



República de Colombia
Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Supersolidaria
Superintendencia de la Economía Solidaria



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA

INFORME DE AUDITORIA AL PROCESO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Bogotá, D.C, julio de 2019

“Super-Visión” para la transformaci**o**n

Carrera 7 No. 31-10 Piso 11. PBX (1) 7 560 557. Línea Gratuita 018000 180 430
www.supersolidaria.gov.co

NIT: 830.053.043 5 Bogotá D.C., Colombia

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

De conformidad con lo establecido en el artículo 9° de la Ley 87 de 1993 le corresponde a la Oficina de Control Interno, asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos, en desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno.

De igual forma teniendo en cuenta que el artículo 6° del Decreto 648 de 2017, establece que le corresponde a la Oficina de Control Interno en cada entidad “Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos”, mediante la formulación de recomendaciones y observaciones para lograr el cumplimiento de las funciones y objetivos misionales, dando cumplimiento a lo dispuesto en el Programa Anual de Auditoría para la vigencia del año 2019, en su componente Auditoría a Procesos acorde con priorización, en su actividad No. 6 – Mejoramiento Continuo, la Oficina de Control Interno, presenta el informe que contiene la auditoria al proceso de mejoramiento continuo.

1.2. Objetivos Específicos:

- Verificar el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y normativas aplicables a la entidad.
- Formular recomendaciones dirigidas a mejorar el control interno y contribuir al fortalecimiento de la gestión pública, así como a la promoción de su eficiencia operativa.
- Verificar que efectivamente se mantiene el Sistema Integrado de Gestión de la entidad, fomentando la cultura en el recurso humano hacia el mejoramiento continuo de la entidad.

2. ALCANCE

La auditoría se realizará sobre el objetivo y las actividades establecidas dentro de la caracterización del proceso de Mejoramiento Continuo, específicamente sobre actividades que tengan mayor impacto para la entidad.



Por lo anterior, se tendrán como base para la ejecución de la auditoría las caracterizaciones, manuales e instructivos que hacen parte del Proceso de Mejoramiento Continuo, contenidos en el Sistema Integrado de Gestión de la Superintendencia, los cuales se relacionan a continuación:

- Manual de calidad
- Matriz Identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales (Módulo Ambiental)
- R-MECO-001 Asesoría en organización, métodos y procedimientos
- R-MECO-003 Realización auditorías a los sistemas de gestión
- R-MECO-004 Tratamiento de Salidas No Conformes
- R-MECO-005 Acciones correctivas, preventivas y de mejora
- R-MECO-006 Revisión por la Dirección
- R-MECO-007 Formulación, seguimiento y evaluación al plan de mejoramiento
- D-MECO-003 Metodología Gestión Integral de Riesgo
- F-MECO-018 Matriz de Gestión Integral de Riesgos consolidada
- F-MECO-019 Mapa de Gestión Integral de Riesgos
- D-MECO-001 Metodología Herramienta Foro - Chat
- R-MECO-010 Identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales
- R-MECO-011 Seguimiento y medición
- R-MECO-012 Control operacional
- D-MECO-004 Plan de gestión integral PGIRESPEL
- Anexo No. 5 Metodología mto SGC
- Programa ambiental ahorro y uso eficiente de Agua
- Programa ambiental ahorro y uso eficiente de Energía
- Programa ambiental manejo de residuos peligrosos y especiales

3. Metodología Utilizada.

La evaluación se realizó de acuerdo con normas y técnicas de auditoría de general aceptación; a continuación, se detallan los principales procedimientos adelantados con base en la información suministrada:

Se realizó entendimiento del proceso, el cual contempló la siguiente actividad:

Identificación y evaluación de las actividades realizadas en el proceso

Se elaboró plan de auditoría con base en el entendimiento del proceso, el cual contiene las pruebas realizadas incluyendo los siguientes enfoques:



- ✓ Pruebas de cumplimiento: son aquellas encaminadas a verificar que los controles diseñados por la Entidad mitiguen el riesgo de error material en los estados contables de la Entidad.
- ✓ Se ejecutaron las pruebas de auditoría diseñadas y contenidas en el plan de auditoría.
- ✓ Los hallazgos y observaciones detectadas y contenidas en el presente informe deberán ser revisadas y soportadas por el responsable del proceso.

4. Desarrollo de la Auditoría

Se realizó la evaluación de la información allegada mediante memorando 20191200006783, del 11 de junio de 2019, se procedió a verificar el cumplimiento de las actividades establecidas en la caracterización del proceso P-MECO-003 Mejoramiento Continuo.

4.1. Hacer

4.1.1. *Elaboración o implementación de propuestas que conlleven al mejoramiento de procesos de la entidad, provenientes de diferentes fuentes.*

Frente a este punto, y de acuerdo a la caracterización del proceso de Mejoramiento Continuo, se observa que el Procedimiento Asesoría en Organización y Métodos, el cual tiene como "(...) **OBJETIVO: Realizar mejoras y ajustes a los procesos y procedimientos de la entidad mediante solicitudes internas o revisiones y estudios desarrollados por la Oficina Asesora de Planeación. (...)**". De acuerdo a lo anterior, y a la respuesta recibida mediante memorando 20191200006783, se evidencia que las propuestas de mejora han surgido por las auditorías que se realizan a los procesos, sin embargo, no es claro en los soportes allegados, que las propuestas de mejoramiento de los procesos de la entidad hayan surgido por revisiones internas y proactivas por parte de los procesos, adicionalmente, se observó que existen acciones de mejora de vigencias anteriores que aún no se han cumplido al 100%.

