



Corporación Autónoma  
Regional del Valle del Cauca

Página 1 de 2

## MEMORANDO

0120 – 531022017

PARA:	LUIS GUILLERMO PARRA – DIRECTOR TÉCNICO (C) – Dirección de Planeación
DE:	Jefe Oficina de Control Interno
ASUNTO:	Informe de auditoría – Gestión de Calidad
FECHA:	Santiago de Cali, 20 de septiembre de 2017

En cumplimiento del Programa de Auditoría 2017, se realizó la Auditoría Interna integral al proceso Gestión de Calidad, por lo tanto me permito enviarle el Informe Final producto de dicha auditoría, a fin de que se establezcan por parte del Líder y/o responsables del proceso de manera conjunta, las acciones correctivas y/o oportunidades de mejora necesarias para subsanar las no conformidades detectadas y atender las recomendaciones planteadas, en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles, contados a partir del recibo de la presente comunicación. Dichas acciones deben ser enviadas a la Oficina de Control Interno.

Es importante tener en cuenta lo siguiente:

Se deben evaluar las acciones que garanticen la utilización de los Sistemas de Información para insumar la toma de decisiones, lo que posibilita la articulación entre el Sistema de Control Interno y el Sistema de Gestión de Calidad.

**Acción correctiva:** conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

**Acción preventiva:** conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

**Acción de Mejora:** conjunto de acciones para aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de un proceso, producto o sistema.

El formato lo encuentra en el link: [Calidad/Formatos comunes 2016, Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora FT.0540.15 V7.](#)

Adicionalmente para cualquier inquietud al respecto usted podrá comunicarse con el Auditor Líder a la extensión 1448 del edificio principal de la CVC.

*Comprometidos con la vida*

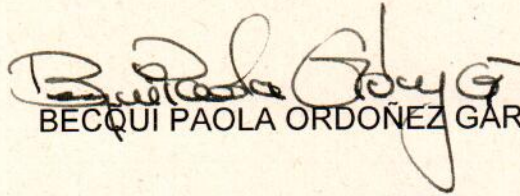




Corporación Autónoma  
Regional del Valle del Cauca


Página 2 de 2

Cordialmente,

  
BECQUI PAOLA ORDOÑEZ GARCÍA

Copia digital: Rubén Darío Materon Muñoz – Director General.  
Jaime Alberto Escudero - Coordinador Gestión Ambiental y Calidad.

Archívese en: 0120-061-008-2017

Proyectó: Claudia Ximena Martínez Sánchez – Profesional Especializado. 

*Comprometidos con la vida*



## INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Fecha de Auditoría: 22, 23 y 25 de agosto de 2017	Auditor Líder : Claudia Ximena Martínez Sánchez.
Proceso / Servicio: Gestión de Calidad	Equipo Auditor : Daysi Lorena Galindez Zapata.
Objetivo : Evaluar el nivel de madurez de los elementos del sistema de control interno, la conformidad de la NTCGP:1000:2009, los requisitos legales, el cumplimiento de las obligaciones, realizar seguimiento a las acciones correctivas y preventivas de auditorías anteriores y a los planes de mejoramiento, en el proceso Gestión de Calidad.	Alcance : Verificar el cumplimiento de los indicadores, el plan operativo anual, la contribución a las metas del plan anticorrupción, las actualizaciones en los aplicativos corporativos y los procedimientos: PT.0540.02 Control de Documentos, PT0540.03 Control de Registros, PT.0540.04 Control del servicio o producto no conforme ,PT.0540.05 Acciones preventivas y correctivas, PT.0540.06 Revisión por la dirección general del sistema integrado de gestión, PT.0540.07 Plan de calibración y mantenimiento de dispositivos de seguimiento y medición, PT 0540.08 Administración del riesgo, en la vigencia 2016 –2017.

### Programa de Trabajo

Día 1: Revisión no conformidades, Control de Documentos, Control de Registros, Control del servicio o producto no conforme , Acciones preventivas y correctivas, Revisión por la dirección general del sistema integrado de gestión	Proceso: Gestión de Calidad.
Día 2: Plan de calibración, Administración del Riesgo – Plan anticorrupción, Indicadores, Aplicativos.	Proceso: Gestión de Calidad.
Día 3: Cierre de auditoria.	Proceso: Gestión de Calidad.

### Principales Situaciones Detectadas:

Se realizó seguimiento a las tres (3) no conformidades encontradas en la auditoria de octubre de 2016, así:

El treceavo elemento del Modelo Estándar de Control Interno es el Plan de mejoramiento; Se verificaron las cuatro acciones definidas, para la no conformidad 4.1 requisitos generales literal f, se identificó en el Plan de trabajo 2017 la inclusión del seguimiento al Plan de calibración y mantenimiento de los equipos de medición; no se solicitó la información de los equipos a calibrar que tiene la Corporación entre los que se encuentran los sonómetros, ni se evidenció el inventario de los equipos. Por lo cual continua abierta la no conformidad.

Para la no conformidad 4.2.2.Manual de Calidad, se definieron tres acciones: convocar al Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, aprobar el manual y publicarlo. Las tres acciones no se cumplieron. Continúa abierta la no conformidad.

En la no conformidad 4.2.3 Control de Documentos literal d) se definieron tres acciones correctivas, convocar al Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, aprobar la Norma Fundamental y socializarla. Las tres acciones no se cumplieron. Continúa abierta la no conformidad.

En el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo del 14 de agosto de 2017, se presentó la política y los objetivos de calidad, los cuales fueron revisados y aprobados. Para la vigencia se programaron tres Comités, en el mes de marzo no se cumplió, se reprogramo para el mes de julio y a la fecha de auditoria no se ha realizado, la próxima fecha está programada para el mes de octubre de 2017.

El Plan anticorrupción y de atención al ciudadano en el componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción, tiene descritas cinco actividades, la 1.1 está relacionada con la socialización de la política de administración de riesgos: se encuentra publicada en la intranet: <http://intranet.cvc.gov.co/portal/index.php/es/calidad>. La actividad 1.2 Revisión y ajuste de la política de administración de riesgos: se encuentra programada en el Plan de trabajo 2017 con la revisión y ajuste al mapa de riesgos de corrupción, en los meses de julio y noviembre.





# INFORME FINAL DE AUDITORÍA

La Resolución 100 No.600-0576 de 2016, en el numeral 3.5.5 "Estrategias para desarrollar la política", también manifiesta que la política será desarrollada mediante ejercicios de revisión, actualización y seguimiento a los mapas de riesgos de la entidad, de la siguiente manera:

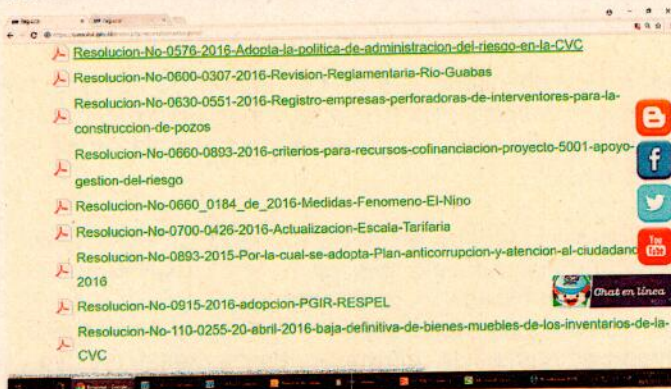
DESARROLLO DE LA POLÍTICA A:		
Corto plazo 2016	Mediano Plazo 2017-2018	Largo Plazo 2019
Revisión anual de los mapas de riesgos por procesos	Implementación de herramientas tecnológicas o de información que aumente el nivel de confianza de los controles.	Identificación y documentación de los riesgos transversales del sector Revisión de los mapas ambiental.
Revisión de los mapas ambiental de riesgos de corrupción cada cuatro (4) meses.		
Documentación de los mapas de riesgos relacionados a activos de información.	Establecer una metodología de valoración de los riesgos para estimar aquellos que tienen impacto ambiental.	
Identificar y documentar los riesgos asociados a los proyectos.		
Documentación de los mapas de riesgos relacionados con el programa de salud y seguridad en el trabajo.		
Implementación de una herramienta tecnológica para la administración de riesgos (Herramienta informática).		

Se debe tener en cuenta el desarrollo de la política a corto, mediano y largo plazo para dar cumplimiento a cada una de las metas propuestas.

