



Corporación Autónoma  
Regional del Valle del Cauca

MEMORANDO

0120 – 656372016

PARA:	LUIS GUILLERMO PARRA – DIRECTOR TÉCNICO (C)
DE:	Jefe Oficina de Control Interno
ASUNTO:	Informe de Auditoria Gestión de la Calidad
FECHA:	Santiago de Cali, 13 de octubre 2016

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones establecidas en el artículo 9 de la ley 87 de 1993, reglamentado parcialmente por el decreto 2145 de 1999 y actuando bajo los tópicos enmarcados en el artículo 3 del decreto 1537 de 2001, a saber: “valoración de riesgos, acompañar y asesorar, realizar evaluación y seguimiento, fomentar la cultura de control, y relación con entes externos”.

Y en cumplimiento del programa de auditoria, realizó la Auditoría Interna integral al proceso Gestión de Talento Humano, por lo tanto me permito enviarle el Informe Final producto de dicha auditoria, 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 para su aprobación.

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.

*Comprometidos con la vida*





Corporación Autónoma  
Regional del Valle del Cauca

Página 2 de 2

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.

Cordialmente,



BECQUI PAOLA ORDÓÑEZ GARCÍA

Anexo: Informe de Auditoría en cinco (5) folios.

Proyectó: Claudia Ximena Martínez Sánchez – Profesional Especializado. *cx*

Copia digital: Jaime Alberto Escudero – Coordinador Gestión Ambiental y Calidad.

Archivese en: 0120-061-008-2016

*Comprometidos con la vida*



# INFORME FINAL DE AUDITORÍA



Fecha de Auditoría: 6 de octubre de 2016	Auditor Líder : Claudia Ximena Martínez Sánchez.
Proceso / Servicio: Gestión de Calidad.	Equipo Auditor : N.A
Objetivo : Verificar la conformidad de la NTCGP:1000:2009 y MECI en el proceso Gestión de Calidad, los requisitos legales, el cumplimiento de las obligaciones y realizar seguimiento a las acciones correctivas y preventivas de auditorías anteriores.	Alcance : Determinar, validar, documentar y verificar 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, la contribución a las metas del plan anticorrupción y seguimiento a las actualizaciones en los aplicativos corporativos en la vigencia 2015 – 2016.

### Programa de Trabajo

Día 1: Revisión no conformidades.	Proceso: Gestión de Calidad
Día 2: N.A	Proceso: N.A
Día 3: N.A	Proceso: N.A

### Principales Situaciones Detectadas:

Se realizó seguimiento a las tres (3) no conformidades encontradas en la auditoria de septiembre de 2015, así:

El treceavo elemento del Modelo Estándar de Control Interno es el Plan de mejoramiento; Se verificaron las tres acciones correctivas definidas, para la no conformidad 4.2.2.Manual de Calidad, se identificó la revisión y ajuste del Manual de la calidad que continua en borrador, en versión 5. Está pendiente la reunión con el Comité de Calidad para aprobación y posterior publicación. Por lo cual continua abierta la no conformidad.

Para la no conformidad 4.2.3 Control de Documentos literal d) se definieron tres acciones correctivas, se realizó la revisión y ajuste del Instructivo Norma fundamental IN.0540.01, que se encuentra en versión 4. Uno de los ajustes significativos es incluir la fecha de aplicación en los formatos. Está pendiente la reunión con el Comité de Calidad para aprobación y posterior publicación. Por lo cual continua abierta la no conformidad.

En la no conformidad 4.1 requisitos generales literal f. implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos, se definieron dos acciones correctivas, en la primera acción no se evidenció la gestión ante la Dirección general para la asignación de recursos para apoyar el mantenimiento y soporte del aplicativo GTC; en la segunda acción se incluyo en el plan operativo actividades referentes al plan de calibración y al plan anticorrupción. Continúa abierta la no conformidad.

El pasado 4 de octubre de 2016 se envió el memorando 0550-683462016 a la Oficina de Tecnologías de Información con asunto soporte aplicativo GTC, con el fin de que se apropien recursos para la puesta en marcha de dicho aplicativo.