Núm.	Tipo	Estado	Descripción	Reporta	Responsable	Auditor Global	Proceso	Fecha de Creación	Fecha de Cierre	Es Observación	Acción Eficaz	Acción Correctiva	% Avance Plan de Acciones	% Avance Tratamiento	% Total de Avance
459	No Conformidad	Abierta	No se evidencia medición del indicador Cumplimiento Legal Ambiental del año 2016 en el aplicativo ISOLUCION, cuya periodicidad está definida anualmente y la última medición se evidencia de diciembre de 2015. Incumpliendo lo definido en la NTC-ISO 8.2.3 NTC-ISO 9001 / NTC-GP 1000.	Ivonn Moreno Barrera	Luz Jimena Duque Botero		GESTIÓN JURÍDICA	21/sep./2017		NO	PE	NO	-	0%	0%
458	No Conformidad	Abierta	No se evidencia la inclusión del decreto 899 del 29 de mayo de 2017 expedido por la Presidencia de la República ni el Decreto 344 del 01 de Marzo de 2017, correspondiente a los requisitos aplicados a la entidad, en el F-GEJU-003 Manro de identificación y evaluación de requisitos legales, como se menciona en el R-GEJU-003 Procedimiento para identificación y evaluación de requisitos legales.	Ivonn Moreno Barrera	Luz Jimena Duque Botero		GESTIÓN JURÍDICA	21/sep./2017		NO	PE	NO	-	0%	0%
436	No Conformidad	Abierta	No se evidencia título de identificación a la cancha despusada para los trabajos con sustancias químicas, ni la identificación de los dos baterías de carros de la entidad, se evidencia tres aspiradoras y tubos fluorescentes nuevos, ubicados en la Bodega de residuos peligrosos y especiales, de acuerdo a lo establecido en el D-MECO-004 Plan de Gestión Integral de Residuos Peligrosos y Especiales.	Ivonn Moreno Barrera	Oscar Alexander Flechas Orozco		MEJORAMIENTO CONTINUO	31/oct./2016		NO	PE	SI	100%	0%	50%
417	No Conformidad	Abierta	No se encontró evidencia de la medición de los siguientes indicadores, cuya periodicidad es mensual, incumpliendo lo establecido en el formato F-MECO-011 Reporte de Indicadores de Gestión de cada uno: - Direccionamientos erróneos de los meses de Julio y Agosto de 2015 - Consultas abauetas de los meses de Julio y Agosto de 2015. - Notificaciones realizadas de los meses de Julio y Agosto de 2015.	Ivonn Moreno Barrera	Magda Ramirez Rodriguez			13/oct./2015		NO	PE	SI	0%	100%	50%

Fuente: Información Suministrada OAPS - ISOLUCIÓN

“Super-Visión” para la transformación

Por otro lado, si se han realizado solicitud de ajustes, modificación o creación de procesos o procedimientos, no fue allegado el respectivo soporte, por lo que no se estaría dando cumplimiento al procedimiento R-MECO-001 PROCEDIMIENTO ASESORIA EN ORGANIZACIÓN Y METODOS.

La oficina de control interno, teniendo en cuenta las normas del Sistema Integrado de Gestión, que le aplican a la entidad y observando que durante la ejecución de auditoria al proceso de Recursos Financieros, se evaluó el procedimiento de Tasa de Contribución, se permite recomendar la necesidad de realizar una evaluación profunda del proceso de Recursos Financieros, a fin de considerar la oportunidad de crear dentro de los procesos misionales el PROCESO DE CARTERA Y CONTRIBUCIONES, en el cual cobije toda la información, desde un registro único de cooperativas y fondos de empleados, la liquidación y causación de tasa de contribución, intereses, multas y sanciones, procesos de cobro, notificaciones y coactivo. Toda vez que este es la fuente principal de los recursos para el funcionamiento y cumplimiento del objeto social de la entidad.

RESPUESTA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

“(...) 1. Las mejoras dirigidas al desempeño de los procesos en el año 2018, NO solo se generaron como producto de las Auditorias, también se generaron como parte de la gestión de los riesgos, traducido en acciones preventivas, como se observa en la imagen. Se encuentran documentadas en ISolución y enviadas en el Excel del listado de las acciones de mejora, adjunto al memorando 20191200006783:

Tipo	Num	Proceso	Responsable	Fecha Hallazgo	Estado	Eficacia Global	Descripción	Fuente
Acción preventiva	52	GESTIÓN JURÍDICA	Luz Jimena Duque Botero	31-ago-18	Abierta		Reducir el riesgo GEJU8 "Emitir actos administrativos, decisiones, conceptos y procedimientos no ajustados a las normas vigentes"	MATRIZ DE RIESGOS
Acción preventiva	49	TALENTO HUMANO	Olga Lucia Muñoz Muñoz	31-ago-18	Abierta		Se requiere reducir el riesgo TAHU1 "Pérdida de la información de las historias laborales"	MATRIZ DE RIESGOS
Acción preventiva	50	CONTRATACIÓN	Catalina Torrado Ulloa	31-ago-18	Abierta		Se requiere reducir el riesgo "Tramitar un proceso de contratación por la modalidad inadecuada" para los tipos de riesgos normativo (CONT4) y de corrupción (CONT5)	MATRIZ DE RIESGOS
Acción preventiva	47	TALENTO HUMANO	Olga Lucia Muñoz Muñoz	31-ago-18	Abierta		Se requiere minimizar los riesgos asociados al conflicto de intereses en la Superintendencia de	MATRIZ DE RIESGOS



En cuanto a las revisiones internas y proactivas de los PROCESOS, dirigida a la **estructura de cada proceso**, se realizan con base en los cambios que se pueden presentar en la Entidad de origen interno o externo, los cuales son evaluados de acuerdo con los criterios establecidos en el R-PLAN-006 Procedimiento para la Gestión del Cambio, con el fin de determinar si genera o no, una mejora o cambio que impacte la **estructura** del proceso. A la fecha ninguna directriz tanto interna como externa ha generado cambios o mejoras en la ESTRUCTURA del PROCESOS de la Entidad.

Respecto a las solicitudes de creación, modificación y eliminación de los documentos que **hacen parte de los procesos**, se realizan por parte de los Responsables de Procesos o funcionarios asignados, mediante correo electrónico al Jefe o Profesional Universitario de la Oficina de Planeación y Sistemas. En el año 2018 y lo que va corrido del 2019, se generaron las siguientes solicitudes que se relacionan en el Anexo 1. Listado de correos de Solicitud de Documentos.

