Tipo de Informe	Preliminar		Definitivo	X	**Fecha de Emisión del Informe**	04	10	2018

1. INFORMACIÓN GENERAL	
Proceso (s) Auditado (s):	Sistemas de Gestión
Actividad (es) auditada (s):	Las descritas en los procedimientos: acciones correctivas y de mejora, revisión del sistema integrado de gestión – SIG, elaboración de documentos y registros, seguimiento y manejo de indicadores e implementación y administración del riesgo.
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación
Líder del Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Elkín Orlando Martínez Gordón
Objetivo de la Auditoría:	Evaluar el cumplimiento del objetivo del proceso Sistemas de Gestión, mediante la evaluación de los procesos asociados y de las actividades aplicables a la Oficina Asesora de Planeación, de acuerdo con las normas que lo regulan.
Objetivos Específicos:	1) Verificar el cumplimiento del objetivo del proceso Sistemas de Gestión, seguimiento al mapa de riesgos y al cumplimiento de los indicadores. 2) Verificar el cumplimiento de las actividades del procedimiento acciones correctivas y de mejora y la aplicación de los puntos de control. 3) Verificar el cumplimiento de las actividades del procedimiento revisión del sistema integrado de gestión y la aplicación de los puntos de control. 4) Verificar el cumplimiento de las actividades del procedimiento implementación y administración del riesgo y la aplicación de los puntos de control. 5) Verificar el cumplimiento de las actividades del procedimiento seguimiento y manejo de indicadores y la aplicación de los puntos de control. 6) Verificar el cumplimiento de las actividades del procedimiento elaboración de documentos y registros y la aplicación de los puntos de control.
Marco Normativo:	- Constitución Política de Colombia de 1991. - Ley 87 de 1993 - Ley 872 de 2003 - Decreto 943 de 2014 - NTCGP 1000:2009 - NTC ISO 9001:2015 - MECI 1000:2014 - Resolución 1420 de 2006

	- Resolución 2518 de 2013 - Resolución 1407 de 2014 - Resolución 2400 de 2014 - Manual SIG - Versión:3.0 de 2018
Alcance:	Aplica para la revisión desde su inicio hasta el fin de los siguientes procedimientos (actividades): acciones correctivas y de mejora, revisión del sistema integrado de gestión – SIG-, elaboración de documentos y registros, seguimiento y manejo de indicadores, implementación y administración del riesgo; procedimientos asociados al Proceso Sistemas de Gestión y su caracterización, indicadores y riesgos desde la planeación de recursos y lineamientos hasta la retroalimentación.

Fecha Reunión de Apertura			**Vigencia Auditada**	2018
09	08	2018		

Auditor Líder	**Auditor (es) de Apoyo**
María Victoria Piraquive Isaza Contratista Oficina de Control Interno	No Aplica

2. SITUACIONES DETECTADAS DURANTE EL PROCESO DE AUDITORÍA

2.1 Resumen de la Auditoría

2.1.1 Verificar el cumplimiento del objetivo del proceso Sistemas de Gestión, seguimiento al mapa de riesgos y al cumplimiento de los indicadores.

2.1.1.1 Objetivo: Implementar y mantener el Sistema Integrado de Gestión (SIG), mediante la orientación de los procesos para la mejora continua de la CNSC y el posicionamiento del sistema.

Para evaluar el objetivo de este proceso, se verificó que las actividades descritas en la caracterización, cumplan con el ciclo - PHVA – (Planear, Hacer, Verificar, Actuar); herramienta para la mejora continua propuesta por Edward Deming, quien afirmó: *"La administración se encuentra en un estado estable y solo una transformación profunda es necesaria para salir del estado actual y no unos simples remiendos al sistema de gestión actual. Bajo este enfoque, la empresa tiene que verse como un sistema integrado donde intervienen procesos, recursos y controles orientados al logro de los objetivos y metas de la organización".*

Tabla No.1 Ciclo PHVA – Caracterización Proceso Sistemas de Gestión.

CICLO	ACTIVIDAD

P	. Planeación de recursos y lineamientos.
H	. Documentación, implementación y mantenimiento del sistema. . Indicadores de Gestión. . Gestión del riesgo.
V	. Verificación del Proceso.
A	. Retroalimentación.

Fuente: Elaboración propia con información de la caracterización.

Al respecto de la caracterización, versión 4 del 29/08/2016, se evidencia que la descripción del cambio corresponde a la actualización de requisitos legales a cumplir, por lo tanto es necesario actualizar en las páginas 2 y 3, el MECI 1000:2005 al MECI 1000:2014, como se menciona en los requisitos a cumplir, página 5.

Se evidencia el Manual del Sistema Integrado de Gestión – SIG, versión 3 del 30 de enero de 2018, documento que soporta la estructura y funcionamiento del sistema, adoptado mediante resolución 2400 del 19 de noviembre de 2014.

La CNSC, mediante resolución 2518 del 5 de diciembre de 2013, establece y unifica el Sistema Integrado de Gestión, en la cual se define: la integración, instancias, responsables, integración del comité del SIG y sus funciones, equipo técnico operativo y sus funciones, el representante y sus funciones.

2.1.1.2 Seguimiento al mapa de riesgos del proceso Sistemas de Gestión

De acuerdo a la matriz de riesgos institucional publicada en el link: http://intranet.cnsc.net/index.php/meci/que-es-el-meci , se identificaron como riesgos del proceso Sistemas de Gestión los siguientes: emitir lineamientos no acordes al objetivo de proceso y al objeto misional de la CNSC e Ineficacia en la identificación de los riesgos dentro de los procesos, de los cuales se consigna como controles: fortalecer los sistemas de información misional y de cadena de valor y fortalecer políticas Institucionales sobre el manejo de información, respectivamente.