El proceso Gestión de Tecnología de la Información revisó los procedimientos, porque dentro del proceso de modernización la estructura propuesta continua en proceso de aprobación, por lo cual se ajustaron los procedimientos, evidencia en el memorando 0130-522532016 agosto 12 de 2016 y memorando 0130-659712016 de septiembre 26 de 2016, Carpeta 0550-112-2016 Registros del Sistema de Gestión de Calidad, Solicitud de Modificación de documentos.

Se evidencia el plan operativo 2016 en archivo digital; el seguimiento se realiza a través de convenciones para identificar lo planeado, ejecutado y ajustado. Se encuentra planeado el seguimiento a la calibración de equipos entre marzo y octubre. Y el ajuste al mapa de riesgos de corrupción está programado entre agosto – octubre.

Se realizó una solicitud de ajuste al plan anticorrupción por parte del Director General en septiembre 28/2016 Memorando 0210-666302016, el cual se encuentra en trámite.

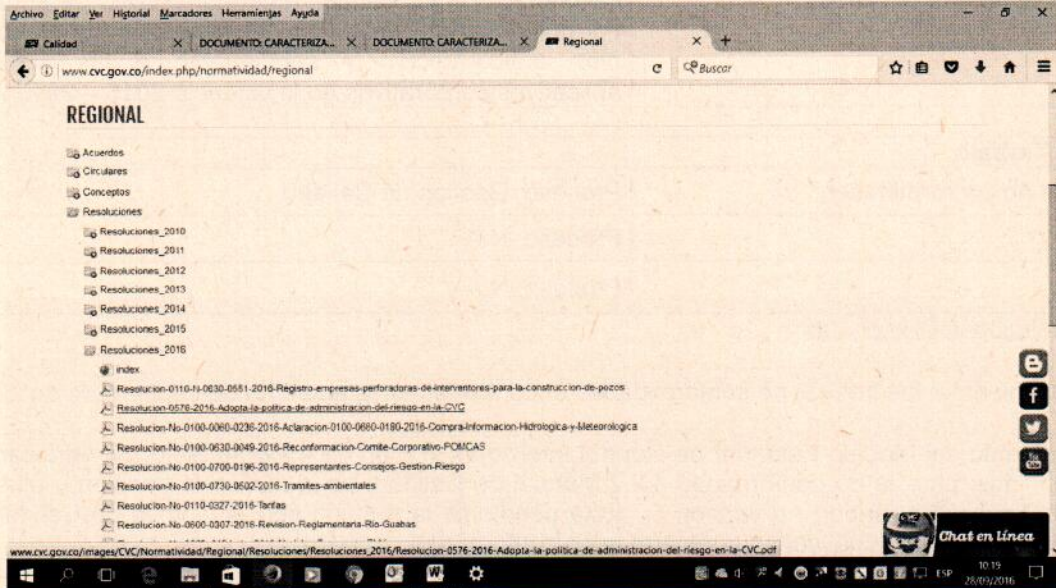




# INFORME FINAL DE AUDITORÍA

La revisión por la Dirección General del sistema integrado de gestión, se encuentra pendiente coordinar la fecha de la reunión con los responsables de la información de entrada para ésta.

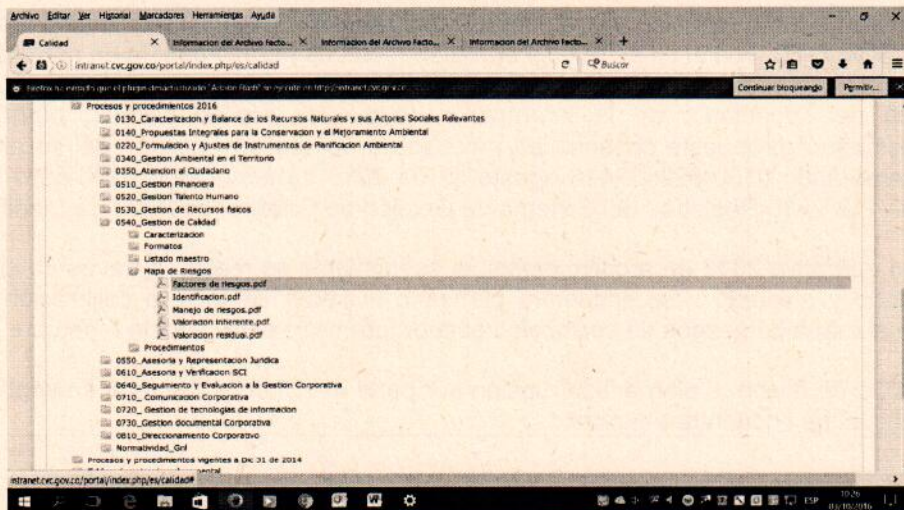
El octavo elemento del Modelo Estándar de Control Interno son las Políticas de Administración del Riesgo, el cual tiene dos productos: la Definición de políticas para el manejo de los riesgos, evidenciada mediante la Resolución 100 No. 600-0576 del 31 de agosto de 2016 y la Divulgación del mapa de riesgos institucional y sus políticas, evidenciada en la página web, la divulgación de las políticas así:



Además de la divulgación en el portal corporativo de la política de administración del riesgo, en las Direcciones Ambientales Regionales se realizan reuniones con los grupos de calidad conformados y se presentan inquietudes frente a riesgos de otros procesos como el proceso de Atención al Ciudadano. Acta del 28/9/2016 en la Dar centro sur.

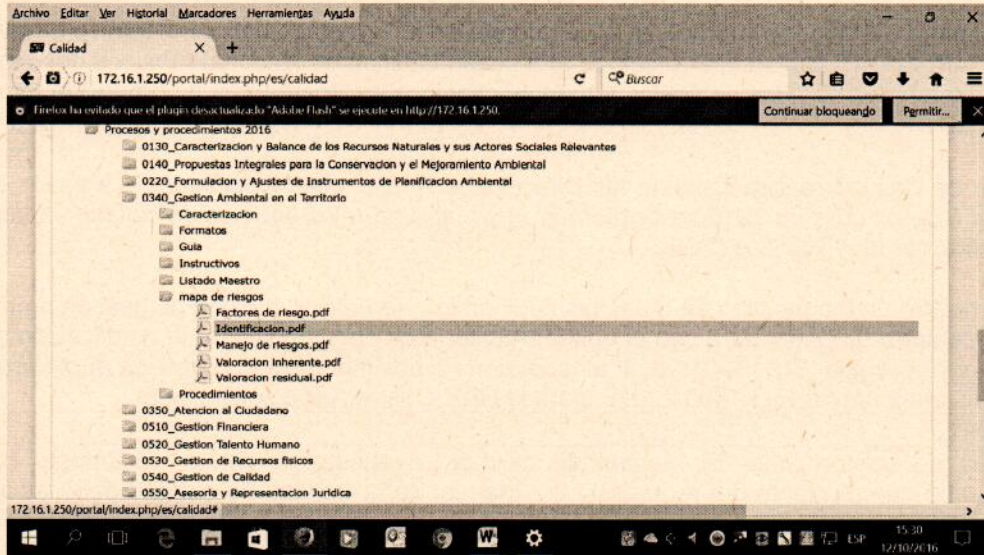
El Mapa de riesgos institucional a la fecha de la auditoria se encuentra en proceso de consolidación.

El noveno elemento del Modelo Estándar de Control Interno es Identificación de Riesgos, tiene dos productos Identificación de los factores internos y externos de riesgo y Riesgos identificados por procesos que puedan afectar el cumplimiento de objetivos de la entidad, ambos productos se encuentran definidos para los dieciséis procesos corporativos en el link: <http://intranet.cvc.gov.co/portal/index.php/es/calidad/Procesos y procedimientos 2016>





El décimo elemento del Modelo Estándar de Control Interno es el Análisis y Valoración del riesgo, el cual consta de seis Productos, cinco se encuentran en los Mapas de Riesgos de cada proceso: Análisis del Riesgo, Evaluación de Controles Existentes, Valoración del Riesgo, Controles y Mapa de riesgos del proceso; los cinco productos se encuentran definidos para los dieciséis procesos corporativos en el link: [http://intranet.cvc.gov.co/portal/index.php/es/calidad/Procesos\\_y\\_procedimientos\\_2016](http://intranet.cvc.gov.co/portal/index.php/es/calidad/Procesos_y_procedimientos_2016):