Las solicitudes se evidencian con la revisión, aprobación y publicación de cada documento en ISOLución. Así mismo, en el año 2018 y 2019 se contrataron Profesionales y Técnico por prestación de servicios, para apoyar la actualización de los documentos de los procesos. Esto indica que no hay una solicitud por parte de los responsables de los Procesos, si no que la Oficina de planeación busca a los responsables de los Procesos para propiciar la actualización de los documentos, cabe aclarar que el grado de avance depende de la disposición de los responsables o funcionario asignado en los procesos.

En las caracterizaciones de los procesos, campos documentos aplicados y registros, así como en el historial de cambios, se observan los documentos trabajados, aprobados y publicados en ISOLución. Se anexa 2. Listado de los documentos aprobados y en revisión por parte de los Responsables de los Procesos que se encuentran en ISOLución, desde el 01 de enero de 2018 hasta el 04 de julio de 2019. (...)"

Una vez revisada la información allegada en la respuesta, la oficina de control interno observa que efectivamente en la actualidad se vienen adelantando actividades de actualización en los procesos de la entidad, lo que hace que se cumpla con el objetivo del procedimiento Asesoría en Organización y Métodos. "(...) OBJETIVO: Realizar mejoras y ajustes a los procesos y procedimientos de la entidad mediante solicitudes internas o revisiones y estudios desarrollados por la Oficina Asesora de Planeación. (...)". Sin embargo, se recomienda que por lo menos una vez al año se realice una revisión a todos los procesos de la entidad, independientemente de que los procesos realicen o no solicitudes.

4.1.2. Asesoría y documentación de la Matriz de Gestión Integral de Riesgos y de Aspectos e Impactos Ambientales.

Se observó la matriz de aspectos e impactos ambientales, en la cual se describen controles, como lo es el del programa ambiental de ahorro de agua, energía, el cual presenta actividades con corte a diciembre de 2019, sin embargo, no se observa el respectivo



CONVENCIONALES GENERADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA con un presupuesto oficial de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE (\$4.636.700), se declaró desierto el proceso por falta de documentación exigida, mediante la Resolución 2018400007315 de 28 de diciembre de 2018, la cual se anexa (Anexo 3). Lo anterior demuestra que se realizó la gestión, pero debido a factores externos no se pudo ejecutar. (...)”

Una vez revisada la información allegada en la respuesta, la oficina de control interno manifiesta que si bien no es una “**obligación realizar seguimientos parciales a la ejecución de actividades**” si debe ser actividad de control para que se logró el cumplimiento del 100% del Programa Ambiental, a fin de que se eviten incumplimientos en acciones como el adecuado tratamiento y disposición final de RAEE’S Y RESPEL, tal como lo señala el numeral 2 de este punto, el cual por no efectuar un adecuado seguimiento para realizar oportunamente el proceso de contratación *del proceso de mínima cuantía CMC-028-2018*, ya que se inició en el último trimestre de la vigencia 2018, sin dar oportunidad a realizar de nuevo un proceso.

Por lo anterior se mantiene la observación.

4.1.3. *Actividades realizadas para la recopilación y análisis de datos e indicadores para evaluar y autoevaluar el Sistema de Gestión Integral y la Gestión de Riesgos e identificar dónde pueden realizarse mejoras.*

Revisada la información recibida, y mediante el ingreso al aplicativo ISOLUCION, se observa un listado con 73 indicadores, sin embargo, al consultar por el link de reportes, los indicadores son agrupados por efectividad (8); eficacia (46); y eficiencia (17), para un total de 71 indicadores, por lo que se evidenció que en el reporte no se tiene los indicadores de CUMPLIMIENTO LEGAL AMBIENTAL Y NOTIFICACIONES REALIZADAS, los cuales según la ficha técnica del indicador, se encuentran aún activos.

Fecha	Usuario	Asesor
03/05/2019 10:26:28	Sarmiento Chiquera Garcia	Se incluye a la Dra. María Victoria Corallo Camp, quien ha sido delegada en la Oficina Asesora Jurídica para realizar el reporte de los indicadores de gestión
11/05/2018 03:37:34	Isaza Moreno Barrera	Se incluye al Profesional Fabián Ceballos para el reporte de indicadores

Fuente: Información Suministrada OAPS - ISOLUCIÓN



Es importante señalar, que los indicadores que presentaron alerta sobre la no oportuna ejecución de las metas, se les genero un autocontrol. Sin embargo, algunas actividades no se han cumplido y a consideración de esta oficina, no son acciones que mitiguen el riesgo de que se presente de nuevo incumplimiento, ya que no se observa un análisis de causas completo. (Autocontrol # 278).

Tipo	Fecha de Registro	Proceso	Enviar A
Autocontrol	13Jun/2019	VIOLANCIA FINANCIERA	Mareli Hortensia Bernal Henapeque

Indicadores de Gestión	Reportado por	Oficina	Área
	Angelo Ferney Moreno Castro	Ninguna	Delegatura para la Superintendencia de la Actividad Financiera

Actividad	Responsable	Fecha	Eficacia y Costo
Informe a planeación la actividad efectuada en el segundo semestre de 2018 con la que se realizó con 148 cienes (31%)	Mareli Hortensia Bernal Henapeque	13Jun/2019	Si fue eficaz: 0 Costo \$

Fuente: Información Suministrada OAPS - ISOLUCIÓN

Porques

1. Recurso Humano
El personal contratado no tenía la suficiente capacitación en NIF para adelantar la actividad ni conocimiento del sector lo que retrasó el desarrollo de la actividad.
2. Metodología
3. Externos
4. Materiales
5. Maquinaria

Evaluación de las Necesidades

Se requiere un plan de capacitación para los funcionarios.

Se Deben Tomar Acciones Si

Registro de resultados y revisión de la acción

Eficacia Pendiente No Si

Comentario: Se realizó plan de entrenamiento con un componente en NIF entre el 22 de abril y el 3 de mayo de 2019.