De lo anterior, se evidenció:

- Requerimientos a la mesa de servicios – GLPI de los días 7 de mayo (cambio de la imagen del mapa de procesos del SIG en la página WEB) y 25 de junio (cambio del menú de la intranet MECI, por control interno y ceder espacio a la Oficina de Control Interno para publicación de informes) que contribuyen a fortalecer los sistemas de

información misional y de cadena de valor.

- Resolución No.CNSC-20171200058225 del 19 de septiembre de 2017 *"Por la cual se actualiza la Política General de Seguridad y Manejo de la Información de la Comisión Nacional del Servicio Civil"* proyectada por la Oficina Asesora de Planeación, cumpliendo así con el fortalecimiento de políticas institucionales sobre el manejo de información.

2.1.1.3 Indicadores

2.1.1.3.1 Cumplimiento Plan de trabajo del SIG

Se evidencia la programación de 20 actividades en el plan de trabajo del SIG, de las cuales se han ejecutado el 60%(12/20), en ejecución el 15%(3/20), reprogramadas el 15%(3/20) y sin ejecutar el 10%(2/20).

La meta es del 90%. A la fecha de esta evaluación, el cumplimiento es del 60%.

2.1.1.3.2 Cumplimiento de las capacitaciones programadas

Se programaron 25 capacitaciones, discriminadas por tema y por procesos. De acuerdo a los soportes remitidos, los cuales corresponden a 23 listas de asistencia, se cumplió con 3 de 4 capacitaciones programadas para tips de auditoría, 18 de 19 socializaciones del SIG, una (1/1) auditoría SIG y una (1/1) actividades preliminares de auditoria. Con la información consignada en los listados de asistencia no es posible determinar el cumplimiento por procesos, pues éste no se encuentra consignado en los mismos. En las listas se registran 143 asistentes excluyendo a los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, los cuales se entienden son facilitadores.

La meta es del 90%. A la fecha de esta evaluación, se encuentra cumplido.

2.1.2 Verificar el cumplimiento de las actividades del procedimiento acciones correctivas y de mejora y la aplicación de los puntos de control.

La actividad 5, de este procedimiento consigna: realizar seguimiento a la ejecución de las acciones, con el fin de verificar el cumplimiento a las fechas establecidas para el cierre de la No Conformidad y actualizar los riesgos relacionados con el hallazgo de ser necesario.

Al respecto, se evidenció el seguimiento a 17 acciones así:

Tabla No.2 Relación de acciones con seguimiento.

PROCESOS	PROCESO	No. ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	ORIGEN DE LA SOLICITUD	FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE	Observaciones OCI
Estratégicos	Sistemas de Gestión	25	Correctiva	Seguimiento a planes		1/12/2017	No registra fecha de apertura.
Apoyo	Gestión Talento Humano	26	Correctiva	Seguimiento a planes	12/01/2017	30/06/2017	Sin observaciones

Estratégicos	Gestión de Tecnologías de la Información	27	Correctiva	Seguimiento a planes	30/01/2017	21/03/2017	Sin observaciones
Misionales	Registro Público de Carrera Administrativa	28	Correctiva	Análisis de Indicadores	16/03/2017	3/05/2017	Sin observaciones
Apoyo	Representación Judicial	29	Correctiva	Análisis de Indicadores	16/03/2017	2/05/2017	Sin observaciones
Misionales	Vigilancia Preventiva y Segundas Instancias	30	Correctiva	Análisis de Indicadores	15/03/2017	4/08/2017	Sin observaciones
Misionales	Acreditación de IES	31	Correctiva	Seguimiento a planes	6/05/2017	25/07/2017	Sin observaciones
Apoyo	Administración y Desarrollo de Talento Humano	32	Mejora	Revisión del SIG	25/07/2017	31/12/2018	No hay coherencia entre la fecha de verificación de la eficacia del 22/01/2018 y la fecha de cierre del 31/12/2018.
Apoyo	Administración y Desarrollo de Talento Humano	33	Mejora	Revisión del SIG	25/07/2017	20/01/2017	No hay coherencia entre la fecha de verificación de la eficacia del 20/01/2018 y la fecha de cierre del 20/01/2017. No se indica el cierre y si requiere nueva acción.
Estratégicos	Gestión de Comunicaciones	34	Correctiva	Seguimiento a planes	24/07/2017	22/01/2018	Sin observaciones
Misionales	Acreditación de IES	35	Correctiva	Seguimiento a planes	21/07/2017	21/07/2017	Este proceso se encuentra actualmente en construcción.
Apoyo	Representación Judicial	36	Correctiva	Seguimiento a planes	27/072017	1/12/2017	Con fecha de cierre, pero no se señala cerrada, ni si requiere nueva acción.
Estratégicos	Planeación Institucional	37	Correctiva	Seguimiento a planes	27/09/2017	20/01/2018	Con fecha de cierre, pero no se señala cerrada.
Estratégicos	Planeación Institucional	38	Correctiva	Seguimiento a planes	18/10/2017	1/02/2018	No se señala si requiere acción nueva.

Estratégicos	Sistemas de Gestión	39	Correctiva	Seguimiento a planes	18/10/2017		*"Identificado por:"* se encuentra en blanco, está señalada como cerrada, pero no tiene fecha de cierre.
Apoyo	Representación Judicial y Extrajudicial	41	Correctiva	Seguimiento a planes	16/01/2018		Seguimiento el 13/03/2018, no se ha verificado la eficacia y se encuentra señalada como cerrada sin fecha de cierre consignada. No se señala si requiere acción nueva.
Estratégicos	Planeación Institucional	42	Correctiva	Seguimiento a planes	27/09/2017		Seguimiento el 01/10/2017, no se ha verificado la eficacia y se encuentra señalada como cerrada sin fecha de cierre consignada.