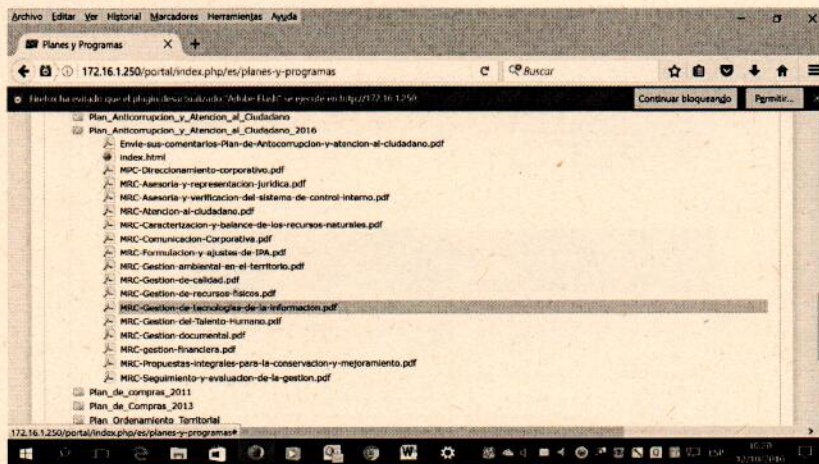


A la fecha de la auditoría el proceso Gestión de Calidad tiene pendiente el seguimiento a los riesgos del proceso y a los riesgos de corrupción.

El proceso Gestión de Calidad envió los memorandos 0550-367282016 del 1 de junio de 2016 y el 0550-685932016 del 6 de octubre de 2016, recordando la revisión anual de toda la documentación del sistema de gestión de la calidad, incluidos los mapas de riesgos.

En la resolución 0100 No. 0550-0212 de 2016 por la cual se adopta el plan anticorrupción y de atención al ciudadano, en el componente Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción, la actividad 3.1 Socialización de la política de administración de riesgos, se encuentra en la página web así: [http://www.cvc.gov.co/images/CVC/Normatividad/Regional/Resoluciones/Resoluciones\\_2016/Resolucion-0576-2016-Adopta-la-politica-de-administracion-del-riesgo-en-la-CVC.pdf](http://www.cvc.gov.co/images/CVC/Normatividad/Regional/Resoluciones/Resoluciones_2016/Resolucion-0576-2016-Adopta-la-politica-de-administracion-del-riesgo-en-la-CVC.pdf).

La actividad 3.2 Socialización de los mapas de riesgo de corrupción actualizados, se encuentra divulgado en la intranet así: <http://172.16.1.250/portal/index.php/es/planes-y-programas>





Y la actividad 4.1 Realizar Autoevaluación y Reporte del Avance de los Mapas de Riesgos de Corrupción por Procesos, cada 15 días se presenta un informe sobre los formatos obsoletos encontrados en los diferentes procesos, dicha información se podría utilizar para la medición de los riesgos de corrupción, evidencia informe del 21 de julio al 5 de agosto de 2016.

El procedimiento Control del servicio o producto no conforme en la vigencia 2015 se incentivó a través de socializaciones realizadas en las DAR; la DAR Suroccidente colocó al proceso Gestión de Recursos Físicos dos servicios o productos no conformes por el mantenimiento a los vehículos y mantenimiento a las impresoras y compra de tóner, ambos servicios el 31 de marzo de 2016.

El proceso Gestión de Calidad realiza visitas a las Direcciones Ambientales Regionales y a través del memorando 0550-53300-01-2015, del 6 de octubre de 2015 se Conformaron y/o activaron los equipos de calidad en las DAR Centro sur, Sur oriente, Sur occidente, Norte y Pacífico Oeste.

En el año 2015 se realizó un diagnóstico en todas las DAR en lo referente al sistema de gestión ambiental; actualmente se está ejecutando el contrato 0377 de 2016 con el objeto: Auditoría de seguimiento de la certificación del sistema de gestión ambiental bajo la norma técnica ISO 14001:2004, al laboratorio ambiental de la corporación autónoma regional del valle del cauca y pre-auditoría en la norma ISO 14001:2015, para la DAR Centro Norte sede Tuluá.