Fuente: Información Suministrada OAPS - ISOLUCIÓN

“Super-Visión” para la transformación



RESPUESTA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

“(…) 1. La Oficina Asesora de Planeación de acuerdo a su competencia, realiza **seguimiento** al reporte del indicador, análisis de lo reportado y levantamiento de Autocontrol, para lo cual envía correo electrónico a los Responsables de los Procesos, cuyos indicadores presentan observaciones, para el caso específico de los indicadores de:

- CUMPLIMIENTO LEGAL AMBIENTAL – Responsable Proceso Gestión Jurídica; Jefe oficina Asesora de Jurídica.
- NOTIFICACIONES REALIZADAS – Responsable Proceso Gestión Documental; Secretaría General.

Se han enviado correos en el año 2018 y lo que va corrido del año 2019, solicitando el reporte, como se observa en la siguiente imagen, respectivamente, último correo enviado el 07 de junio: ...

De acuerdo con lo anterior, es responsabilidad de los Responsables de los Procesos el reporte, análisis de los indicadores y el levantamiento de los Autocontroles. Por lo cual es pertinente que la oficina de Control Interno genere estas observaciones en los procesos respectivos.

Al observar el Autocontrol # 278 del proceso de Vigilancia Financiera, se encuentra mal documentado y analizado por parte de los Dueños del Proceso, por tal razón la Oficina de Planeación se contactará con el Responsable del Proceso para brindar el apoyo respectivo y que el proceso genere los ajustes pertinentes. (...)”

La oficina de control interno, frente a la respuesta recibida manifiesta desacuerdo con la misma, toda vez que en la caracterización del proceso de mejoramiento continuo en el HACER, se describe la siguiente etapa: “(...) **Análisis de datos e indicadores: Recopilación y análisis de datos e indicadores para evaluar y autoevaluar el Sistema de Gestión Integral y la Gestión de Riesgos e identificar dónde pueden realizarse mejoras.** (...)”, teniendo en cuenta esto, la oficina de control interno interpreta que es responsabilidad del proceso de mejoramiento continuo el seguimiento a los indicadores en conjunto con los líderes de proceso.

Por lo anterior se mantiene la observación.

- 4.1.4. *Revisión informe de Auditoría Interna de Calidad, y demás documentos que evidencien el establecimiento del programa de auditoría, en el que se definen los objetivos, alcance, número de auditorías y criterios de auditoría. Definición y ejecución del plan de auditoría. Recopilación de información con auditados y generación de hallazgos y conclusiones. Elaboración y entrega del informe final. Plan de acciones para solucionar NC. Seguimiento a NC asociadas.*



De la revisión de este punto se evidenció que la entidad en diciembre de 2018 realizó la auditoría interna de calidad, de igual manera se evidencia que en el aplicativo ISOLUCION se cuenta con un módulo para el seguimiento a las acciones de mejora generadas.

Núm.	Tipo	Estado	Descripción	Reporte	Responsable	Auditor Global	Proceso	Fecha de Creación	Fecha de Cierre	Ex Observación	Requerido Producto	Acción Eficaz	Acción Correctiva	Subsección Plan de Acciones	% Avance Tratamiento	% Total de Avance
489	No Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. La organización no asegura el seguimiento, medición, análisis y evaluación apropiados. Como que se evidencian incumplimientos en las herramientas estadísticas para la medición de indicadores como es el caso del indicador de actividades del sistema de admisión, además se presenta una tasa del 85% para la liquidación de nómina y liquidación de aportes parafiscales, este último tema de cumplimiento legal que debería cumplirse según lo establece la ley.	Samantha Chacón Gacón	Martha Lúiz Cernago de la Hoz		TALENTO HUMANO	08ene/2019		NO		FE	SI	0%	0%	0%
493	No Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Organización de forma de acción para administrar devoluciones. La forma de medición no corresponde a la medición presentada. Se desvirtuaron los datos en el indicador establecimiento número de devoluciones / las administradas. No identifica la relación del resultado y la consecuencia de la meta.	Samantha Chacón Gacón	Martha Hury Babilio Mejía		CONTROL ASOCIATIVO	08ene/2019		NO		FE	SI	0%	100%	50%
497	No Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Ante la ocurrencia de una no conformidad, la organización no determina las causas de la no conformidad, implementa acciones necesarias, ni lleva a cabo acciones correctivas basadas como es el caso de los incumplimientos del cumplimiento del cronograma de actividades que no presenta análisis de causas, ni planeamiento de acciones correctivas, ni consecuencias.	Samantha Chacón Gacón	Ingrid Victoria Pineda Pineda		GESTIÓN DE COMUNICACIONES	08ene/2019		NO		FE	SI	0%	0%	0%
496	No Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. La organización no evalúa la eficacia usando métrica seguimiento y medición por ejemplo en el proceso de Control Interno ya que únicamente se analiza cumplimiento.	Samantha Chacón Gacón	Mabel Astrid Nava Tapia		CONTROL INTERNO	08ene/2019		NO		FE	NO	-	0%	0%
495	No Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Comparación de evidencias. Meta 2017-100%. Resultado 100%. En el análisis se evidencian que no hay congruencia entre el resultado y el análisis mediciones.	Samantha Chacón Gacón	Martha Hury Babilio Mejía		VIOLANCIA ASOCIATIVA	08ene/2019		NO		FE	SI	0%	-	0%
494	No Conformidad	Abierta	La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Se observa que existen indicadores que no se aseguran el cumplimiento, más no lo grando del proceso.	Samantha Chacón Gacón	William Cárdenas Mejía		MEJORAMIENTO CONTRIBUTO	08ene/2019		NO		FE	NO	-	-	-

Fuente: Información Suministrada OAPS - ISOLUCIÓN

4.1.4.1. Revisión del registro de actividades desarrolladas con respecto a las salidas no conformes internas y entre procesos y registro de ejecución, seguimiento y eficacia de las acciones correctivas, preventivas o de mejora.