Las actividades 2.1 Revisión y ajustes de los mapas de riesgo de corrupción para cada uno de los procesos y 3.1 Divulgación de los mapas de riesgo de corrupción ajustados: a la fecha de la auditoria de los dieciséis procesos, cinco (5) se encuentran revisados y divulgados, nueve (9) están en revisión y dos se encuentran pendiente de acompañamiento.

Las actividades 4.1 Autoevaluación de los Mapas de Riesgos de Corrupción por Procesos con fecha programada para el 30 de junio, no se realizó porque los mapas se encuentran en revisión y ajuste.

El octavo elemento del Modelo Estándar de Control Interno son las Políticas de Administración del Riesgo: la Resolución 100 No.600-0576 de 2016, incluye el documento "Política de Administración del Riesgo", se debería cumplir con el numeral 3.8 relacionado con la divulgación y capacitación de la administración del riesgo, el cual manifiesta "La política para la administración de riesgos debe ser un tema conocido por todos los funcionarios, contratistas y pasantes de la Corporación, para lo cual se utiliza la intranet de la entidad para su publicación, los medios masivos de comunicación, reuniones de comunicación y, divulgación al interior de cada uno de los procesos". A la fecha de la auditoria la resolución se encuentra publicada en la página web: <https://www.cvc.gov.co/index.php/normatividad/regional>. Falta publicarla en la intranet, enviarla a través del correo cvcnoticias y divulgarla en reuniones de proceso.





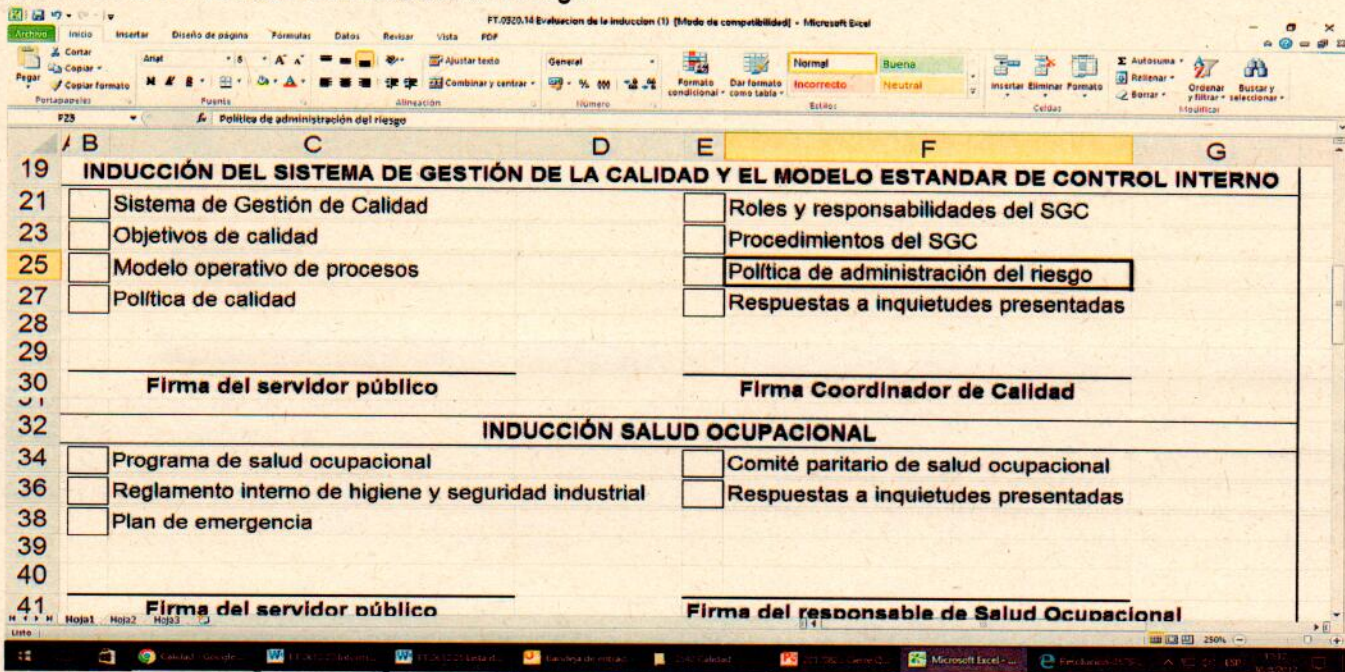
# INFORME FINAL DE AUDITORÍA



La Resolución 100 No.600-0576 de 2016, en el numeral 3.4.3 "Mapa de Riesgos Institucional" manifiesta que la Dirección de Planeación consolidara el mapa de riesgos institucional y tramitara ante la Alta Dirección la revisión, aprobación, distribución y análisis, a la fecha de la auditoria no se evidencia.

El Plan de mejoramiento vigencia 2015, suscrito con la Contraloría General de la República en enero 16 de 2017, contiene una acción relacionada con riesgos: "Capacitar en Administración de Riesgos con enfoque en los Proyectos" con fecha de terminación 31 de agosto de 2017, se debería coordinar con el proceso de Gestión de Talento Humano dicha capacitación para incluir temas de la resolución 100 No.600-0576 de 2016 por la cual se adopta la Política de administración del riesgo.

En la presentación para la inducción del sistema de gestión de la calidad, se incluyen temas generales sobre la administración de riesgos. Se deben incluir aspectos de la Resolución 100 No.600-0576 de 2016 por la cual se adopta la Política de administración del riesgo, ya que uno de los temas descritos en el formato de Evaluación de la Inducción FT.0520.14, es la Política de administración del riesgo.



El Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano debería interrelacionarse con la Resolución 100 No.600-0576 de 2016, los Planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría General de la Republica y los procesos de inducción y reinducción, incluyendo el formato Evaluación de la Inducción FT.0520.14.

El proceso de Gestión de Calidad cuenta con Plan de trabajo para la vigencia 2017, donde se evidencian las actividades planeadas, actividades ejecutadas y el ajuste de actividades.

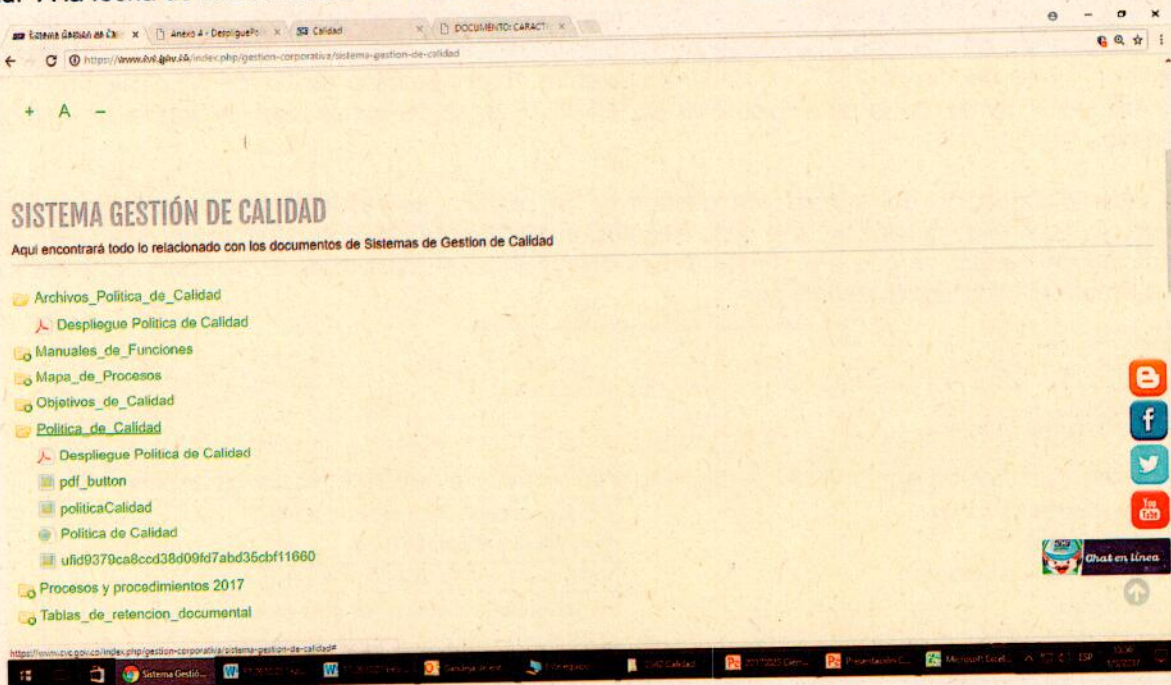
El 13 de julio de 2017 se envió el memorando 0550-491522017 a la Secretaría General, Directores de Área, Jefes de Oficina y Directores Regionales, recordando el procedimiento Control de documentos y el formato solicitud de creación, modificación o eliminación de documentos y de manera esquemática la ruta que debe seguir el documento. El grupo de Gestión Ambiental y Calidad continúa fortalecido con tres contratistas que tienen asignadas las DAR y las áreas del edificio principal para apoyar este proceso, evidencia Acta del 19 de julio de 2017 revisión y modificación 0350.06 Derechos ambientales en materia forestal y suelo.

