADO: Jaiber Negrete Villafañe - Subdirector Gral Administrativo y Financiero
Pablo Emilio Valverde Ferrer - Coordinador Sub-área Financiera
Claudia Mejia - Profesional apoyo Contabilidad

AUDITORES: Hanne Sánchez Mázzri
Carlos González Quintero
Jose María Araújo Murgas

Requisito de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI		
4.2.4.		El procedimiento de constitución y funcionamiento de la Caja Menor establece que se solicita expedición de póliza de manejo Entidad Aseguradora para la caja menor, sin embargo al momento de la auditoría se solicitó la poliza y fue presentada la Poliza No 0231839-3 de Febrero 11 de 2015 cuya cobertura es para Daños materiales, amparo opcional de terremoto, amparo opcional de AMIT y HMACC, terremoto maquinaria y equipo, sustracción con violencia, cobertura fuera de predios equipos electrónicos, fraude de empleados y asistencia. Se hace observación de solicitar expedición de poliza individual e independiente para el cubrimiento de la caja menor tal como lo establece la Resolución No 0018 de febrero 17 de 2015 por la cual se reglamenta la constitución y funcionamiento de la caja menor.	OBSERVACIÓN

CONCLUSIONES

Se cuenta con recursos dispuestos para el Sistema Integrado de Gestión, el programa 6.1.5. se encuentra ya ejecutado totalmente.
El proceso cuenta con nueve (9) indicadores que se alimentan trimestralmente y anualmente. Son indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad presupuestal.
Se hacen seguimientos financieros, cuya información se reporta a través de informes de ejecución presupuestal de ingresos y gastos acumulada.
Se actualizaron todos los procedimientos y formatos del proceso, y se le está dando uso a los mismos.
Son efectivos los canales de comunicación con los demás procesos de los que se requiere información para el desempeño de las actividades financieras.
Cuentan con matriz de riesgos del proceso y tienen definidos controles para evitar que se materialicen.

RECOMENDACIONES

Se recomienda solicitar poliza individual para el cubrimiento de la caja menor.

Es recomendable que los líderes del proceso en conjunto con su equipo de trabajo realicen ejercicios de autoevaluación, teniendo en cuenta que es una herramienta complementaria al autocontrol y se convierte en instrumento básico para la mejora continua de los procesos.

ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mázzri Carlos González Quintero	APROBADO POR:	José María Araujo Murgas Jefe Oficina de Control Interno

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	PCEV-01-F-05
CORPOCESAR	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN: 2.0
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA	FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No. 14			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	GESTIÓN LABORATORIO AMBIENTAL	FECHA	1	10	2015

AUDITADOS: Joninson Quintero D. - Técnico de campo del SVCADC
Johana Cujia - Contratista - Fuentes Móviles