La oficina de control interno, teniendo en cuenta las observaciones generadas como resultado de la Auditoría Interna de Calidad, procedió a revisar el respectivo plan de mejoramiento suscrito para subsanar dichos hallazgos y observaciones y observó que algunas no conformidades (#489), se encuentran vencidas y no presentan avance y otras no han establecido acciones correctivas y/o preventivas(# 484).



isolucion ¿Qué desea hacer? Martha Rocío Yanquey Parra

Tareas Documentación Medición Auditoría Mejora Riesgos Sistemas

No Conformidad #489

Tipo No Conformidad	Fecha de Registro 05/ene/2019	Proceso TALENTO HUMANO	Entidad A Martha Luz Camargo de la Cruz
Numero de Auditoria Auditoria interna del 12 al 21 diciembre de 2018 Ninguno No. 22	Reportado por Samantha Chaves Garcia	Oficina Ninguna	Área Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Calidad Ejército D.C.			

Descripción de los hechos acciones correctivas
La Entidad es su sujeta al Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por sus normas (ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015). La organización no asegura el seguimiento, medición, análisis y evaluación apropiados, dado que se evidencian incumplimientos en las frecuencias establecidas para la medición de indicadores como es el caso del indicador de actividades del sistema de estimación, además se presenta una meta del 95% para la liquidación de nómina y liquidación de aportes parafiscales, está último tema de cumplimiento legal que deberá cumplirse según lo establece la ley.

Corrección

Actividad	Seguimiento	Eficiencia y Costo
Responsable Ana Patricia Mendocá García Fecha Compromiso 30/ene/2019 Reportada por Yolaine Paola Marquez Rodriguez Actividad SOLICITUD SE CAMBIO EN LA REDACCIÓN DE LA META DEL INDICADOR DE LIQUIDACIÓN DE APORTES Y NOMINA.	Adicionar Seguimiento Ejecutar	
Responsable María Victoria Ballesteros Ojeda Fecha Compromiso 30/ene/2019 Reportada por Yolaine Paola Marquez Rodriguez Actividad REALIZAR EL REPORTE DEL INDICADOR ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE ESTIMACIONES, CORRESPONDIENTE AL TERCER TRIMESTRE DE 2018, CON LA EVIDENCIA CORRESPONDIENTE.	Adicionar Seguimiento Ejecutar Fecha 02/may/2019 Resultado Este indicador fue debidamente medido en enero de 2019 y se ajustaron todos los supuestos respectivos. Usuario María Victoria Ballesteros Ojeda	Eficiencia Costo \$ <input type="text"/>

Ver estado de las actividades **2**
Total del Costo: 0
Análisis de Causas **1**

Fuente: Información Suministrada OAPS - ISOLUCIÓN

Evaluación de las Necesidades

SE GENERA PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVO YA QUE ES UNA NO CONFORMIDAD DE AUDITORIA

Se deben tomar acciones **1** de:

Plan de Mejoramiento

Actividad	Seguimiento	Eficiencia y Costo																											
Responsable María Victoria Ballesteros Ojeda Fecha Compromiso 30/may/2019 Reportada por Yolaine Paola Marquez Rodriguez Actividad ANALIZAR LA MODIFICACIÓN O CREACIÓN DEL INDICADOR QUE MIDE LA EFICIENCIA DE LAS CAPACITACIONES	Adicional Seguimiento: Ejecutar																												
Responsable María Victoria Ballesteros Ojeda Fecha Compromiso 30/may/2019 Reportada por Yolaine Paola Marquez Rodriguez Actividad REVISIÓN GENERAL DE METAS E INDICADORES	Detalle de las Tareas <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha Inicio</th> <th>Fecha Fin</th> <th>Tarea</th> <th>Descripción</th> <th>Responsable</th> <th>Estado</th> <th>Documentos</th> <th>Avance (%)</th> <th>Comentarios</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11/04/2019 12:00:00 a.m.</td> <td>31/05/2019 10:00:01 p.m.</td> <td>Plan de Acción - Actividad para la No Conformidad # 489</td> <td>ANALIZAR LA MODIFICACIÓN O CREACIÓN DEL INDICADOR QUE MIDE LA EFICIENCIA DE LAS CAPACITACIONES</td> <td>María Victoria Ballesteros Ojeda</td> <td>Adverta</td> <td>No existen documentos</td> <td>0</td> <td>Se avanza</td> </tr> <tr> <td>11/04/2019 12:00:00 a.m.</td> <td>31/05/2019 9:59:01 p.m.</td> <td>Plan de Acción - Actividad para la No Conformidad # 489</td> <td>REVISIÓN GENERAL DE METAS E INDICADORES</td> <td>María Victoria Ballesteros Ojeda</td> <td>Adverta</td> <td>No existen documentos</td> <td>0</td> <td>Se avanza</td> </tr> </tbody> </table>	Fecha Inicio	Fecha Fin	Tarea	Descripción	Responsable	Estado	Documentos	Avance (%)	Comentarios	11/04/2019 12:00:00 a.m.	31/05/2019 10:00:01 p.m.	Plan de Acción - Actividad para la No Conformidad # 489	ANALIZAR LA MODIFICACIÓN O CREACIÓN DEL INDICADOR QUE MIDE LA EFICIENCIA DE LAS CAPACITACIONES	María Victoria Ballesteros Ojeda	Adverta	No existen documentos	0	Se avanza	11/04/2019 12:00:00 a.m.	31/05/2019 9:59:01 p.m.	Plan de Acción - Actividad para la No Conformidad # 489	REVISIÓN GENERAL DE METAS E INDICADORES	María Victoria Ballesteros Ojeda	Adverta	No existen documentos	0	Se avanza	
Fecha Inicio	Fecha Fin	Tarea	Descripción	Responsable	Estado	Documentos	Avance (%)	Comentarios																					
11/04/2019 12:00:00 a.m.	31/05/2019 10:00:01 p.m.	Plan de Acción - Actividad para la No Conformidad # 489	ANALIZAR LA MODIFICACIÓN O CREACIÓN DEL INDICADOR QUE MIDE LA EFICIENCIA DE LAS CAPACITACIONES	María Victoria Ballesteros Ojeda	Adverta	No existen documentos	0	Se avanza																					
11/04/2019 12:00:00 a.m.	31/05/2019 9:59:01 p.m.	Plan de Acción - Actividad para la No Conformidad # 489	REVISIÓN GENERAL DE METAS E INDICADORES	María Victoria Ballesteros Ojeda	Adverta	No existen documentos	0	Se avanza																					