En el procedimiento Control de Documentos en la actividad 9 "Realizar socialización del nuevo documento a las áreas que tienen responsabilidad en la aplicación del mismo" los registros son actas de reunión interna y Listado asistencia a reunión; el proceso no tiene control sobre los registros que generan las áreas.

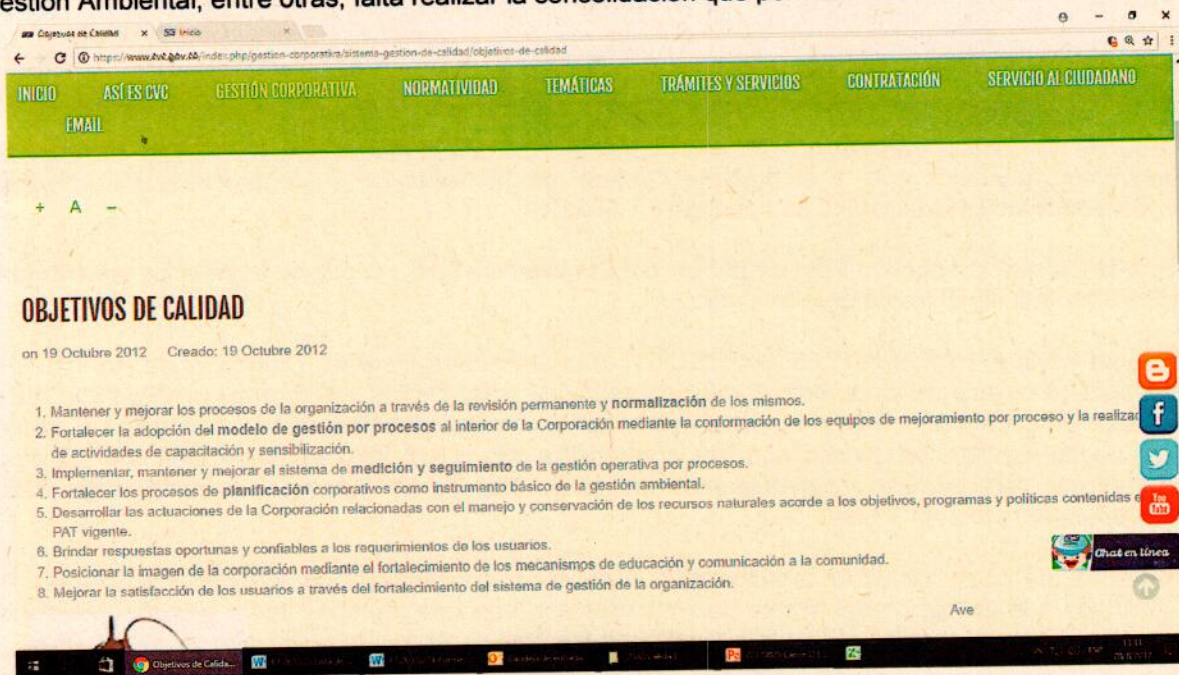
La tabla de retención documental, en la serie 0550-037-033 Plan Anticorrupción, no tiene definido el tiempo de retención de los documentos en cada archivo, acorde con el procedimiento Control de Registros. En la serie 0550-037-034 Plan de mejoramiento Institucional, se está archivando el plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría.



La política de calidad y los objetivos de calidad se encuentran publicados en: <https://www.cvc.gov.co/index.php/gestion-corporativa/sistema-gestion-de-calidad> y se comunican en las inducciones del sistema de gestión de la calidad. El 14 de agosto de 2017 en Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, se revisó y ajustó la política y objetivos de la calidad. A la fecha de la auditoría el acta se encuentra en revisión. Falta realizar la socialización del nuevo documento.



En la página web se evidencia un despliegue de la política de calidad con los ocho objetivos de calidad, actividades, indicadores y metas, a la fecha de la auditoría no se ha realizado la medición. Se realizan actividades descritas como revisión y ajustes de procesos y procedimientos, conformación de equipos de proceso en las DAR, actualmente funcionan los equipos de las DAR Norte, BRUT, Pacífico Oeste, Pacífico Este, Suroriente, Gestión Financiera y Dirección de Gestión Ambiental, entre otras, falta realizar la consolidación que permita medir los indicadores descritos.





# INFORME FINAL DE AUDITORÍA



El onceavo elemento del Modelo Estándar de Control Interno es la Autoevaluación del Control y Gestión: se constituye en un elemento activo y básico para la mejora continua, la realización de la revisión por la Dirección anualmente podría contribuir en la identificación de desviaciones que afecten el cumplimiento de los objetivos institucionales y generar acciones de mejoramiento requeridas y/o cambios en el sistema de gestión de calidad. Adicionalmente la Resolución 0100 No. 0200-0463 de 2013 por el cual se conforma el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo de la CVC, en el artículo tercero, en el numeral 4, literal h, manifiesta: revisar los sistemas de gestión (ISO 17025:2005; ISO 9001:2008; ISO 14001:2004; NTCGP1000:2009 Y MECI 1000:2005 y las que llegaran a implementar) de la entidad a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficiencia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en las herramientas de gestión, incluyendo la política y objetivos de calidad y ambiental.

El procedimiento Revisión por la dirección general del sistema integrado de gestión, indica en la actividad 5. "Recopilar, revisar que la información esté adecuada y completa, y elaborar el Informe consolidado para la revisión por la Dirección General", no hay evidencia del informe consolidado para la revisión por la dirección de la vigencia 2016. El plan de trabajo tiene programada la revisión del sistema de gestión de calidad y sistema de gestión ambiental para la cuarta semana de agosto 2017, a la fecha de la auditoria no se había consolidado la información de entrada para la revisión.

El procedimiento Plan de calibración y mantenimiento de dispositivos de seguimiento y medición: aplica para todos los equipos utilizados en la realización de mediciones, los responsables descritos son el Profesional Especializado del Laboratorio Ambiental / Jefe del Área de Diferentes Dependencias de la Corporación. A la fecha de la auditoria no se evidenció el inventario de los equipos utilizados en el desarrollo de las actividades misionales de la Corporación.

El Profesional Especializado del Laboratorio Ambiental evidenció el Listado maestro de equipos y correo electrónico al Coordinador del Grupo Gestión Ambiental y Calidad solicitando: recordarle a los funcionarios registrar los equipos de medición a cargo.

**LISTADO MAESTRO DE EQUIPOS**  
CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA  
Listado Maestro de Equipos  
Consecutivo de 301 en adelante - Demás dependencias de la Corporación