Fuente: Elaboración propia con información entregada por la Oficina Asesora de Planeación.

Se verificó el uso del formato destinado para el seguimiento de las acciones con código F-SG-001, en el cual se identificó que en el 11,76% (2/17 acciones, las # 31 y 36), se utilizó el formato de la versión anterior.

2.1.3 Verificar el cumplimiento de las actividades del procedimiento revisión del sistema integrado de gestión y la aplicación de los puntos de control.

La alta dirección debe revisar el Sistema de Gestión de la Calidad a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización[1].

Con relación a esta generalidad consignada en la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2015 y teniendo en cuenta la actividad 4 del procedimiento *"Coordinar Reunión para la revisión"*, se evidenció que el 25 de julio de 2017, se realizó la revisión por la dirección, consignada en formato con código F-SG-010, versión:1.0 del 20/07/2017. De la cual se

destacan los siguientes resultados:

Tabla No.3 Resultados relevantes de la revisión por la dirección.

ASPECTO	RESULTADO
Revisión General	Diagnóstico: Avance NTCGP 1000:2009 del 72% y en ISO 9001:2015 del 64%.
Revisión Política de Calidad	Se determinó, que está alineada a la misión, así como los objetivos de calidad a los objetivos estratégicos de la institución.
Estructura y responsabilidad de los procesos integrantes del SIG	Plan de trabajo para identificar los posibles productos no conformes.
Resultado de Auditorias	Se determinó, realizar la primera auditoria interna conjunta al Sistema de Gestión de Calidad, en el segundo semestre de 2018.
Comunicación con las partes interesadas	Se promocionó el SIG, sus herramientas y uso interactivo con: Concursos, videos y capacitaciones al grupo de interés "empleados".
Desempeño y grado de cumplimiento con los objetivos del SIG	Avance Planeado P.E. 2015-2016 50,00% Avance objetivo estratégico 43,09% Avance resultado estratégico 43,10% Cumplimiento metas P.E. 2015-2017 42,32%
Desempeño de Indicadores de Gestión y Riesgos	- 30 indicadores medidos, 25 con meta cumplida, 4 incumpliendo la meta y 1 en el limite satisfactorio. - Actualización de la Matriz de Riesgos Anticorrupción.
Estado de acciones correctivas, acciones preventivas y de mejora	- 32 acciones, 10 abiertas y 22 cerradas. - 26 correctivas, 5 preventivas y 1 de mejora.
Evaluación de Cumplimiento Legal	Revisión y actualización permanente del normograma.
Recomendaciones para la mejora	Se formularon 8 recomendaciones.
Plan de acción	Se formularon 3 acciones.

Fuente: Elaboración propia con información entregada por la Oficina Asesora de Planeación.

No se evidenció formalidad en la revisión por la dirección en cuanto a convocatoria, agenda y asistencia.

De acuerdo al numeral 9.3.2 (Entradas de la revisión por la dirección) de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001, a continuación se relacionan las observaciones de la Oficina de Control Interno para cada uno de los literales:

Tabla No.4 Verificación entradas de la revisión por la dirección.

Literal		Observaciones Oficina de Control Interno
a) el estado de las revisiones por la dirección previas;		No se identifica.
b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad;		No se identifica.
c) la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas a:	1) la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;	No hay retroalimentación, no se evidencia medición de la satisfacción del cliente.
	2) el grado en que se han logrado los objetivos de la calidad;	Se realizó seguimiento de acuerdo a lo consignado y éste arrojó el resultado esperado.

	3) el desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;	No se identifica.
	4) las no conformidades y acciones correctivas;	Se ilustran las estadísticas, no se evidencia análisis.
	5) los resultados de seguimiento y medición;	Se relaciona seguimiento al desempeño de Indicadores de Gestión y Riesgos.
	6) los resultados de las auditorias;	No se identifica.
	7) el desempeño de los proveedores externos;	No se identifica.
d) la adecuación de los recursos;		No se identifica.
e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades;		No se identifica.
f) las oportunidades de mejora.		Se consignan 8.

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al numeral 9.3.2 de la NTC-ISO 9001:2015.

Al respecto del numeral 9.3.3 (salidas de la revisión por la dirección), identificadas en el procedimiento como la actividad número 6 y 7, acciones y planes de acción, se verificaron las consignadas en los formatos de mejoramiento continuo, originadas en la revisión del SIG, así:

Acción de mejora # 32

Descripción del problema: Falta de criterios en el procedimiento de desvinculación de personal en lo relacionado con la entrega y empalme del cargo.

Actividad en el Plan de Acción: Incluir la recepción del acta de entrega y back up del funcionario que se desvincula de la CNSC, formalizar un formato de acta de entrega para los funcionarios de la CNSC.

Acción de mejora # 33

Descripción del problema: No existe conocimiento por parte de los contratistas y funcionarios de sus deberes, derechos y conocimientos acerca de la entidad.

Actividad en el Plan de Acción: Incluir en el procedimiento de Vinculación de personal una Guía de Inducción que muestre los temarios y la metodología a seguir, donde se incluyen los derechos y deberes de los funcionarios y contratistas, con el fin de además motivar a todos aquellos que entran a la entidad para crear identidad y sentido de pertenencia por la Comisión.

Estas acciones presentan observaciones de seguimiento en el punto 2.2 de este informe y se puede identificar en la revisión por la dirección, que las actividades descritas hacen parte de la acción número 1: *"Actualizar los procedimientos de Administración y Desarrollo de Talento Humano (Inducción, desvinculación, empalme)".*

Al respecto de la acción número 2 plasmada en la revisión por la dirección *"Realizar una*

campaña de socialización del SIG para todos los funcionarios de la entidad", no se evidencia seguimiento en el formato a las actividades desarrolladas. Se han realizado 18 socializaciones del SIG, de acuerdo a lo soportado en listados de asistencia, no se puede determinar si se cumplió con lo consignado en la acción, *"todos los funcionarios de la entidad"*.