Auditor No Conformidad
Sin Seguimiento No tiene permitidos asignar Auditor

Notificación y Seguimiento **1**

Guardar No se puede guardar hasta que no se diligencie el seguimiento

Fuente: Información Suministrada OAPS - ISOLUCIÓN

“Super-Visión” para la transformación



Tipo	Fecha de Registro	Proceso	Enviar A
No Conformidad	05/ene/2019	MEJORAMIENTO CONTINUO	William Caballer Moreno

Numero de Auditoria	Reportado por	Oficina	Área
Auditoria Interna del 12 al 21 diciembre de 2018 Ninguno No: 22	Samantha Chaves Garcia	Ninguna	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Descripción de los hechos acciones correctivas
La Entidad no se asegura el Seguimiento, medición, análisis y evaluación, de acuerdo a lo definido por la Organización y lo determinado por las Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. Se observa que existen indicadores que miden aspectos de obligatorio cumplimiento, más no la gestión del proceso.

Corrección

Actividad	Seguimiento	Eficacia y Costo
Total del Costo: 0		

Análisis de Causas

Porques

1. Recurso Humano
2. Metodología

Fuente: Información Suministrada OAPS - ISOLUCIÓN

RESPUESTA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

“(...) Los Responsables de los Procesos junto con su equipo de trabajo, son los RESPONSABLES de analizar las no conformidades detectadas y documentar las correcciones, causas y acciones correctivas, como lo establece el Procedimiento R-MECO-005 Acciones correctivas, preventivas y de mejora.

De acuerdo con la competencia de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, una vez finalizada la Auditoría, en reunión de cierre se comunica el Informe de la Auditoría y se resalta la responsabilidad y necesidad de analizar las no conformidades detectadas y documentar las correcciones, causas y acciones correctivas, así como por correo electrónico.

Para el caso específico de la Auditoria Interna realizada en Diciembre de 2018, se envió correo electrónico el 28 de diciembre de 2018, comunicando el informe y solicitando que trabajen en las correcciones, causa(s) y acciones correctivas. Anexo 4. Correo electrónico.

Desde el febrero de 2019 hasta la fecha, los contratistas y profesional de calidad y ambiental han venido realizando reuniones con los Responsables de los Procesos, entre otros temas, para apoyar la definición y seguimiento de las no conformidades, de acuerdo con la disponibilidad de los últimos. Esta actividad se realizará durante todo el año. Anexo 5. Control de Asistencia reuniones de seguimiento de no conformidades.

“Super-Visión” para la transformación



En razón de lo anterior, es pertinente que la oficina de Control Interno generé estas observaciones en los procesos respectivos. (...)"

La oficina de control interno, frente a la respuesta recibida manifiesta desacuerdo con la misma, toda vez que en la caracterización del proceso de mejoramiento continuo en el HACER, se describe la siguiente etapa: **Auditoría Interna de Calidad:**

- *Establecimiento del programa de auditoría. Incluye definición de objetivos, alcance, número de auditorías y criterios de auditoría.*
- *Definición y ejecución del plan de auditoría.*
- *Recopilación de información con auditados y generación de hallazgos y conclusiones.*
- *Elaboración y entrega del informe final.*
- *Plan de acciones para solucionar NC.*
- **Seguimiento a NC asociadas.**

Teniendo en cuenta esto, la oficina de control interno interpreta que es responsabilidad del proceso de mejoramiento continuo el seguimiento a las No Conformidades en conjunto con los líderes de proceso.

Por lo anterior se mantiene la observación.

- 4.1.5. *Registro de actividades desarrolladas con respecto a las quejas sobre la gestión y el servicio de la entidad, establecer y ejecutar el tratamiento y las acciones para solucionar la queja, en el cual se haya definido el responsable y la fecha de compromiso.*

Revisada la información, se observa en el archivo allegado el registro de 101 quejas sobre el servicio de la entidad y la acción correctiva frente a la queja. De igual manera, se observa que las quejas son reiterativas, es decir que no se da respuesta oportuna al ciudadano, lo cual para la oficina de control interno indica que las acciones que se toman no pasan de ser correctivas, siendo evidente la necesidad de establecer acciones y controles más efectivos, a fin de disminuir la reiteración de la misma queja.