Número	Equipo	Dependencia	Estado del equipo	Ubicación del equipo	Observaciones
301	Mojinete ADIT C 31	Grupo SIA - DTA	Buena	Ist. Auxiliars CVC Cali	
302	Mojinete RICKLY	Grupo SIA - DTA	Buena	Ist. Auxiliars CVC Cali	
303	Mojinete	Grupo SIA - DTA	Buena	Ist. Auxiliars CVC Cali	
304	Mojinete SEBA	Grupo SIA - DTA	Buena	Ist. Auxiliars CVC Cali	
305	Mojinete	Grupo SIA - DTA	Buena	Ist. Auxiliars CVC Cali	
306	Micromolineta	Grupo SIA - DTA	Buena	Ist. Auxiliars CVC Cali	
307	Micromolineta	Grupo SIA - DTA	Buena	Ist. Auxiliars CVC Cali	
308	GPS Trimble Inspacek	Grupo Biodiversidad - DTA	Malo	CVC Cali	
309	Accelerograf CMAC02 No.2010	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Tulua-Parque Infantil Julia Escarpeta	
310	Accelerograf CMAC02 No.2011	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Buga-Acueducto Mpal-Aguas Buga	
311	Accelerograf CMAC02 No.2012	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Palmita-Instituto Ratto Rivera	
312	Accelerograf CMAC02 No.2013	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Tulua-Meritius Maladero	
313	Accelerograf CMAC02 No.2014	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Buga-Instituto Tecn.Agropecuario-ITA	
314	Accelerograf CMAC02 No.2015	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Buga-Jamarcá	
315	Accelerograf ETMA No.4419	Grupos MACP y SIA - DTA	Malo	Palmita - Parque del Azúcar	
316	Accelerograf Gualab TS-116 No. C876	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Buenaventura-Plan Padriños	
317	Accelerograf Gualab TS-117 No. C878	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Buenaventura-Barrío Carlos Luján	
318	Accelerograf Gualab TS-118 No. C879	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Buenaventura-Coleo Lirio del Pacifico	
319	Accelerograf Gualab TS-119 No. C877	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Buenaventura-Universidad del Pacifico	
320	Accelerograf ETMA No.8133	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Buenaventura Comfamiliar	
321	GPS marca Trimble modelo PRCOL	Grupo SIA - DTA	Buena	CVC Cali	
322	GPS marca Trimble modelo Geospatial3	Grupo SIA - DTA	Buena	CVC Cali	
323	GPS marca Trimble modelo GeoX7	Grupo SIA - DTA	Buena	CVC Cali	
324	GPS marca Trimble Geospatial3	DAR Norte - DGA	Buena	CVC Cartago	
325	GPS Trimble 2.5 - Geospatial2	DAR Suroriental - DGA	Buena	CVC Palmira	
326	GPS THALES - Fivemak3	DAR Suroriental - DGA	Buena	CVC Palmira	
327	GPS Trimble 2.7 - Geospatial2	DAR Suroriental - DGA	Buena	CVC Palmira	
328	Sonómetro CEL - 573 B2	DAR Suroriental - DGA	Buena	CVC Palmira	
329	Sonómetro QUEST 490	DAR Centro Norte - DGA	Buena	CVC Tulua	
330	Pluviómetro TE-Ng.1431-01	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Macorredonda-Sanmatanda	
331	Pluviómetro TE-Ng.1432-01	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Tulua-Veneria	
332	Pluviómetro TE-Ng.1433-01	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	La Victoria-R. Cauca-La Victoria	
333	Pluviómetro TE-Ng.027193-02	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Servilla-Heracleo Unes	
334	Pluviómetro TE-Ng.1435-01	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Tulua-Puerto Fracates	
335	Pluviómetro TE-Ng.1417-01	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Tulua-Monitorio	
336	Pluviómetro TE-Ng. 635326 -02	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Cali-CVC Edificio Ppal	
337	Pluviómetro TE-Ng.1531-01	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Morales (C) -Pan de Azúcar	
338	Pluviómetro TE-Ng.1540-01	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Tarovee	
339	Pluviómetro TE-Ng.1044 -01	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	El Tambo	
340	Pluviómetro TE-Ng. 1102 -01	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Cecorrico	
341	Pluviómetro TE-Ng.1418-01	Grupos MACP y SIA - DTA	Buena	Piedras	

**De: Luisa Marina Baena** [mailto:luisa-marina.baena@cvc.gov.co]  
**Enviado el:** martes, 26 de abril de 2016 10:57  
**Para:** 'jaime-alberto.escudero' <jaime-alberto.escudero@cvc.gov.co>  
**CC:** 'hector fabio aristizabal' <hector-fabio.aristizabal@cvc.gov.co>; Luis Guillermo Parra <luis-guillermo.parra@cvc.gov.co>  
**Asunto:** Listado Maestro Equipos

Buen día Jaime

Considero que desde el Grupo de Calidad es pertinente recordarle a los funcionarios de la CVC la obligatoriedad de registrar los equipos de medición a cargo, para que les sea asignado un código del Listado Maestro de Equipos de la Corporación, el cual debe ser fijado al equipo en un lugar visible (norma GP 1000)

Precisar que es un código y trámite diferente al número de inventario de almacén de la CVC, pues en el listado de almacén están incluidas sillas, mesas etc... y el de la norma solamente hace referencia a los equipos de medición

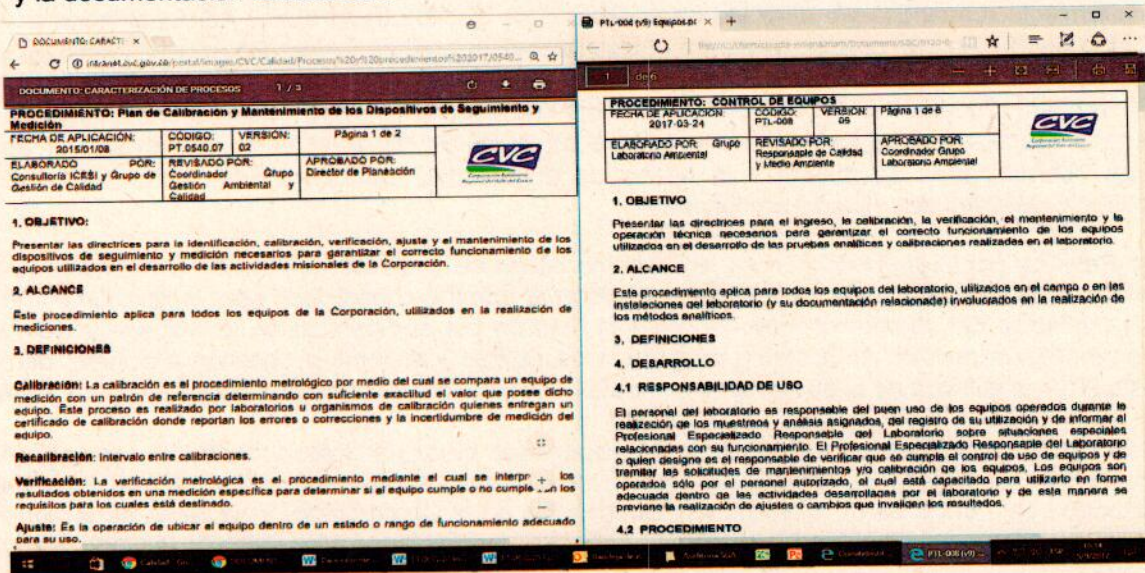
Hablamos

Luisa Marina Baena Alvarez  
 Ingeniera Química - MSc Ingeniería Ambiental  
 Laboratorio Ambiental - Dirección Técnica Ambiental  
 Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca-CVC  
 Cali - Valle del Cauca - Colombia  
 PBX: (2) 620 66 00 - 318 17 00 ext. 1529 - 331 77 25




## INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Adicionalmente se recomienda articular la documentación establecida en el Sistema de Gestión Ambiental del Laboratorio Ambiental, que podría aplicar para el sistema de Gestión de Calidad como el procedimiento llamado "Control de equipos" y la documentación relacionada.




DOCUMENTO: CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS 1 / 3

**PROCEDIMIENTO: Plan de Calibración y Mantenimiento de los Dispositivos de Seguimiento y Medición.**

FECHA DE APLICACIÓN: 2015/01/08	CÓDIGO: PT-0540.07	VERSIÓN: 02	Página 1 de 2
ELABORADO POR: Consultoría ICES3 y Grupo de Gestión de Calidad	REVISADO POR: Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Calidad	APROBADO POR: Director de Planeación	

**PROCEDIMIENTO: CONTROL DE EQUIPOS**

FECHA DE APLICACIÓN: 2017-03-24	CÓDIGO: PTL-008	VERSIÓN: 05	Página 1 de 6
ELABORADO POR: Grupo Laboratorio Ambiental	REVISADO POR: Responsable de Calidad y Medio Ambiente	APROBADO POR: Coordinador Grupo Laboratorio Ambiental	

**1. OBJETIVO:**  
Presentar las directrices para la identificación, calibración, verificación, ajuste y el mantenimiento de los dispositivos de seguimiento y medición necesarios para garantizar el correcto funcionamiento de los equipos utilizados en el desarrollo de las actividades misionales de la Corporación.

**2. ALCANCE:**  
Este procedimiento aplica para todos los equipos de la Corporación, utilizados en la realización de mediciones.