AUDITORES: Hanne Sánchez Mázzri

Requisito de la Norma que No se cumple		DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN	CLASIFICACIÓN
NTCGP 1000:2009	MECI 1000:2005		
7.2.3. 8.2.1.		Se pudo evidenciar registros de encuestas (SU OPINIÓN ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS) y otras en formato distintos, con 5 preguntas, sin espacio para identificar el nombre de quien diligencia, sin fecha que impide conocer que periodo fue realizada la encuesta, en la que la comunidad en general manifiestan conformidades y no conformidades, sin embargo, no hubo evidencias de retroalimentación al cliente ni registros de quejas y/o encuestas del año 2015. Incumpliendo con lo establecido en los numerales 7.2.3 (Comunicación con el cliente) y 8.2.1. (Satisfacción del cliente) de la NTCGP 1000:2009.	NO CONFORMIDAD
4.2.4. 7.4.2.		Se cuenta con un formato de chequeo de suministros, equipos y consumibles F-47 en el que se registran Item, características y observaciones de lo que se encuentra en almacén. De acuerdo a los registros se observa que el chequeo de esto se hace mensualmente, sin embargo el último registro fisico muestra fecha de 30 Junio de 2015, por lo que se hace Observación de actualizar el inventario de bienes consumibles del SVCADC.	OBSERVACIÓN
8.2.3.		El proceso cuenta con ocho (8) indicadores, de eficacia como el que mide la SOLUCIÓN DE QUEJAS, eficiencia como el que mide la ENTREGA DE RESULTADOS y efectividad como lo es el que mide la REPRESENTATIVIDAD DE CONCENTRACIONES y EQUIPOS OPERATIVOS (para medir la solución de fallas en los equipos de medición). A la fecha de auditoría se pudo evidenciar que la única medición que se ha realizado es en el mes de junio de 2015, sin embargo, teniendo en cuenta que algunos indicadores tienen periodos de medición mensual, ejemplo de esto es el de REPRESENTATIVIDAD DE CONCENTRACIONES, se pudo evidenciar que se venía midiendo mensualmente hasta el mes de Junio, y no hay registros de medición desde el mes de julio a la fecha. con esto se demuestra que no se viene realizando la medición de acuerdo a la periodicidad descrita, por lo que se hace Observación de realizar dichas mediciones tal como están establecidas en las tabla de indicadores.	OBSERVACIÓN
8.3.		Se lleva diligenciado un formato de manejo de producto y/o servicio no conforme PCE-03-F-05, en el que se pudo evidenciar tres (3) registros de hallazgos con su acción planteada; sin embargo, el último de estos registros es de Marzo 19 de 2015; lo que evidencia la falta de continuidad en el registro de no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente; por lo anterior se hace observación de asegurar la oportuna detección, clasificación y disposición de los productos o servicios no conformes.	OBSERVACIÓN
8.4.		No se pudo evidenciar análisis de la satisfacción del cliente, sólo se encontró registros de encuestas sin análisis de datos, lo que da incumplimiento del numeral 8.4. a) de la NTCGP 1000:2009.	NO CONFORMIDAD
8.5		Se pudo evidenciar registros de Acciones correctivas, preventivas y de mejora con fecha de registro de 19/03/2015, en el que se declara la NO CONFORMIDAD, EL RIESGO POTENCIAL O DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA, se plantea un plan de acción donde se describe la actividad a realizar para corregir la NC. se hace verificación y seguimiento al plan de acción y se evalua la efectividad de la acción. Se hace Observación de mantener continuamente el registro de No Conformidades, dado que desde el mes de Marzo no se plantean ni hay registro de esto.	OBSERVACIÓN
7.6	1.3.1. Politica de administración de riesgo.	En el proceso de Fuentes Móviles se pudo evidenciar que la calibración de los equipos (Termohigrometro, Brain Bee, Analizador de gases, Opacimetro, Lentes de densidad optica) no se ha realizado, incumpliendo con lo descrito en el numeral 7.6 (Control de los equipos de seguimiento y de medición) de la NTCGP 1000:2009.	NO CONFORMIDAD

5.5.3		La Corporación cuenta con un procedimiento de seguimiento ambiental en el que se incluye seguimientos a los CDA, sin embargo, no es el mismo seguimiento que se realiza en el proceso de Fuentes Móviles, a la fecha de auditoria, se pudo evidenciar que el último seguimiento realizado a un CDA (CDA Automotor del Cesar) fue el dia 24/04/2014 en cuya acta de visita se describen los aspectos a evaluar durante la inspección, concernientes a la verificación de accesorios del equipo de revisión de gases/opacidad, clase que le fue autorizada al CDA por el Ministerio de Transporte, reporte de lecturas realizadas a un automotor que ya había sido revisado en el CDA y las observaciones referentes a las intervenciones del analizador de gases. El proceso de fuentes Móviles solicita a la coordinación de seguimiento ambiental el préstamo de los expedientes de los CDA que custodia, con el fin de realizar revisiones y programarles fechas de visitas técnicas. A la fecha de auditoria no se pudo constatar respuesta alguna de la coordinación. Se hace observación de realizar dichos seguimientos en cumplimiento del procedimiento de Seguimiento a CDA.	OBSERVACIÓN

CONCLUSIÓN

La Infraestructura donde funciona el laboratorio de calidad de aire se encuentra ubicado en la Cra 4a No 10-16 Barrio 5 de marzo en el Municipio de La Jagua de Ibirico, es una casa tomada en arriendo, haciendo recorrido por las instalaciones se pudo observar en buenas condiciones. En la zona minera hay 16 estaciones de monitoreo y en Valledupar dos estaciones. Algunas son en estructuras y otras ubicadas en colegios, fincas, casas, hospitales, en los que tienen acceso permitido sin interferir u ocasionar daño sobre las propiedades.