Acciones preventivas, No Conformidades de auditoría, acciones correctivas, Quejas, Servicio No conforme														
Información a corte del 7 de Junio de 2019 - Esta información se encuentra en el Software ISOLUCIÓN														
Id	Id	Proceso	Responsable	Fecha Entrega	Estado	Eficacia	Descripción	Reportado Por	Indicador	Medida	Actividad	Responsable	Id	
Queja y Reclamo	22	SEPTÓN DE INTERACCIÓN CIUDADANA FINANCIERA	Martha Nury Beltrán Mílas	6-4-2017	Cerrada		El señor LUIS ALFREDO MEDINA según radicado ON 2008-440-02300-2 del 05-09-2007 presenta queja contra la Superintendencia por no recibir respuesta al derecho de petición radicado con el No. 2007-440-02326-2. Sobre el particular, dicho radicado fue atendido dentro del término legal según comunicaciones radicadas con los Nos. 2007-300246583 y 2007-300246601.	Martha Nury Beltrán Mílas	0		Informar al quejoso el trámite dado al derecho de petición remitiendo los soportes correspondientes.	Martha Nury Beltrán Mílas		
Queja y Reclamo	27	VISUALIZA FINANCIERA	Luis Jaime Jiménez Morales	7-1-2017	Cerrada		El señor Jorge Antonio Pacheco envía comunicación indicando que no ha recibido respuesta a la solicitud de acción como Compañero de la Cooperativa Comedid, que había remitido hace cuatro meses, radica que si fue RADICADO DE ENTRADA: 2008-440-02460-2 (FECHA RADICADO: 05-08-2008 PROCEDENCIA: LA CONFIANZA CTA [ENTIDAD O PERSONA AFECTADA]: LA MISMA [NIT O C.C.] NO [MEDIO DE ASIGNACIÓN AL ÁREA]: OFPEO E ISOLUCIÓN	Luis Jaime Jiménez Morales	0		Darle respuesta al señor informando que si se le había dado trámite a su solicitud y adjuntando el radicado con el que se requirió documentos faltantes para poder dar trámite.	Luis Jaime Jiménez Morales		
Queja y Reclamo	129	VISUALIZA ASOCIATIVA	María Claudia Sarmiento Rojas	8-ago-08	Cerrada	No		Hugo Alberto Velasco	0		Dar respuesta a la solicitud según radicado 2008-440024603.	María Claudia Sarmiento Rojas		
Queja y Reclamo	77	SEPTÓN DE INTERACCIÓN CIUDADANA ASOCIATIVA	Carlos Julio Castañeda Cárdenas	15-nov-07	Cerrada	No	Mediante radicado 267672 la Secretaría Privada de la Presidencia solicita se atiendan las quejas del señor HECTOR RAMÍREZ, radicadas según números 204612 y 267672.	Luis Alberto Padilla Acosta	0		Se le atiende al usuario mediante oficio 233361, 287931 y se le describe el trámite mediante el radicado #233402. Como resultado se programó visita a la organización FONDO DE EMPLEADOS DE LA ENERGÍA, durante los días 13 y 15 de noviembre del 2007.	Carlos Julio Castañeda Cárdenas		
Queja y Reclamo	89	VISUALIZA FINANCIERA	Luis Jaime Jiménez Morales	25-jul-08	Cerrada		La cooperativa Finescoop con radicado 2008-440011522 041 17 de julio de 2008 solicita congeir el oficio 2008-440-02460-2 (FECHA RADICADO: 05-08-2008 PROCEDENCIA: COOPRANDEARVE [ENTIDAD O PERSONA AFECTADA]: LA MISMA [NIT O C.C.] NO [MEDIO DE ASIGNACIÓN AL ÁREA]: OFPEO E ISOLUCIÓN FECHA DE RADICADO DE ENTRADA: 2008-440-02460-2 (FECHA RADICADO: 08/09/2008 (PROCEDENCIA: [EMPRESA/ENTIDAD O PERSONA AFECTADA]: personal [NIT O C.C.] 66857270 [MEDIO DE ASIGNACIÓN AL ÁREA]: Ofpeo [FECHA DE ASIGNACIÓN]: 08/09/2008 [ASUNTO]: INFORME REVISOR REVISACION DE OFPEO	Luis Jaime Jiménez Morales	0		Hacer el oficio donde se realice la conexión de los nombres de los directivos pasivos/asociados.	Luis Jaime Jiménez Morales		
Queja y Reclamo	123	VISUALIZA ASOCIATIVA	María Claudia Sarmiento Rojas	8-ago-08	Cerrada	Si		Hugo Alberto Velasco	0		Dar respuesta a la solicitud de la usuaria de acuerdo con dispuesto a la normatividad.	María Claudia Sarmiento Rojas		
Queja y Reclamo	130	SEPTÓN DE INTERACCIÓN CIUDADANA ASOCIATIVA	Alicia Jiménez Mantilla	8-ago-08	Cerrada	No		Hugo Alberto Velasco	0		Dar respuesta a la usuaria de acuerdo con la solicitud.	Alicia Jiménez Mantilla		
Queja y Reclamo	79	SEPTÓN DE INTERACCIÓN CIUDADANA ASOCIATIVA	Luis Alberto Padilla Acosta	13-nov-07	Cerrada		presentado por ANILCAR MORALES DÍAZ, quien insiste en la queja sobre el cobro excesivo en la tasa de intereses del crédito. Al efecto Supersolidaria ha hecho cuatro reintenciones a la misma medida anterior, al cobro de la Cooperativa de Empleados del Fave UFF con radicado No. 2008-440039382 de fecha 9 de julio de 2007 solicita a esta Delegatura que se haga la conexión del oficio de posesión No. 2008-0000000441 dando que algunos nombres	Miguel Ángel Lemus Mangones	0		Se han efectuado cuatro reintenciones a la cooperativa con respuesta alguna de parte de esta por lo que se ha requerido en forma impregnable para que se atiendan la petición del usuario. Además, se recomendará visita de campo.	Luis Alberto Padilla Acosta		
Queja y Reclamo	96	VISUALIZA FINANCIERA	Luis Jaime Jiménez Morales	13-jul-08	Cerrada			Luis Jaime Jiménez Morales	0		Realizar el oficio donde se haga la conexión de la solicitud por la Cooperativa	Luis Jaime Jiménez Morales		
Queja y Reclamo	103	INSPECCIÓN ASOCIATIVA	Guillermo Hoyos Higuita	26-jul-08	Cerrada	No	RADICADO DE ENTRADA: 2008-440-02300-3 (FECHA RADICADO: 28-07-2008 (PROCEDENCIA: JOSÉ IGNACIO NIETO [ENTIDAD O PERSONA AFECTADA]: LA MISMA [NIT O C.C.] 14-997-545 [MEDIO DE ASIGNACIÓN AL ÁREA]: ISOLUCIÓN [FECHA DE ASIGNACIÓN]: 28-07-2008 [ASUNTO]: INDAGACIÓN [RADICADO DE ENTRADA: 2008-440-02209-9 (FECHA RADICADO: 22-07-2008 (PROCEDENCIA: RENE GUEDA OORLA	Hugo Alberto Velasco	0		Tramitar de acuerdo con instrucciones del señor Delegado.	Severo Rangel Martínez		

Fuente: Información Suministrada OAPS – ISOLUCIÓN

RESPUESTA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS:

Aunque si bien las Quejas en Contra del Servicio se encuentran documentadas en ISOLUCIÓN, no está dentro del objetivo y alcance del proceso de Mejoramiento Continuo y no es competencia de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas. De acuerdo con lo establecido en el Procedimiento R-INCA-013 Quejas y Reclamos Contra el Servicio, el cual hace parte del Proceso Gestión de Interacción Ciudadana Asociativa, la responsabilidad es de Secretaría General y el Grupo de Servicio al Ciudadano. Solicito el favor de trasladar esta observación al proceso y áreas responsables.