Para la acción número 3, *"Estandarizar los procesos Misionales"*, no se evidencian actividades plasmadas en formatos de mejoramiento continuo.

2.1.4 Verificar el cumplimiento de las actividades del procedimiento implementación y administración del riesgo y la aplicación de los puntos de control.

La primera actividad contemplada en este procedimiento, es determinar el contexto estratégico. Al respecto se evidenció la guía de implementación y administración del riesgo en la CNSC, versión: 4.0 del 30/05/2018, se verificó su contenido de acuerdo a la guía para administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, versión 3, de diciembre de 2014, así:

Tabla No.5 Verificación Guía de implementación y administración del riesgo.

La política de Administración del Riesgo puede adoptar la forma de un manual o guía de riesgos, donde se deben incluir mínimo los siguientes aspectos (descritos en la GUIA del DAFP):		**Verificación OCI - GUIA -CNSC-**
OBJETIVO	Establece los principios básicos y el marco general de actuación para el control y la gestión de los riesgos de toda naturaleza a los que se enfrenta la entidad.	Este aspecto se encuentra claro y definido. Numeral 1.
ALCANCE	Establece el ámbito de aplicación de los lineamientos, el cual debe abarcar todos los procesos de la entidad. Se sugiere incluir a todas las seccionales o sedes que la entidad pueda tener en diferentes ubicaciones geográficas, con el fin de garantizar un adecuado conocimiento y control de los riesgos en todos los niveles organizacionales.	Este aspecto se encuentra claro y definido. Numeral 2.
NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO O TOLERANCIA AL RIESGO	Establece "los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de los objetivos" (NTC GTC 137 Numeral 3.7.16), los mismos están asociados a la estrategia de la entidad y pueden considerarse para cada uno de los procesos.	Definido en el numeral 4.1.: *"...acepta una tolerancia de riesgo frente a cada proceso de manera individual y general hasta el nivel medio..."*.
TÉRMINOS Y DEFINICIONES	Relacionados con la Administración del Riesgo y con aquellos temas que el manual o guía desarrollen que sean relevantes para que todos los funcionarios entiendan su contenido y aplicación.	Este aspecto se encuentra claro y definido. Numeral 3. Diccionario conceptual.
ESTRUCTURA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO	La metodología a utilizar.	Este aspecto se encuentra claro y definido. Numeral 5.2.
	En caso de que la entidad haya dispuesto un software o herramienta para su desarrollo, deberá explicarse su manejo.	Se menciona *"la herramienta correspondiente"* en el último párrafo de la página 13. No se identifica la explicación de su manejo.
	Incluir los aspectos relevantes sobre los factores de riesgo estratégicos para la entidad, a partir de los cuales todos los procesos podrán iniciar con los análisis para el establecimiento del contexto.	En el numeral 5.3.1, se identifica el contexto estratégico.

	Incluir todos aquellos lineamientos que en cada paso de la metodología sean necesarios para que todos los procesos puedan iniciar con los análisis correspondientes.	Los lineamientos se encuentran en lo descrito en cada paso del numeral 5.
	Incluir la periodicidad para el monitoreo y revisión de los riesgos.	Se consigna en el numeral 4.3 página 5, *"Se revisarán y ajustarán anualmente durante el primer semestre del año"*. Con relación al monitoreo, en el numeral 5.4. se determina: *"por lo menos una (1) vez al año"*.
	Incluir los niveles de riesgo aceptado para la entidad y su forma de manejo.	Se identifica en el literal c) del numeral 5.3.3. Análisis y Evaluación.
	Incluir la tabla de impactos institucional (Ver Tabla Ilustrativa 2. Niveles para Calificar el Impacto o Consecuencias, pág. 20).	Se identifica en el literal b) del numeral 5.3.3. Análisis y Evaluación.
	Otros aspectos que la entidad considere necesarios deberán ser incluidos, con el fin de generar orientaciones claras y precisas para todos los funcionarios, de modo tal que la gestión del riesgo sea efectiva y esté articulada con la estrategia de la entidad.	En el numeral 5.10, se consigna: la conservación de los resultados de la gestión.

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a lo consignado en la GUIA del DAFP.

Se observó que en la intranet se encuentran publicadas dos versiones de la Guía, en ubicaciones diferentes; una vinculada al proceso (versión 4) y la segunda en el siguiente link: http://intranet.cnsc.net/phocadownload/MECI/g-sg-002_implementacion_y_administracion_del_riesgo_v3.pdf (versión 3).

Con relación a la actividad 10 del procedimiento: aprobar el mapa de riesgos consolidado, se evidencia matriz publicada en el siguiente link: http://intranet.cnsc.net/index.php/meci/que-es-el-meci, en formato de versión 3, del 23/02/2016; de acuerdo al nombre del archivo remitido, esta fue aprobada en noviembre de 2017; no se evidencia formalidad en la fecha de aprobación. En esta matriz se encuentran identificados 61 riesgos, así:

Tabla No.6 Número de riesgos por proceso.