El laboratorio SVCA cuenta con Manual de calidad, en el que se decribe la Política de Calidad del SVCADC, que resume el hacer del Laboratio en realizar monitoreos de la calidad de aire, garantizando resultados confiables que reunen los requerimientos en términos de integridad, precisión y exactitud en el tiempo requerido, aplicando metodos normalizados y validados, contando con personal competente y recursos tecnologicos necesarios para asegurar la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Dentro del manual de calidad se establece la politica de confiabilidad del SVCADC y el uso de métodos de ensayos apegados a normas internacionales y/o nacionales aplicables, así como equipos, servicios, suministros, reactivos, personal, etc adecuados.
Cada integrante del SVCADC firma compromisos de confidencialidad e imparcialidad con el SVCADC, donde ellos manifiestan bajo juramento los criterios de ética profesional.

El analista de datos del SVCA maneja cronogramas de monitoreo de las estaciones de calidad de aire, esto se basa en un cronograma en el que se especifican los días en que los equipos trabajan y las fechas en las que se recogen muestras y se hacen cambios de filtros.

Cuentan con un procedimiento de Revisión de solicitudes de operación del SVCADC que describe como se recibe y revisan todos los proyectos de operación a que haya lugar, asegurandose que posee la capacidad técnica, operativa, administrativa y los recusrsos de instalaciones, personal, equipos y suministros para cumplir de manera correcta, eficaz y oportuna con los requisitos del proyecto de operación definido.

Un punto de partida para determinar los requisitos de los usuarios son las quejas de la comunidad respecto a las minas DRUMMOND, PRODECO, CNR, PDJ, entre otras. A través de esto la Corporación implementó el SVCA y estudió las zonas donde fueron ubicadas las estaciones de monitoreo en la zona minera.

El producto llega al laboratorio SVCADC, y con el formato de Revisión de equipos y suministros del SVCADC se realiza chequeo de las especificaciones, lo solicitado, lo recibido, el proveedor, se manifiesta si cumple o no, si cuenta con anexos y certificados.

En el laboratorio se aplican métodos de ensayos y/o calibración basados en métodos de referencia normalizados, cumplen con los programas de mantenimientos y calibración de equipos para asegurar su permanente disponibilidad, funcionamiento y trazabilidad como lo requiere el servicio.
Los equipos de las estaciones de monitoreo tienen estructuras que los protegen de daños y deterioro, sin embargo, cuentan con seguros contra robo.

La parte del proceso que denominan Fuentes Móviles se encarga de hacer mediciones de gases de escape a vehiculos automotores y motocicletas que transitan dentro del Departamento del Cesar. Las mediciones se hacen teniendo en cuenta una Programación mensual que se registra en un cronograma, en este se describe las actividades a realizar.

RECOMENDACIONES

Se recomienda implementar el formato de Encuestas diseñado para evaluar la percepción del cliente, en el que se pueda identificar el nombre de quien diligencia, fecha que permita conocer en que periodo fue realizada la encuesta; realizar retroalimentación al cliente para hacer seguimiento de la información relativa a la percepción que estos tienen respecto al cumplimiento de los requisitos por parte de la Entidad.

Se recomienda mantener actualizados los registros de listados de inventario de consumibles en el SVCADC para tener evidencia de lo que se encuentra en almacén.

Se recomienda hacer medición de los indicadores de gestión del proceso de acuerdo a la periodicidad descrita, con el fin de facilitar el seguimiento del proceso en relación con su impacto sobre la conformidad de los requisitos establecidos en los indicadores.

Recomendamos de manera urgente la calibración de los equipos puesto que es de vital importancia asegurar que los seguimientos y mediciones que se realizan con equipos proporcionen evidencias válidas y que los resultados arrojados sean reales y precisos.

Hacemos recomendación de asegurar la identificación de los productos y/o servicios no conformes para definir controles que conlleven a la mejora continua del proceso.