La oficina de control interno copiara el presente informe a todos los procesos.

4.1.6. Acta Revisión Gerencial (Incluye decisiones relacionadas con mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión Integral y del Modelo Estándar de Control Interno, la mejora de productos y/o servicios y la asignación de recursos).

Se procedió a realizar la revisión del acta de revisión gerencial la cual se llevó a cabo el 8 de mayo de 2019, allí se evidenció que existen punto revisados que no se habían ejecutado y sin embargo, no les fue asignada tareas y responsables para la vigencia 2019, por lo tanto, esta oficina recomienda revisar de nuevo el acta y evaluar la necesidad de establecer y ejecutar las actividades que no quedaron con tareas, responsables y fechas.



REVISIÓN REALIZADA	TAREA	RESPONSABLE	FECHA	RECURSOS
<p>7.3 Seguimiento al cumplimiento del Plan de Trabajo Anual De acuerdo a lo establecido se cumplió al 100%, el plan anual de trabajo de Seguridad y Salud en el trabajo. Se destacan actividades como: conformación y capacitación del COPASST, visitas domiciliarias teletrabajo, pausas activas, conformación y capacitación de brigadistas.</p>				
<p>7.4 Resultado satisfacción de necesidades en SST En el 2018 no se midió la satisfacción de las necesidades.</p>				
<p>7.5 Resultado de indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo Dentro del plan de mejoramiento del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, se planea iniciar la medición de indicadores en el año 2019.</p>				
<p>7.5.1 Reporte e investigación de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales Para la vigencia 2018, se reportaron a ARL POSITIVA: 2 Accidentes Laborales</p>				
<p>7.5.2 Ausentismo laboral por causas asociadas con Seguridad y Salud en el Trabajo Para la vigencia 2018, no se reportaron ausentismos laborales, por causas asociadas con el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.</p>				
<p>7.6 Rendición de cuentas en Seguridad y Salud en el Trabajo La rendición de cuentas se realizó en el mes de Diciembre de 2018, con una presentación a la Alta Dirección donde se evidenció el cumplimiento del Plan Anual de Trabajo y demás acciones de mejora que se adelantaron, gracias a la asesoría de la Profesional especialista con licencia vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo.</p>				
<p>7.7 Promoción de la participación de los trabajadores Se informa a la Alta Dirección que durante estas primeras fases de implementación se ha promovido la participación de los funcionarios en los comités y en las actividades planeadas desde bienestar y capacitación. • Copasst • Comité de Convivencia laboral • Brigada • Inducción y reintegración • Semana de estilos de vida saludable</p>				
<p>7.8 Resultados de inspecciones Se realizaron 0 visitas domiciliarias dentro del Proyecto Piloto Gratuito de Teletrabajo, de las cuales se obtuvieron la aprobación de 3 puestos de trabajo TELETRABAJABLES.</p>				
<p>7.9 Vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores En el mes de Noviembre de 2018 se realizaron los exámenes periódicos ocupacionales y encuestas de riesgo psicosocial, el resultado de los mismos será el mismo para diseñar los programas de vigilancia epidemiológica en la vigencia 2019.</p>				
<p>7.10 Pérdidas como daños a la propiedad, máquinas y equipos entre otros, relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo A la fecha no tenemos reportada novedad administrativa relacionada con el aspecto indagado.</p>				

Fuente: Información Suministrada OAPS

RESPUESTA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS:

“(...) Dentro del ejercicio de Revisión por la Dirección, es el Grupo Directivo o Alta Dirección quien analiza cada una de la información de entrada y determinan de ser necesarias las tareas, las cuales quedan documentadas en el Acta. Esta recomendación se tendrá en cuenta para las siguientes Revisiones por la Dirección.

Es pertinente tener en cuenta que, el proceso de Mejoramiento Continuo es un Proceso Estratégico transversal a la organización, que está en cabeza de la Oficina Asesora de Planeación, sin embargo por ser transversal su ejecución se observa en los 18 procesos de la Entidad. Se sugiere que los temas se auditen en los demás procesos. (...).”

5. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES

- ✓ Se observó, que a la fecha del presente informe no se ha realizado la disposición final de Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos - RAEE'S y del Registro de Generadores de Residuos o Desechos Peligroso - RESPEL, puesto que en la vigencia 2018 se declaró desierto el proceso de contratación, es importante evaluar las causas que se dieron para que el proceso de contratación no fuera exitoso y desarrollar el proceso de contratación este año.



- ✓ Es importante señalar, que los indicadores que presentaron alerta sobre la no oportuna ejecución de las metas, se les genero un autocontrol. Sin embargo, se evidenció que algunas actividades no se han cumplido y a consideración de esta oficina, no son acciones que mitiguen el riesgo de que se presente de nuevo incumplimiento, ya que no se observa un análisis de causas completo. (Autocontrol # 278).
- ✓ La oficina de control interno, teniendo en cuenta las observaciones generadas como resultado de la Auditoria Interna de Calidad, procedió a revisar el respectivo plan de mejoramiento suscrito para subsanar dichos hallazgos y/u observaciones y evidenció que algunas no conformidades (#489), se encuentran vencidas y no presentan avance y otras no han establecido acciones correctivas y/o preventivas(# 484).
- ✓ Como resultado de la revisión del acta de revisión gerencial la cual se llevó a cabo el 8 de mayo de 2019, se evidenció que existen puntos revisados que no se habían ejecutado y sin embargo, no les fue asignada tareas y responsables para la vigencia 2019, por lo tanto, esta oficina recomienda revisar de nuevo el acta y evaluar la necesidad de establecer y ejecutar las actividades que no quedaron con tareas, responsables y fechas para la vigencia 2019.

Es importante señalar, que la oficina de control interno tiene conocimiento de que actualmente la entidad se encuentra en un proceso de Transformación Digital - Arquitectura Empresarial, y que en la actualidad se viene adelantando una actualización y modificación de los procesos por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, por lo tanto, se recomienda tener en cuenta los anteriores aspectos.

Cordialmente,

(Original Firmado)

MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Martha Rocio Yanquen Parra