No.	Proceso	Procesos	Número de Riesgos
1	APOYO	Admón. y Desarrollo del Talento Humano	3
2	APOYO	Atención al Ciudadano y Notificaciones	4
3	APOYO	Contratación	2
4	APOYO	Control Interno Disciplinario	5
5	APOYO	Gestión Contable	2
6	APOYO	Gestión de Recursos Financieros	3
7	APOYO	Gestión de RT	2
8	APOYO	Gestión documental	4
9	APOYO	Infraestructura	2

10	APOYO	Representación Legal, Judicial y Extrajudicial.	2
1	ESTRATEGICOS	Gestión de Comunicaciones	4
2	ESTRATEGICOS	Gestión de TI	4
3	ESTRATEGICOS	Planeación Institucional	2
4	ESTRATEGICOS	Sistemas de Gestión	2
1	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	Evaluación y Seguimiento a la Gestión	2
1	MISIONALES	Concurso de Méritos.	4
2	MISIONALES	Doctrina	3
3	MISIONALES	Evaluación Desempeño Laboral	3
4	MISIONALES	Provisión de Empleos	2
5	MISIONALES	Registro Público	2
6.1.	MISIONALES	Vigilancia preventiva y segundas instancias	2
6.2.	MISIONALES	Vigilancia Sancionatoria	2
21	*10+4+1+6	**Total**	**61**

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a la matriz de riesgos vigente.

De acuerdo a la tabla anterior se encuentran definidos riesgos para 10 procesos de apoyo, 6 misionales, excepto el denominado Acreditación de Universidades, el cual se encuentra en construcción, 4 estratégicos y 1 de evaluación y seguimiento. El proceso de vigilancia de carrera administrativa se encuentra discriminado en la matriz de riesgos por procedimientos. Por esto, se relacionan 22 procesos.

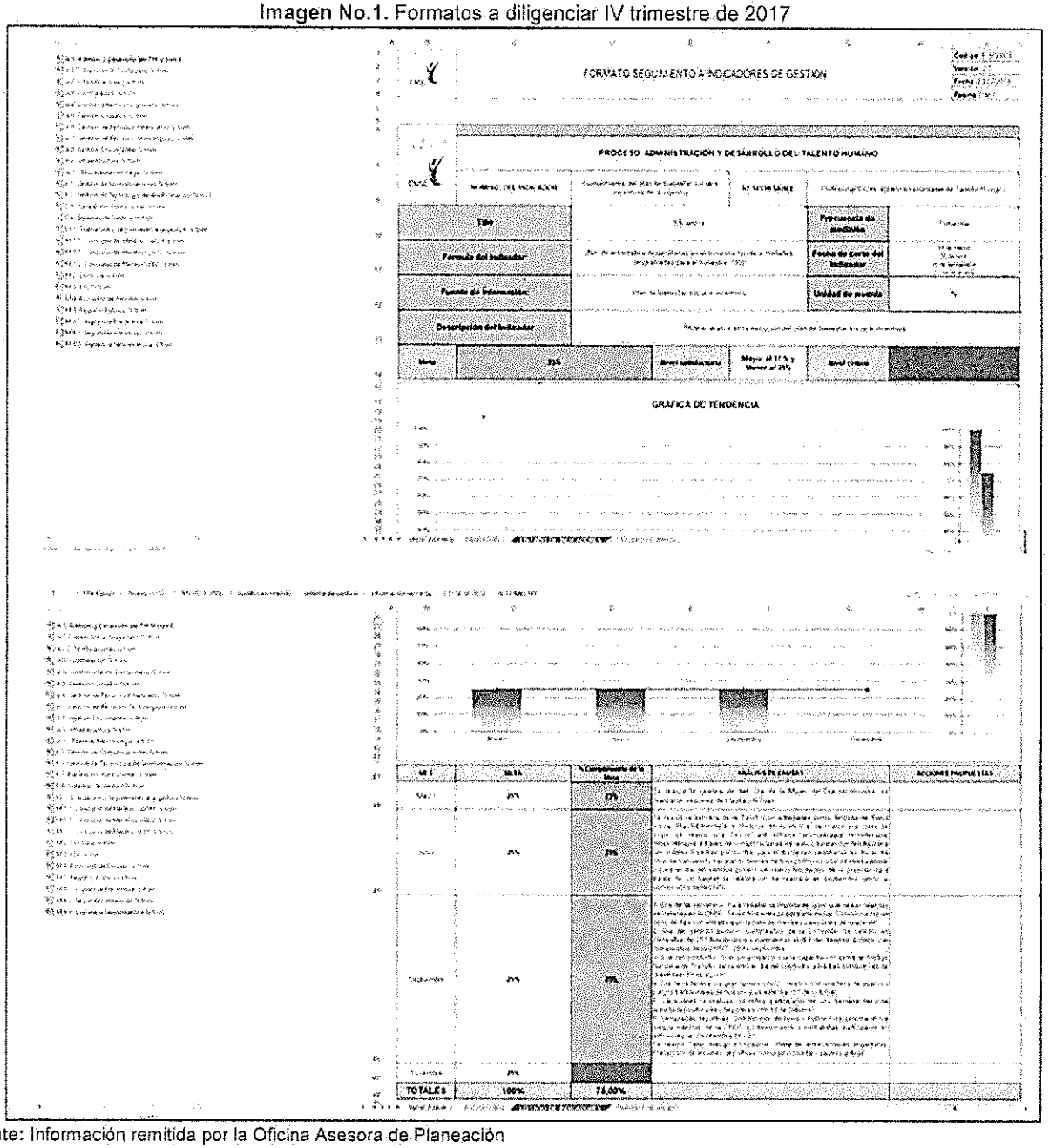
Al verificar la actividad 11 del procedimiento: socializar y divulgar los mapas de riesgos identificados, no se encuentran evidencias, toda vez, que de los 8 listados de asistencia suministrados, 7 corresponden a capacitaciones anteriores a la última versión de la matriz de riesgos de noviembre de 2017, y el que corresponde a agosto de 2018, es de materialización del riesgo de información.

2.1.5 Verificar el cumplimiento de las actividades del procedimiento seguimiento y manejo de indicadores y la aplicación de los puntos de control.