ELABORADO POR:	Hanne Sánchez Mázzri	APROBADO POR:	José María Araujo Murgas Jefe Oficina Control Interno

CORPOCESAR	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL FORMATO INFORME DE AUDITORÍA	PCEV-01-F-05 VERSIÓN: 2.0 FECHA: 17/07/2014

AUDITORIA No.15			DD	MM	AA
PROCESO AUDITADO:	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	FECHA	30	10	2015

AUDITADO: Jose Maria Araujo M
Hanne Sanchez Mazzri
Moisés Goméz

AUDITOR: Maria Alejandra Chinchilla C
Jonathan Soledad Rojas

DECLARACIÓN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDAD U OBSERVACIÓN

Requisito de la Norma que no se cumple		CLASIFICACIÓN
4.1 NTCGP 1000 - ISO 9001:2008	La caracterización del proceso, contempla como clientes a todos los procesos en la actividad "Realizar Evaluación y Seguimiento al plan de manejo de riesgos", la cual tiene como producto o resultado el Informe de evaluación y seguimiento del riesgo, del cual se tiene dispuesto como clientes a todos los procesos del sistema, sin embargo, teniendo en cuenta que la finalidad de este informe es reportar a la dirección general sobre el estado de los riesgos de cada proceso, no es aplicable que este informe sea dirigido a los mismos, sino solamente a la dirección.	OBSERVACIÓN
8.2.2. ISO 9001 - NTC GP 1000	No se pudo evidenciar comunicación del programa de auditoria, vigencia 2015, para los auditores: -Carlos Alberto González Quintero - Jonathan Soledad Rojas -Maria Alejandra Chinchilla Calderón Incumpliendo lo contemplado en el PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA (PCEV-01-P-01).V4, segun el cual se debe comunicar la programación tanto a auditores como a auditados.	OBSERVACIÓN

8.2.2. ISO 9001 - NTC GP 1000	No se evidenció registro de modificación y/o ajuste al programa de auditoria interna vigencia 2014, toda vez que pudo evidenciarse que el programa de auditorías internas vigencia 2014 (Plan de actividades de la O.C.I vigencia 2014) contemplaba que las auditorías internas al SIG se realizarían entre agosto y septiembre de 2014, sin embargo según Informe de verificación al sistema integrado de gestión-vigencia 2014 (PCEV-01-F-09), estas se efectuaron realmente en el periodo comprendido entre el 4 y el 25 de noviembre de 2014, lo cual se constituyó evidentemente en una modificación y/o ajuste al programa de auditorías, y de acuerdo con el Procedimiento auditoria interna (PCEV-01-P-01), el Comité de Coordinación de Control Interno es el responsable de la validación y ajuste del programa de auditoría en caso de requerirse, lo cual debe quedar registrado en acta de reunión.	**NO CONFORMIDAD**
8.2.2. ISO 9001 - NTC GP 1000	El PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA (PCEV-01-P-01).V4, establece en su actividad # 4 que el plan de auditorias una vez aprobado se socializa con los auditores, y no se establece que se comunica a los auditados, sin embargo, se evidencio oficio con asunto: Entrega del plan de auditorías internas al S.I.G-2015 de fecha septiembre de 2015, a través del cual se le comunicó a los auditados el plan de auditoria 2015, oficio al cual se le adjuntó copia del Plan de Auditoria Interna (PCEV-01-F-02), firmado por el jefe de la O.C.I, refrendando la aprobación del mismo. Así mismo se evidenció el acta de reunión de apertura de la auditoria interna de 2015 (PCEV-01-F-03), escenario en el cual se le socializó tanto a los auditores como auditados el plan de auditoria- 2015.	**OBSERVACIÓN**
8.2.2. ISO 9001 - NTC GP 1000	El procedimiento de auditoria interna (PCEV-01-P-01), en el apartado de "Perfil de Auditores", establece que los auditores "Deberán haber completado formación como auditor interno. Deben tener 24 horas de capacitación en Auditorías internas de calidad basadas en la norma ISO 9001:2008 y NTC-GP 1000:2009...", y de acuerdo a los documentos revisados, no se pudo evidenciar dicha formación para el sr Carlos González, quien se ha venido desempeñando como auditor interno acompañante, así mismo no fue posible evidenciar que todos los auditores internos posean las 24 horas de capacitación en dicha temática, como lo establece el procedimiento.	**NO CONFORMIDAD**