**3. DEFINICIONES:**

**4. DESARROLLO**

**4.1 RESPONSABILIDAD DE USO**  
El personal del laboratorio es responsable del buen uso de los equipos operados durante la realización de los muestreos y análisis asignados, del registro de su utilización y de informar al Profesional Especializado Responsable del Laboratorio sobre situaciones especiales relacionadas con su funcionamiento. El Profesional Especializado Responsable del Laboratorio o quien designe es el responsable de verificar que se cumple el control de uso de equipos y de tramitar las solicitudes de mantenimientos y/o calibración de los equipos. Los equipos son operados sólo por el personal autorizado, el cual está capacitado para utilizarlos en forma adecuada dentro de las actividades desarrolladas por el laboratorio y de esta manera se previene la realización de ajustes o cambios que invaliden los resultados.

**4.2 PROCEDIMIENTO**

El mejoramiento continuo se fomenta a través de las reuniones con las áreas, en las cuales se dan herramientas para el análisis de causas, se explica la metodología de los 5 por qué y se realizan visitas para verificar el manejo de la documentación del sistema de gestión de calidad y prevenir la utilización de documentos obsoletos, entre otros.

El grupo de Gestión Ambiental y Calidad apoya en la identificación de productos y servicios no conformes, el 28 de julio de 2017 se diligenció un Control del servicio o producto no conforme al proceso de apoyo Gestión de Recursos Físicos, el cual fue enviado mediante el memorando 0310-529412017 del 31 de julio de 2017, el alcance del procedimiento Control del servicio o producto no conforme indica que se aplica en los procesos misionales. La actividad 10 menciona la elaboración del informe de productos y servicios no conforme, a la fecha de la auditoría no se evidenció.

En el procedimiento Acciones Preventivas y Correctivas, la actividad 10 menciona la elaboración del informe de Acciones correctivas de mejora; no se evidenció dicho informe.

En el procedimiento de Administración del Riesgo, se evidenció el memorando 0550-361182017 del 18 de mayo con el asunto Revisión Componentes Plan Anticorrupción 2017, el cual incluía la actualización de los mapas de riesgos del proceso, a la fecha de la auditoría se han revisado cinco (5). Cumpliendo con el noveno elemento del Modelo Estándar de Control Interno que corresponde a Identificación de Riesgos y el décimo al Análisis y Valoración del riesgo.

El sexto elemento del Modelo Estándar de Control Interno es Indicadores de Gestión, en el aplicativo SIGEC se encuentran siete (7) indicadores adscritos al proceso Gestión de Calidad y cuatro (4) actividades de las cuales se revisaron cinco (5) indicadores y dos (2) actividades, así:

001415- "Informe de seguimiento al Sistema de Calidad implementado" - Descripción: establece el grado de avance en la implementación del sistema de calidad corporativo, incluye procesos y procedimientos modificados, resultado de acciones de mejoramiento, ajuste al sistema, entre otros". Este indicador está relacionado con la actividad 3 y en ambos, el producto es un informe que se encuentra consignado en la actividad 3, de éste aplicativo. Meta ejecutada 1 de 2.

001416- "Índice de cumplimiento de los sistemas de gestión integrados – Descripción: mide el grado de cumplimiento de los sistemas de gestión integrados a través de la ponderación del peso asignado a los objetivos corporativos, los cuales orientan la gestión institucional y los compromisos adquiridos para el mejoramiento continuo". Se identifica que dentro del Plan de Acción vigencia 2016-2019 los objetivos corporativos no tiene un peso asignado, el cálculo del avance del indicador esta dado conforme a las actividades desarrolladas por el Grupo de Gestión Ambiental y Calidad, entre las cuales está el acompañamiento en la construcción de acciones de mejora, revisión de documentación obsoleta, entre otros. Meta ejecutada 55 de 100.

VERSIÓN: 04 – Fecha de aplicación: 2017/07/14

No se deben realizar modificaciones en el formato.  
Grupo Gestión Ambiental y Calidad

COD: FT.0610.07



INFORME FINAL DE AUDITORÍA



001417- "Respuesta a no conformidades – Descripción: mide la respuesta a no conformidades cerradas con relación al total de no conformidades identificadas en los procesos de auditoria. Para este indicador una no conformidad es el incumplimiento a un requisito corporativo o establecido por norma técnica. Los procesos de auditoria son evaluaciones sistémicas, independientes y documentadas para obtener evidencias que permitan determinar la conformidad de los sistemas integrados de gestión". En las actas de seguimiento realizadas a las diferentes áreas, no se ha detallado el número de no conformidades cerradas distintas a las auditorías internas, de acuerdo a la actividad 9 del procedimiento de Acciones Preventivas y correctivas el registro son acta de reunión interna y listado de asistencia; las dependencias no formulan no conformidades diferentes a las realizadas en procesos de auditoria, por consiguiente no hay acciones de mejora. Existe evidencia del apoyo dado a los procesos para hacer el análisis de causa y la formulación de las acciones de mejora; de acuerdo a la revisión este indicador es medido conforme a los meses de acompañamiento a las diferentes áreas. Meta ejecutada 60 de 100.

001419- "Cumplimiento del PIGA- Descripción: mide el porcentaje de cumplimiento de las metas programadas dentro del Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA, para verificar el aporte de la entidad a la sostenibilidad ambiental". Este indicador está relacionado con el Plan de acción 2016-2019, en la Tabla 30 Estructura programática (metas de procesos y proyectos), en el programa 0- Funcionamiento, se encuentra descrito el indicador "Cumplimiento del PIGA", como meta para el 2017 está programado un porcentaje del 50%, liderada por el proceso de Gestión de la Calidad; En el aplicativo se registra una meta ejecutada del 32%, la cual es medida según los diagnósticos realizados a las Direcciones Ambientales Regionales: Suroriente, BRUT y Centro Norte.

Documento1 - Microsoft Word

PROG	COD.	PROCESO / PROYECTO	INDICADOR		META					SUF
			NOMBRE	UNIDAD	2016	2017	2018	2019	TOTAL	
			Municipios apoyados por la Corporación para actualizar la formación catastral.	Número	2	3	0	0	5	
			Municipios apoyados en el proceso de recuperación de cartera morosa por concepto de sobretasa ambiental.	Número	0	2	4	5	11	
6	1	Fortalecimiento de las capacidades organizacionales para apoyar la gestión misional.	Número de acciones de fortalecimiento institucional implementadas (R3)	Número	1	2	1	1	5	
			Personas impactadas con estrategias de información y comunicación para la formación ambiental.	Número	0	500000	500000	0	1000000	
			Acciones de educación ambiental diseñadas o implementadas.	Número	0	4	4	0	8	
<b>PROGRAMA 0 – Funcionamiento</b>										
0	0540	Gestión de la Calidad.	Cumplimiento del PIGA.	Porcentaje	25	50	75	100	100	
			Cumplimiento de metas de componentes Plan Anticorrupción.	Porcentaje	100	100	100	100	100	
Indicador Mínimo de Gestión – MADS.										



# INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Uno de los formatos reportados a la Contraloría General de la Republica corresponde a F8.6.1.1: PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL PIGA - CAR Y DE DESARROLLO SOSTENIBLE en el cual se registra la meta programada y cumplimiento alcanzado en cuanto a agua, energía, papel y gestión integral de residuos, para las vigencias reportadas las metas registradas están definidas según el consumo de la sede principal y talleres, aun no se tienen en cuenta las DARs, la Dirección Administrativa consolida la información.