Se verificó el cumplimiento de las actividades consignadas en este procedimiento para la Oficina Asesora de Planeación y el equipo SIG, así:

Actividad número 1: Remitir el formato de hoja de vida y seguimiento a los indicadores de gestión. El formato se encuentra en la intranet vinculado a la actividad, versión 2 del 23/11/2015. Se evidencian los formatos con información diligenciada hasta el tercer semestre de 2017 a los líderes de proceso.

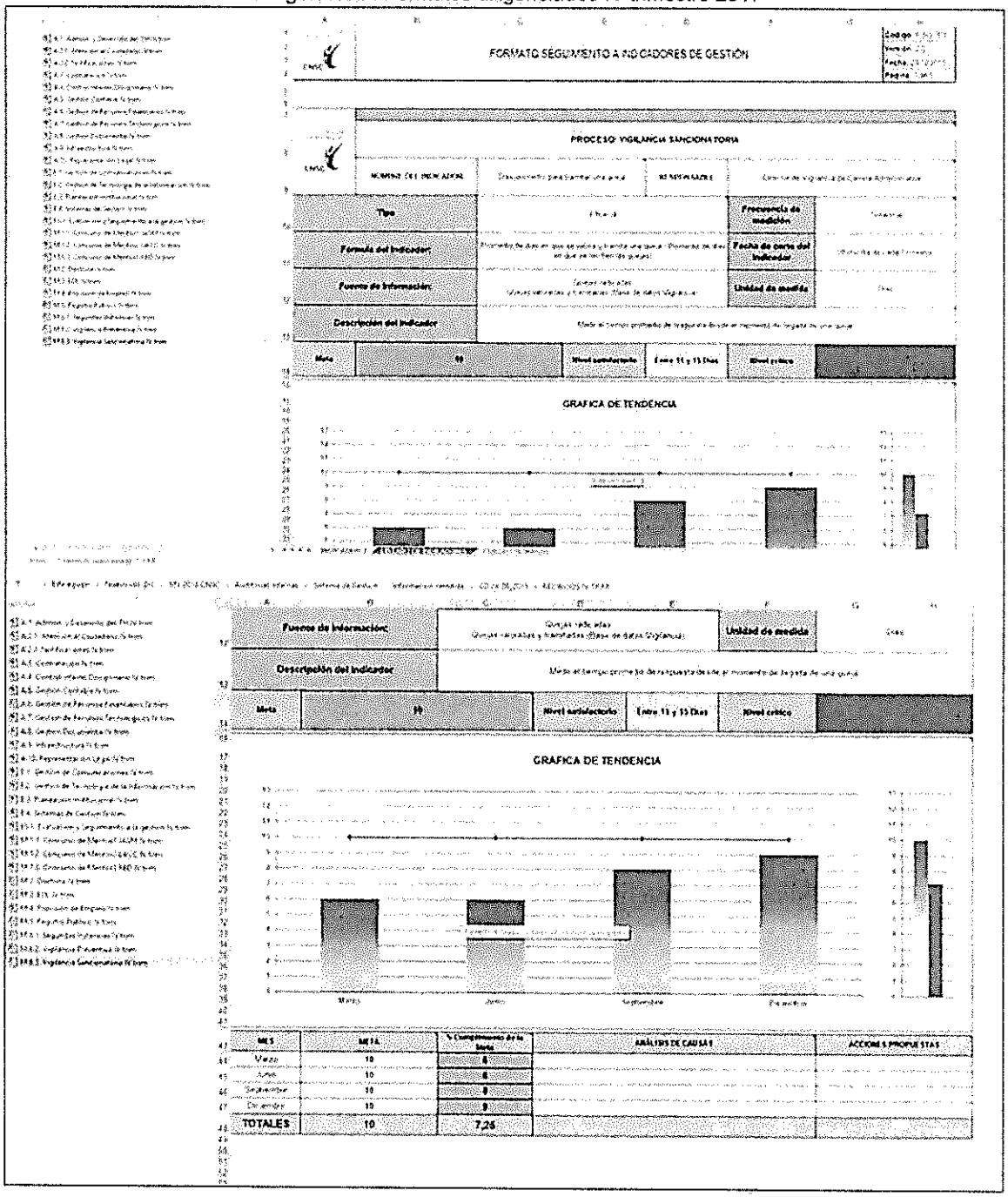
Imagen No.1. Formatos a diligenciar IV trimestre de 2017



Fuente: Información remitida por la Oficina Asesora de Planeación

Actividad número 4: Recibir y verificar todos los Formatos de seguimiento a los indicadores de gestión de todos los procesos. Se evidenció la retroalimentación de los formatos diligenciados para el cuarto trimestre de 2017.

Imagen No.2. Formatos diligenciados IV trimestre 2017



Fuente: Información remitida por la Oficina Asesora de Planeación

Los formatos diligenciados registran una fecha (23/12/2015) diferente a la consignada en el formato de la intranet (23/11/2015).

Actividad número 6: Consolidar la información en el tablero general de la CNSC. Al respecto se evidenció el registro por trimestre y el consolidado a diciembre de 2017, en el cual se presenta el seguimiento a 56 indicadores, así:

Tabla No.7 Indicadores por proceso

PROCESO	Número de Indicadores
APOYO	27
ESTRATEGICO	7
EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, MEJORA	4
MISIONAL	18
Total general	**56**

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por la OAP.

Actividad número 7: Elaborar el informe de seguimiento a indicadores de gestión. Se evidenció el informe, en el cual se registra el estado de los indicadores a diciembre de 2017, de los cuales: en el 84% (47/56) se cumplió la meta, el 12% (7/56) registran un nivel satisfactorio y el 4% (2/56) registran un nivel crítico, para los indicadores de ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento y ejecución del programa anual de auditorías.