CONCLUSIÓN

De acuerdo a las evidencias analizadas durante la auditoria, se concluye que el proceso de Gestión de evaluación y control, presenta un desempeño adecuado, destacandose como fortaleza la capacidad de autoevaluación y compromiso por parte del lider y de cada uno de los profesionales que apoyan el desarrollo del mismo, en cumplimiento de cada uno de los roles de la OFicina de Control Interno dentro de la entidad. La evaluación arrojó como resultado 5 hallazgos de los cuales 3 corresponden a Observaciones y 2 a No Conformidades, las cuales a su vez se convierten en oportunidades de mejora y fortalecimiento de la gestión interna del proceso.

RECOMENDACIONES

Se sugiere mejora en el PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE RIESGOS, en el sentido de ajustar la actividad # 6, dejando dispuesto que el informe de seguimiento debe ser remitido al comité de coordinación de control interno o al presidente del comité y a la subdirección de planeación como insumo para la revisión por la dirección.

Se sugiere a nivel de mejora, incluir una casilla en el formato PLAN DE AUDITORIA INTERNA (PCEV-01-F-02), que haga referencia a la metodología de la auditoria interna.

Se sugiere ajuste del procedimiento de auditoria interna, en el sentido de considerar, definir y documentar sí las modificaciones al programa de auditorías internas necesariamente deben ser aprobadas y registradas en reuniones del Comité de Coordinación de Control Interno, así como de revisar, considerar, definir y documentar las autoridades para la realización de dichos ajustes, dentro de otros cargos y/o roles de la entidad. Tener en cuenta que el código del formato de acta de reunión que se relaciona como registro en el Procedimiento de Auditoria Interna, no corresponde con el vigente a la fecha de la realización de la presente auditoria.

Se sugiere ajustar el procedimiento de auditoria interna, en el sentido de incluir a los auditados en la divulgación del plan de auditorías internas (Actividad 4). Así mismo, se sugiere mejorar el nombre de la actividad N° 11 del citado procedimiento, incluyendo la entrega de resultados del proceso de auditoría interna.

Se sugiere ajuste de la descripción de la actividad N° 6 del PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA (PCEV-01-P-01) en cuanto al nombre del documento lista de verificación, así como revisar la redacción de la misma.

Se sugiere mejora en el procedimiento de auditoria interna (PCEV-01-P-01), toda vez que el registro dispuesto para la actividad "reunión de equipos auditores" (Formato Informe de Auditoría PCEV-01-F-05), no permite evidenciar con certeza el desarrollo de dicha reunión.

Se sugiere mejora en el documento FORMATO EVALUACIÓN DEL PERFIL DE AUDITORES (PCEV-01-F-11), incluyéndole fecha de realización de la evaluación y así mismo documentar en el procedimiento de auditoria interna (PCEV-01-P-01), la frecuencia de realización de la evaluación.

Se sugiere ajuste del procedimiento de auditoria interna (PCEV-01-P-01), en el apartado de perfil de auditores, en cuanto a revisar y considerar si es necesario definir y documentar la intensidad horaria de formación en ISO 9001 (24 horas) que deben cumplir los auditores internos de la entidad.

Se sugiere mejora en el procedimiento de auditoria interna, en cuanto a considerar la reunión de cierre in situ con cada auditado en cada proceso y la reunión que se viene desarrollando sea una reunión de tipo informativo.

Se sugiere como mejora, considerar y documentar en el procedimiento de auditoria interna, que la evaluación de la auditoria puede realizarse tanto en la reunión de cierre justo después de la auditoria in situ, como en la reunión final informativa (en el caso en que se contemplen las dos). Tener en cuenta que el código del formato de planilla de asistencia, incluido en el procedimiento, no corresponde al vigente.

ELABORADO POR	APROBADO POR
Maria Alejandra Chinchilla Calderón. Profesional de apoyo. Implementación S.I.G-CORPOCESAR	**Jose Maria Araujo Murgas** Jefe Oficina de Control Interno-CORPOCESAR