PIGA [Vista protegida] - Microsoft Excel

A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Tipo Modalidad	51	M-1: CUENTA O INFORME ANUAL CONSOLIDADO					
2	Formulario	306	F8.6.1.1: PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL PIGA - CAR Y DE DESARROLLO SOSTENIBLE					
3	Moneda Informe	1						
4	Entidad	100						
5	Fecha	2016/12/31						
6	Periodicidad	12	ANUAL					
<b>[1] 0 PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL - VARIABLES FIJAS</b>								
	4	7	8	12	16	20		
	NOMBRE ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CUMPLIMIENTO ALCANZADO	META PROGRAMADA	PORCENTAJE (%) CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES		
10	ACTIVIDAD_1	USO EFICIENTE DEL AGUA	7,265	10,205		Se tuvo un ahorro en el consumo de agua de 2,940 metros cúbicos debido a las medidas		
12	ACTIVIDAD_2	EFICIENTE DE LA ENERGÍA	1,292,195	1,292,195		Campaña de ahorro mediante estrategia: Cambio a bombillas ahorradoras, apagar las		
13	ACTIVIDAD_3	GESTIÓN INTEGRAL DE LOS RESIDUOS	4,183	4,183		Se continuó con la política de aprovechamiento de residuos sólidos en la		
15	999999	FILA_TOTAL						
<b>[2] 0 PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL - OTRAS VARIABLES</b>								
	4	7	8	12	16	20		
	NOMBRE ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CUMPLIMIENTO ALCANZADO	META PROGRAMADA	PORCENTAJE (%) CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES		
1	REDUCCION CONSUMO DE PAPEL	RESMAS	3,945	3,945		A pesar de que se viene implementando el disminuir el consumo de papel promoviendo el uso de medios electrónicos e impresiones por ambas caras del papel, se tuvo un aumento en el consumo de papel debido al incremento de personal. El cumplimiento alcanzado fue de 4119 Resmas		
20	999999	FILA_999999						
<b>[3] 0 PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL - SUMATORIA DE PORCENTAJE (%) DE CUMPLIMIENTO</b>								
	4	7	8	12	16	20		
	NOMBRE ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CUMPLIMIENTO ALCANZADO	META PROGRAMADA	PORCENTAJE (%) CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES		

Existe un Programa de Gestión Ambiental para la vigencia 2016 en el cual se establecen: objetivo general del Sistema de gestión ambiental, indicador, meta, líneas de acción, responsable, año y observaciones, no se evidencia seguimiento a estas metas por parte del Grupo de Gestión Ambiental y Calidad. No se evidencia documento con las metas para esta vigencia.

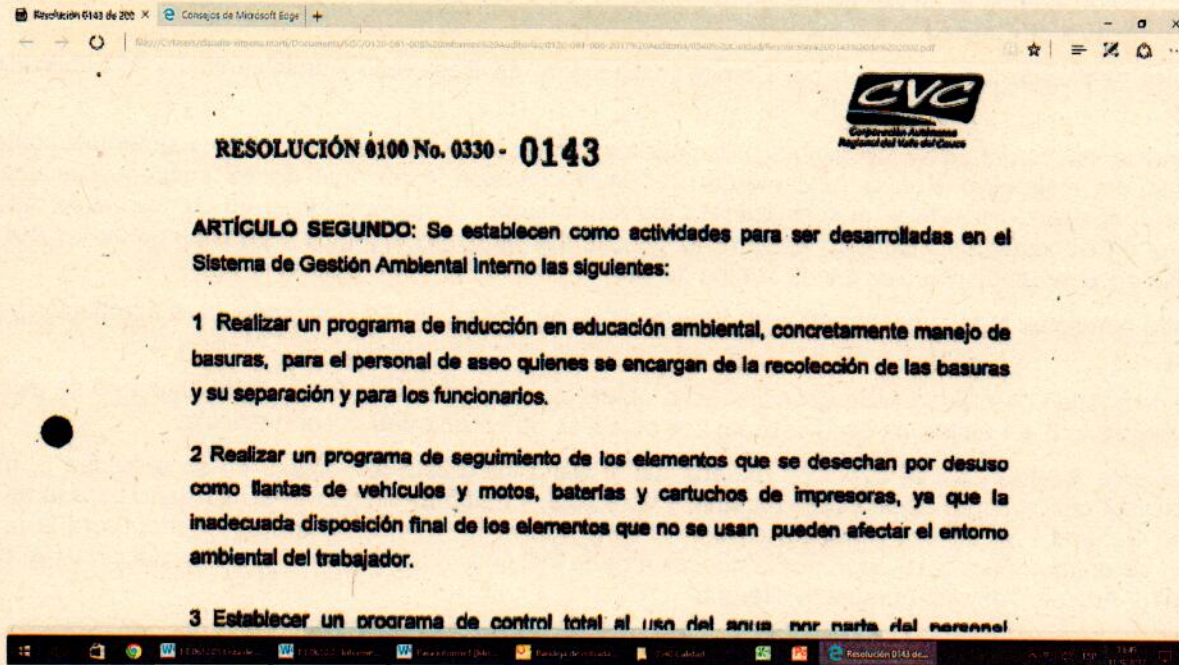
Adicionalmente la Resolución 0100 No 0330-143 de 2008 en el artículo segundo establece dieciséis actividades para ser desarrolladas en el sistema de Gestión Ambiental interno, se revisaron cuatro de estas así:

1. Realizar un programa de inducción en educación ambiental: No se hace inducción en educación ambiental.
2. Realizar un programa de seguimiento de los elementos que se desechan por desuso como llantas de vehículos y motos....: se informa que existe un programa por parte del laboratorio ambiental y Centro Norte. El Grupo de Recursos Físicos por medio del proveedor de las llantas se hace la disposición final de las mismas, al igual que los contratistas de baterías. Para los tóner, se verifico con el Almacén General de la CVC e informan que se deben enviar a hewlett packard Estados Unidos para que realicen la disposición final y recibir la certificación respectiva. Los aparatos electrónicos se venden por lote de remate y el comprador garantiza la disposición final, de igual forma, los vehículos se venden en los lotes de remate con todos los documentos al día.



3. Seguimiento al consumo de agua, energía y residuos: el Grupo de Recursos Físicos entrega el consumo para el reporte de la cuenta anual consolidada y las DAR envían los consumos anuales.
4. Sensibilización y capacitación en el uso adecuado de los recursos: No se hace capacitación y sensibilización. Se sugiere coordinar con el Grupo de Talento Humano para empezar a realizar las capacitaciones a los funcionarios.

En la resolución 0100 No 0330-143 de 2008 se encuentra en su considerando que se tuvieron en cuenta las condiciones ambientales de la sede Cali y que posteriormente se realizarían los diagnósticos de las Direcciones Ambientales Regionales; para el año 2015 se realizó diagnóstico en todas las sedes, a la fecha de auditoría la resolución no ha sido actualizada, las DAR implementaron mejoras a partir de los mismos.



001420- "Porcentaje de actualización de mapa de riesgos- Descripción: mide el número de mapas de riesgos revisados con relación al total de mapas de riesgos existentes a nivel de los procesos corporativos, incluyendo los riesgos por corrupción, la identificación de causas, propuestas de acciones preventivas y medidas de mitigación", la meta ejecuta al 17/08/2017 es 60%, es decir corresponde a diecinueve (19) mapas de riesgos revisados, de los 32 existentes, sin embargo a la fecha se evidencia la revisión de cinco (5) mapas de riesgos anticorrupción y cinco (5) mapas de riesgos de procesos.

Los indicadores deben ser revisados y ajustados para que tengan coherencia entre lo que se programa, ejecuta y reporta en el aplicativo, y deberían estar basados en hechos y datos.

En el aplicativo SIGEC la actividad 4: "Revisión, ajuste y evaluación del plan anticorrupción", en el cronograma de actividades se programaron tres (3) unidades para los periodos de abril, agosto y diciembre y su unidad de medida es Plan. Para el mes de abril se reportó un plan el cual corresponde al seguimiento que publica la Oficina de Control Interno; se debería realizar la medición acorde con la revisión, ajuste y evaluación del Plan anticorrupción.

La actividad 3: Mantenimiento a los sistemas de gestión de calidad: NTCGP: 1000, ISO 9001 Y 14001, en el mes de junio registra una meta ejecutada y el informe consignado en el aplicativo incluyó toda la información relevante del mismo (Resumen informe). Adicionalmente la misma sirvió como insumo para el informe de Gestión del Plan de Acción correspondiente al primer semestre de 2017, evidencia de ello es el correo enviado al líder del proceso de Seguimiento a la Gestión Corporativa el día 10 de julio de 2017.



## No Conformidades

1. Se mantiene la no conformidad de vigencias anteriores. En el plan operativo de trabajo para el mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión Corporativo no se encuentran planificadas las actividades de seguimiento al plan de calibración y mantenimiento de dispositivos de medición, seguimiento a la meta del primer componente del plan anticorrupción e implementación del aplicativo GTC. Evidenciando el no cumplimiento del requisito 4.1 Requisitos Generales - literal f).  
  
El inventario de equipos a calibrar y el seguimiento no se evidencia. La implementación del aplicativo GTC no se evidencia en el plan de trabajo.
2. Se mantiene la no conformidad de vigencias anteriores. El Manual de calidad se encuentra en un documento borrador – Versión 5. Evidenciando el no cumplimiento del requisito 4.2.2 Manual de la Calidad: la entidad debe establecer y mantener un manual de Calidad.  
  