Al verificar que se cumpla el ciclo PHVA, no se evidenció acciones de mejora suscritas para estos indicadores en la vigencia 2018.

No se evidencia el cumplimiento de la actividad 8: Se presenta la información del seguimiento a los indicadores de gestión de los procesos. En el procedimiento se registra como punto de control acta de sala plena y en la entrega de la información, se informa que este se presenta en comité directivo y no fue soportado.

En la información entregada, no se soportó el cumplimiento de la actividad 9: Publicar el informe de seguimiento a los indicadores de gestión.

2.1.6 Verificar el cumplimiento de las actividades del procedimiento elaboración de documentos y registros y la aplicación de los puntos de control.

Teniendo en cuenta la información solicitada y la suministrada, se encuentra lo siguiente:

En el listado maestro de documentos remitido, de fecha 18 de julio, de acuerdo a los registros se encuentra que en el 2018, se han creado los siguientes documentos:

Tabla No.8 Documentos creados en el 2018

Tipo de Documento	Proceso	Nombre de Documento	Código	*Versión*	Fecha de Creación o actualización	Dependencia Responsable

Formato	CM	Estimación del Presupuesto del Proceso de Selección	F-CM-002	*1,0*	26/06/2018	
Formato	CM	Presupuesto Oficial del Proceso de Selección	F-CM-003	*1,0*	26/06/2018	
Formato	ES	Carta de Representación	F-ES-010	*1,0*	29/05/2018	Oficina de Control Interno
Formato	GC	Monitoreo de Medios	F-GC--004	*1,0*	06/07/2018	Oficina de Comunicaciones
Formato	SG	Acuerdo de Confidencialidad	F-SG-011	*1,0*	02/04/2018	Oficina Asesora de Planeación
Formato	SG	Inscripción y Selección de Auditores Internos	F-SG-012	*1,0*	18/05/2018	Oficina Asesora de Planeación
Formato	SG	Lista de cheque de Auditoria Interna de Calidad	F-SG-013	*1,0*	20/06/2018	Oficina Asesora de Planeación
Formato	SG	Inspección Botiquín de Primeros Auxilios	F-SG--SST-001	*1,0*	22/03/2018	Oficina Asesora de Planeación
Formato	SG	Inspección de Extintores	F-SG--SST-002	*1,0*	22/03/2018	Oficina Asesora de Planeación
Programas	SG	Programa Medicina Preventiva y del Trabajo	PO-SG-SST-001	*1,0*	01/08/2018	Oficina Asesora de Planeación
Programas	SG	Programa de Vigilancia Epidemiológica Cardiovascular	PO-SG-SST-002	*1,0*	31/07/2018	Oficina Asesora de Planeación
Programas	SG	Programa de Vigilancia Epidemiológica Psicosocial.	PO-SG-SST-003	*1,0*	06/08/2018	Oficina Asesora de Planeación
Programas	SG	Programa de Vigilancia Epidemiológica Biomecánico	PO-SG-SST-004	*1.0*	16/08/2018	Oficina Asesora de Planeación
Programas	SG	Programa de Vigilancia Epidemiológica Visual	PO-SG-SST-005	*1,0*	06/08/2018	Oficina Asesora de Planeación

Programas	SG	Programa de Higiene y Seguridad Industrial	PO-SG-SST-006	*1,0*	21/08/2018	Oficina Asesora de Planeación
Procedimiento	SG	Identificación de Requisitos Legales Ambientales	P-SG-A-006	*1,0*	12/12/2018	Oficina Asesora de Planeación
Procedimiento	SG	Identificación de Aspectos e Impactos Ambientales	P-SG-A-007	*1,0*	12/12/2018	Oficina Asesora de Planeación
Guía	SG	Responsabilidades ante el SGSI	G-SG-SGI-001	*1,0*	13/07/2018	Oficina Asesora de Informática

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por la OAP.

Y actualizados los siguientes:

Tabla No.9 Documentos actualizados en el 2018.

Tipo de Documento	Proceso	Nombre de Documento	Código	*Versión*	Fecha de Creación o actualización	Dependencia Responsable
Caracterización	CM	Concurso de Méritos	C-CM-001	*4,0*	10/05/2018	Despachos de los Comisionados
Procedimiento	CM	Concurso de Méritos	P-CM-003	*3,0*	10/05/2018	Despachos de los Comisionados
Formato	ED	Información general	F-ED-002	*3,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	Compromisos laborales y competencias comportamentales	F-ED-003	*3,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	De evidencias	F-ED-004	*3,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral

Formato	ED	Calificación de competencias comportamentales	F-ED-005	*3,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	Evaluación de gestión por áreas o dependencias	F-ED-006	*3,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	Reporte de calificación período anual u ordinario	F-ED-007	*3,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	Plan de mejoramiento	F-ED-008	*3,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	Evaluación parcial eventual Semestre I y II	F-ED-009	*3,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	Evaluación extraordinaria	F-ED-010	*3,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	Evaluación inferior a un (1) año.	F-ED-011	*3,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	Evaluación período de prueba	F-ED-012	*3,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	Consolidación - Ajuste a Compromisos	F-ED-015	*2,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	Información General – Consolidado	F-ED-016	*2,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral

Formato	ED	Reporte de calificación período anual u ordinario – Consolidado	F-ED-017	*2,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	Evaluación Extraordinaria – Consolidado	F-ED-018	*2,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ED	Evaluación inferior a un (1) año - Consolidado	F-ED-018	*2,0*	09/04/2018	Grupo evaluación del desempeño laboral
Formato	ES	Informe de Auditoria	F-ES-005	*4,0*	25/06/2018	Oficina de Control Interno
Procedimiento	ES	Auditorías internas	P-ES-001	*3.0*	16/05/2018	Oficina de Control Interno

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por la OAP.

De acuerdo a estos registros, no se evidencia el cumplimiento de la actividad 8 del procedimiento, que consigna: actualizar el listado maestro de documentos y registrar el cambio efectuado en la documentación, toda vez que existe información incompleta (responsables sin diligenciar) y fechas que no corresponden (fechas de creación posteriores a la actual), de igual forma los soportes remitidos de gestión de documentos; como son: procedimiento disciplinario y verbal, guía para la organización de archivos, guía para la elaboración y control de documentos e instructivo del proceso de recursos tecnológicos, no se reflejan en el listado de documentos maestro suministrado.

2.2 Hallazgos y/o No Conformidades y/o Recomendaciones

Recomendaciones

1. Ajustar en las páginas 2 y 3 de la caracterización del proceso, el MECI 1000:2005 al MECI 1000:2014.

2. Revisar lo consignado en el primer párrafo de la página 5 y de la página 16 del manual del SIG, se mencionan 23 procesos siendo realmente 22 y en letras cuatro estratégicos y en número se relacionan cinco (5).

3. Verificar y garantizar que los riesgos de todos los procesos se encuentren actualizados en la intranet de acuerdo a la última versión de los mismos, noviembre de 2017 y en coherencia con la matriz consolidada y publicada.

4. Diligenciar correctamente los formatos de asistencia de las actividades en general, toda vez que no registran, en un 91% (21/23) de lo remitido, el facilitador ni el proceso o procesos a los que se dirigen las capacitaciones.

5. Cambiar el título de actividades por procedimientos en la intranet.

6. Revisar en la tabla número 2, las observaciones de la OCI, ajustar si es pertinente lo consignado en la misma.

7. Formalizar la revisión por la dirección en cuanto a convocatoria, agenda y asistencia.

8. Aplicar el formato mejoramiento continuo para todas las acciones que se deriven de la revisión por la dirección.

9. Revisar y actualizar la publicación en la intranet de las versiones de la guía de administración del riesgo.

10. Registrar la fecha de aprobación de la matriz de riesgos en su publicación.

11. Revisar y ajustar si es pertinente la fecha de la versión de los formatos seguimiento a indicadores de gestión diligenciados y/o del publicado en el proceso.

12. Para los indicadores que se describen como universo todos, se sugiere cuantificar para medir el cumplimiento. Ejemplo: capacitar a todos los funcionarios.

Hallazgos

1. En la revisión por la dirección del 25 de julio de 2017, no se identifican 3 de 8 puntos a tener en cuenta, de acuerdo a lo descrito en el numeral 5.6.2 (Información de entrada para la revisión) de la NTCGP 1000:2009, norma aplicada para la revisión en mención.

2. No se evidenció el cumplimiento de la actividad 11 socializar y divulgar los mapas de riesgos identificados en noviembre de 2017, del procedimiento implementación y administración del riesgo.

3. No se evidenció solicitud para formular acciones de mejora producto del análisis consolidado a diciembre de 2017, para el indicador *"Ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento"* con nivel crítico de cumplimiento, teniendo en cuenta lo estipulado en la caracterización del proceso en lo referente al ciclo PHVA, específicamente a la retroalimentación.

4. No se evidenció el cumplimiento de las actividades 8 y 9 (acta de sala plena y publicación del informe) del procedimiento seguimiento y manejo de indicadores.

5. De acuerdo a los criterios de evaluación y a la información suministrada, no se evidenció la recepción de documentos con solicitud de cambios, aprobación de los documentos y la socialización de los nuevos documentos, para los registros en el listado maestro de documentos, creación y actualizaciones de la vigencia 2018, en el procedimiento elaboración de documentos y registros.

3. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

1. La Oficina Asesora de Planeación, cumple con el objetivo de implementar y mantener el Sistema Integrado de Gestión (SIG), mediante la orientación de los procesos para la mejora continua de la CNSC y el posicionamiento del sistema.

2. Se está cumpliendo con los indicadores del proceso: meta del 90% de las capacitaciones programadas y un avance del 60% en el plan de trabajo 2018 del SIG.

3. En la revisión por la dirección, se detectan oportunidades de mejora para cumplir con lo consignado en la NTC-ISO 9001.

4. La guía de implementación y administración del riesgo de la CNSC, contempla los aspectos consignados en la guía del Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP-.

5. Se detectan oportunidades de mejora para coadyuvar al cumplimiento del objetivo del proceso, en los procedimientos de acciones correctivas y de mejora, seguimiento y manejo de indicadores y elaboración de documentos y registros.

4. PLAN DE MEJORAMIENTO

4.1 Como mecanismo de control el auditado deberá elaborar un Plan de Mejoramiento Interno, tendiente a corregir y subsanar los puntos susceptibles de mejora, de los hallazgos, el cual será dado a conocer a la Oficina de Control Interno en los (5) cinco días siguientes hábiles, a partir de la fecha de la entrega del informe final. Si el auditado considera que para las recomendaciones no es necesario formular plan de mejoramiento, deberá proyectar un escrito donde deje su opinión acerca de la no necesidad de elaborarlo.

5. ANEXOS

5.1 Cronograma SIG 2018.
5.2 Cronograma de capacitaciones SIG 2018.
5.3 Revisión por la Dirección del 25 de julio de 2017.
5.4 Matriz de riesgos institucional de noviembre de 2017.
5.5 Listado maestro de documentos julio de 2018.
5.6 Análisis y seguimiento a indicadores 2017.

Elaboró	Aprobó
María Victoria Piraquive Isaza Líder de Auditoria	Myriam Nelly Borda Torres Jefe Oficina de Control Interno
	Elkin Orlando Martínez Gordón Jefe Oficina Asesora de Planeación Auditado

[1] NTC-ISO 9001:2015