Se encuentra pendiente la aprobación del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo y la publicación en la página web.
3. Se mantiene la no conformidad de vigencias anteriores. El procedimiento Control de documentos contempla el cumplimiento del instructivo Norma fundamental IN.0540.01 versión 4, el cual no se encuentra actualizado, ni publicado en páginas Corporativas ni socializado a los funcionarios. Evidenciando el no cumplimiento del requisito 4.2.3 Control de Documentos - literal d) asegurarse de que las versiones vigentes y pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.  
  
Se encuentra pendiente la reunión con el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo para aprobación y posterior publicación.
4. El sistema de gestión de calidad tiene definidos ocho objetivos de calidad, a la fecha de auditoria no se evidencia su medición. Requisito 5.4.1 Objetivos de la calidad, Los objetivos de calidad deben ser medibles.
5. El procedimiento Revisión por la dirección general del sistema integrado de gestión, en su actividad 5, menciona: recopilar, revisar que la información este adecuada y completa, y elaborar el informe consolidado para la revisión por la Dirección General. No se evidencia dicho informe consolidado. 5.6.2 Información de entrada para la revisión: la información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir a, b,c,d,e,f,g y h. y la Resolución 0100 No. 0200-0463 de 2013, Artículo Tercero, numeral 4, literal h.
6. Las actividades mencionadas en el artículo segundo de la Resolución 0100 No 0330-143 de 2008 no se les realiza seguimiento y medición acorde a lo establecido en el artículo quinto de la misma. Requisito 7.2.1- d. cualquier requisito adicional que la entidad considere necesario.
7. La medición de los indicadores que se encuentran consignados en el aplicativo SIGEC no permiten identificar el grado de avance de la gestión de este proceso. Requisito 8.2.3 seguimiento y medición de los procesos, La entidad debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del sistema de gestión de la calidad, y cuando sea posible, su medición.
8. El alcance del procedimiento Control del servicio o producto no conforme indica que es aplicado en los procesos misionales, el 28 de julio de 2017 se diligenció un Control del servicio o producto no conforme al proceso de apoyo Gestión de Recursos Físicos, el cual fue enviado mediante el memorando 0310-529412017 del 31 de julio de 2017. 8.3 Control del producto y/o servicio no conforme: se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto y/o servicio no conforme.



Conclusiones

En el seguimiento realizado a las planes de mejoramiento producto de tres no conformidades de auditorías anteriores, no se cumplieron las acciones.

ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS	OBSERVACIONES
Plan de mejoramiento	Herramientas de evaluación definidas para la elaboración del plan de mejoramiento	Debe existir un proceso, procedimiento o mecanismo a través del cual se trabajen recomendaciones y análisis generados en el desarrollo del Componente de Auditoría Interna y las observaciones del Órgano de Control Fiscal. Debe ser un Proceso, procedimiento o mecanismo documentado que permite realizar seguimiento a las acciones emprendidas por los responsables y la verificación de estas.
	Seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento	Se debe establecer un mecanismo para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento.

El proceso realiza la planeación y ejecución de actividades las cuales no se consolidan para la autoevaluación del Control y Gestión, ni permiten identificar posibles desviaciones y mejorar continuamente.

ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS	OBSERVACIONES
Autoevaluación del control y gestión	Actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación	Instrumentos, herramientas, eventos de capacitación y demás actividades que demuestren la sensibilización sobre la autoevaluación en la entidad (Carifiles, Correos electrónicos, Cartelera de la entidad, Concursos, Actividades entre otros.)
	Herramientas de autoevaluación	La entidad debe determinar como a partir de los riesgos, indicadores, controles establecidos y demás elementos que le permitan tomar decisiones, puede realizar la autoevaluación de la gestión, tomando los correctivos necesarios.  La entidad debe estar en capacidad de documentar el proceso de autoevaluación a partir de otros sistemas que le permitan ejecutar el proceso de manera correcta. El aplicativo SIGC (Sistema Especial de Auditoría Interna) el Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión puede ser entre otros, parte de esos sistemas.

El Modelo Estándar de Control Interno 2014, en el octavo elemento: Política de Administración de Riesgos; el proceso Gestión de Calidad cumple con un producto mínimo, falta el mapa de riesgos institucional, así:

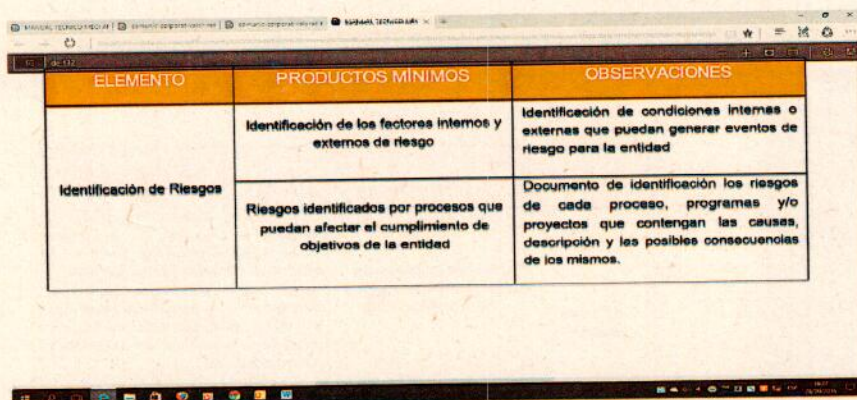
ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS	OBSERVACIONES
Política de Administración de Riesgos	Definición por parte de la alta Dirección de políticas para el manejo de los riesgos	Acto administrativo o documento a través del cual se definen y adaptan las Políticas de Administración del Riesgo
	Divulgación del mapa de riesgos institucional y sus políticas	Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de los Mapas de Riesgos de la entidad. (Carifiles, Correos electrónicos, Cartelera de la entidad, Concursos, Actividades entre otros.)





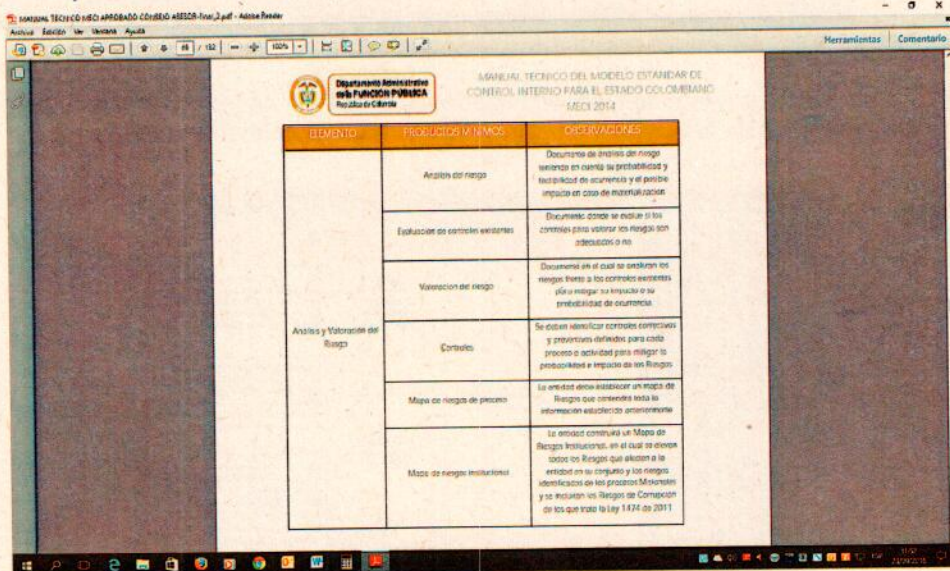
## INFORME FINAL DE AUDITORÍA

El Modelo Estándar de Control Interno 2014, en el noveno elemento: Identificación de Riesgos; todos los procesos corporativos tienen definidos ambos productos mínimos.



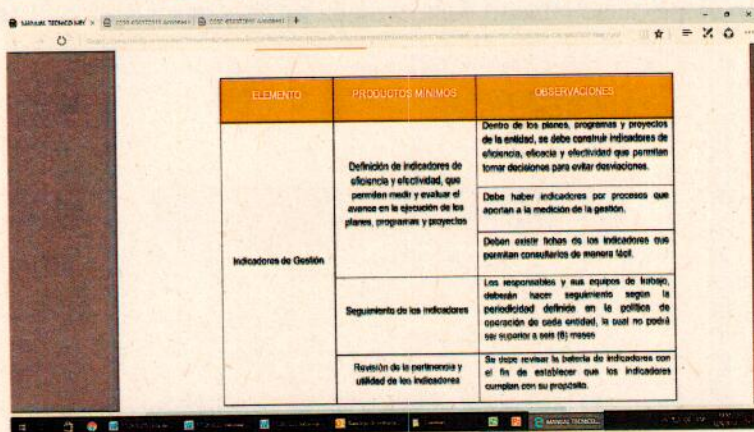
ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS	OBSERVACIONES
Identificación de Riesgos	Identificación de los factores internos y externos de riesgo	Identificación de condiciones internas o externas que puedan generar eventos de riesgo para la entidad
	Riesgos identificados por procesos que puedan afectar el cumplimiento de objetivos de la entidad	Documento de identificación los riesgos de cada proceso, programas y/o proyectos que contengan las causas, descripción y los posibles consecuencias de los mismos.

El Modelo Estándar de Control Interno 2014 en el décimo elemento Análisis y Valoración del riesgo, descrito en todos los procesos corporativos, se cumplen cinco de los seis productos mínimos. Falta el mapa de riesgos institucional.



ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS	OBSERVACIONES
Análisis y Valoración del Riesgo	Análisis del riesgo	Documento de análisis del riesgo teniendo en cuenta la probabilidad y el impacto de ocurrencia y el posible impacto en caso de materialización.
	Evaluación de controles existentes	Documento donde se evalúe si los controles para valorar los riesgos son adecuados o no.
	Valoración del riesgo	Documento de el cual se evidencian los riesgos frente a los controles existentes y/o riesgo su intensidad o su probabilidad de ocurrencia.
	Controles	Se deben identificar controles correctivos y preventivos definidos para cada proceso o actividad para mitigar la probabilidad e impacto de los riesgos.
	Mapa de riesgos de proceso	La entidad debe establecer un Mapa de Riesgos que contenga toda la información establecida anteriormente.
	Mapa de riesgos institucionales	La entidad construyó un Mapa de Riesgos Institucional, en el cual se evidencian todos los riesgos que afectan a la entidad en su conjunto y los riesgos identificados de los procesos Miércoles y se incluyen los Riesgos de Compensación de los que trata la Ley 1474 de 2011.

Los indicadores de Gestión se encuentran definidos y se realiza seguimiento mensual en el aplicativo; la medición no permite identificar el avance conforme a lo descrito en el indicador y las actividades del proceso.



ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS	OBSERVACIONES
Indicadores de Gestión	Definición de indicadores de eficiencia y efectividad, que permitan medir y evaluar el avance en la ejecución de los planes, programas y proyectos	Dentro de los planes, programas y proyectos de la entidad, se debe construir indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permitan tomar decisiones para evitar desviaciones.  Debe haber indicadores por procesos que aporten a la medición de la gestión.  Deben existir fichas de los indicadores que permitan consultarlos de manera fácil.
	Seguimiento de los indicadores	Los responsables y sus equipos de trabajo, deberán hacer seguimiento según la periodicidad definida en la política de operación de cada entidad, la cual no podrá ser superior a seis (6) meses.
	Revisión de la pertinencia y utilidad de los indicadores	Se debe revisar la pertinencia de indicadores con el fin de establecer que los indicadores cumplan con su propósito.



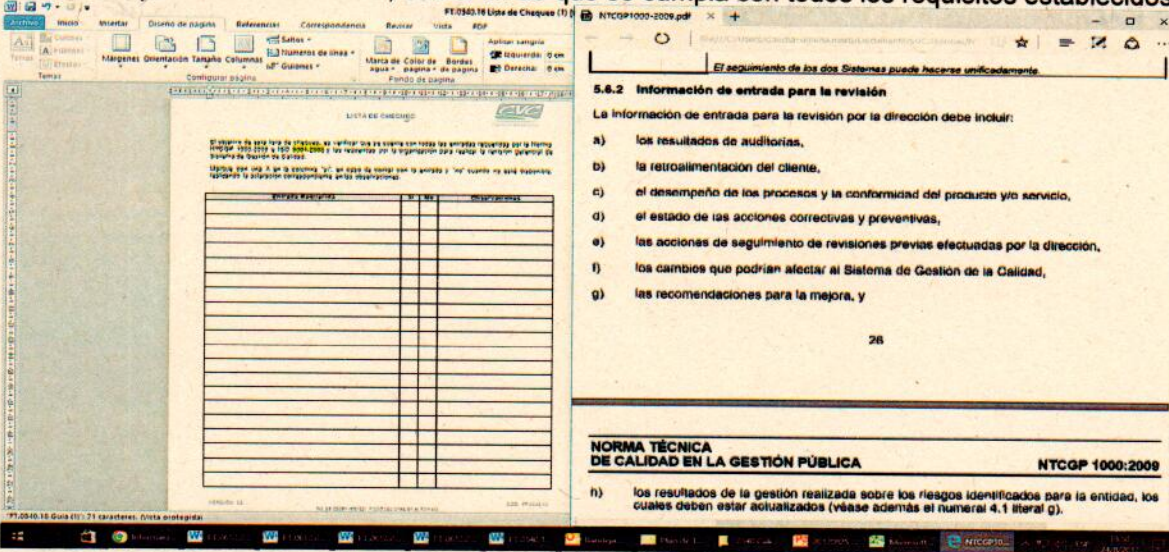
**Información Adicional**

Se debería actualizar las resoluciones 0100 No 0330-143 de 2008 y 0100 No. 0200-0463 de 2013, teniendo en cuenta que se han realizado cambios en la normatividad, estructura organizacional y el manejo de actividades del sistema de gestión ambiental interno.

Se debería formular acciones para las oportunidades de mejora relacionadas en los informes de auditoría interna.

Para contribuir en la mejora del sistema de gestión de la calidad, se debe realizar la revisión por la dirección, al menos una vez al año.

Se debería incluir en la lista de chequeo de la revisión gerencial, los requisitos mínimos de la NTC GP:1000: Información de entrada para la revisión 5.6.2, con el fin de que se cumpla con todos los requisitos establecidos en la norma.



**5.6.2 Información de entrada para la revisión**  
La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:

- a) los resultados de auditorías,
- b) la retroalimentación del cliente,
- c) el desempeño de los procesos y la conformidad del producto y/o servicio,
- d) el estado de las acciones correctivas y preventivas,
- e) las acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección,
- f) los cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad,
- g) las recomendaciones para la mejora, y

26

---

**NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA** NTCGP 1000:2009

h) los resultados de la gestión realizada sobre los riesgos identificados para la entidad, los cuales deben estar actualizados (véase además el numeral 4.1 literal g).

La sugerencia de acopiar la información del Plan anticorrupción y de atención al ciudadano en un sólo link, se acogió parcialmente, en la página web y en la intranet se publicó la Resolución del Plan anticorrupción, mapas de riesgos de corrupción y el seguimiento. Falta incluir la Política de administración del riesgo, que aplica para los riesgos de corrupción y riesgos de proceso. También dinamizar el cumplimiento de las metas descritas en el componente Gestión del Riesgo de Corrupción.

Se sugiere la interrelación con el proceso Gestión Documental, para actualizar el formato Tabla de retención documental FT.0730.06 versión 4 en Word, al documento de Excel que se utiliza y se encuentra sin codificación.

Se debería revisar la documentación del proceso Gestión de Calidad: la tabla de retención documental no tiene definido la retención de los documentos en cada archivo, algunos procedimientos aun mencionan el aplicativo Docunet obsoleto desde 31/12/2015 y el aplicativo GTC.

Se debería fortalecer al grupo de trabajo en la documentación que lidera el proceso.

La política de calidad debería tener difusión dentro de la Corporación a través de los medios de comunicación existentes: intranet, cartelera, correo electrónico, actividades de reinducción y ser entendida por todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas.





## INFORME FINAL DE AUDITORÍA

### Lista de distribución del informe

Rubén Darío Materon Muñoz – Director General.  
Luis Guillermo Parra Suarez – Director Técnico.  
Jaime Alberto Escudero Jiménez – Coordinador del grupo Gestión Ambiental y Calidad.

### Nombre y Firma auditor Líder

*Claudia X. Martínez S.*  
**Claudia Ximena Martínez Sánchez.**