**No Conformidades**

1. Se mantiene la no conformidad: 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.
2. Se mantiene la no conformidad: 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.
3. Se mantiene la no conformidad: 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).

**Conclusiones**

En el seguimiento realizado a las tres no conformidades de la auditoría del año 2015, se evidencian las revisiones y ajustes a los documentos; continúan abiertas porque esta pendiente la aprobación y publicación de dichos documentos.

El Modelo Estándar de Control Interno 2014, en el octavo elemento: Política de Administración de Riesgos; el proceso Gestión de Calidad cumple parcialmente con los dos productos mínimos que menciona, sin embargo aún no se cuenta con 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 adoptan 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. (Cartillas, Corrales 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 las posibles consecuencias de los mismos.

El Modelo Estándar de Control Interno 2014 en el décimo elemento Análisis y Valoración del riesgo, todos los procesos corporativos tienen definidos en el Mapa de Riesgos, cinco de los seis productos mínimos.

MANUAL TÉCNICO MECI APROBADO CONSEJO ASESOR-final\_2.pdf - Adobe Reader

Departamento Administrativo de la FUNCIÓN PÚBLICA República de Colombia

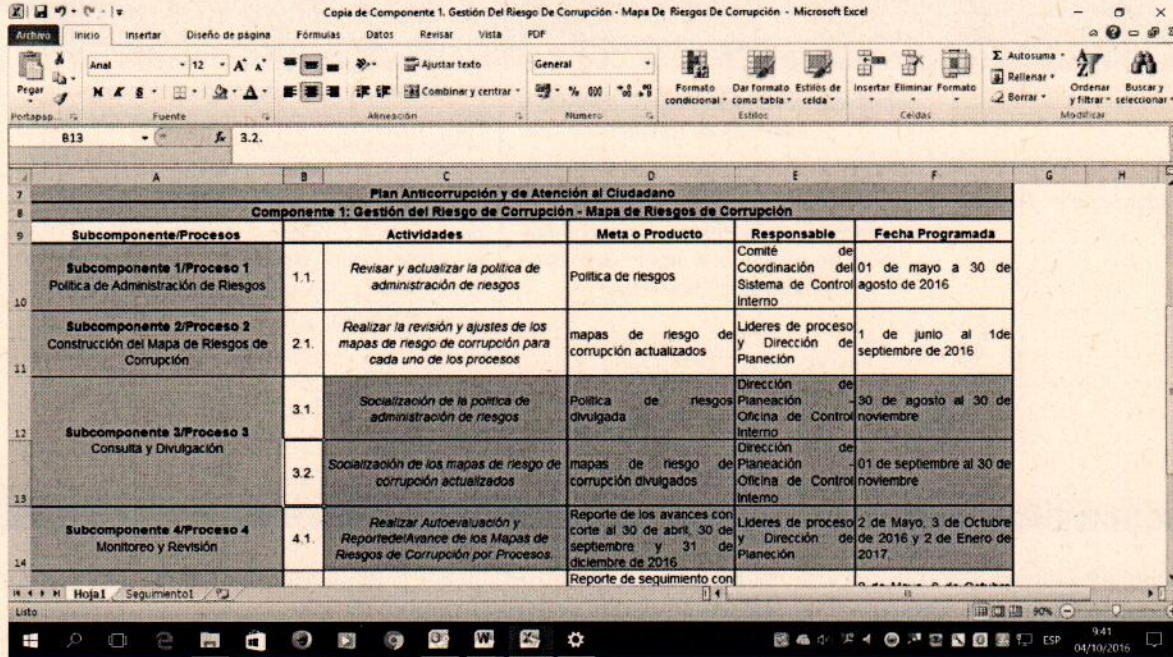
MANUAL TÉCNICO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 2014

ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS	OBSERVACIONES
Análisis y Valoración del Riesgo	Análisis del riesgo	Documento de análisis del riesgo teniendo en cuenta su probabilidad y factibilidad 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 en el cual se analizan los riesgos frente a los controles existentes para mitigar su impacto 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 contendrá toda la información establecida anteriormente
	Mapa de riesgos institucional	La entidad construirá un Mapa de Riesgos Institucional, en el cual se eleven todos los Riesgos que afectan a la entidad en su conjunto y los riesgos identificados de los procesos Misionales y se incluirán los Riesgos de Corrupción de los que trata la Ley 1474 de 2011



# INFORME FINAL DE AUDITORÍA

El plan anticorrupción y de atención al ciudadano, en el componente 1: Gestión del riesgo de corrupción – Mapa de riesgos de corrupción, describe seis (6) actividades, se definió la política de administración del riesgo y los mapas de riesgos de corrupción, ambos fueron divulgados en la página web y la intranet respectivamente. Está pendiente la realización de la autoevaluación y reporte de los mapas de riesgos de corrupción por proceso.



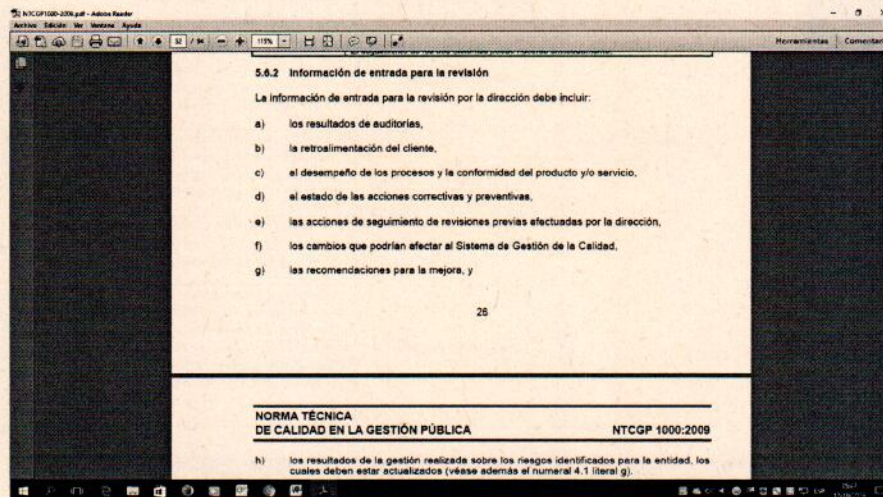
Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano					
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción					
Subcomponente/Procesos	Actividades	Meta o Producto	Responsable	Fecha Programada	
Subcomponente 1/Proceso 1 Política de Administración de Riesgos	1.1. Revisar y actualizar la política de administración de riesgos	Política de riesgos	Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno	01 de mayo a 30 de agosto de 2016	
Subcomponente 2/Proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.1. Realizar la revisión y ajustes de los mapas de riesgo de corrupción para cada uno de los procesos	mapas de riesgo de corrupción actualizados	Líderes de proceso y Dirección de Planeación	1 de junio al 1 de septiembre de 2016	
Subcomponente 3/Proceso 3 Consulta y Divulgación	3.1. Socialización de la política de administración de riesgos	Política de riesgos divulgada	Dirección de Planeación - Oficina de Control Interno	30 de agosto al 30 de noviembre	
	3.2. Socialización de los mapas de riesgo de corrupción actualizados	mapas de riesgo de corrupción divulgados	Dirección de Planeación - Oficina de Control Interno	01 de septiembre al 30 de noviembre	
Subcomponente 4/Proceso 4 Monitoreo y Revisión	4.1. Realizar Autoevaluación y Reporte/Avance de los Mapas de Riesgos de Corrupción por Procesos.	Reporte de los avances con corte al 30 de abril, 30 de septiembre y 31 de diciembre de 2016 Reporte de seguimiento con	Líderes de proceso y Dirección de Planeación	2 de Mayo, 3 de Octubre de 2016 y 2 de Enero de 2017.	

## Información Adicional

Se recomienda que los servidores públicos conozcan las políticas de administración del riesgo, lo cual podría realizarse a través de la inducción y reinducción e incluirlo en los formatos.

Se debería formular acciones para las recomendaciones dadas en los informes de auditoría interna.

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:

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

26

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

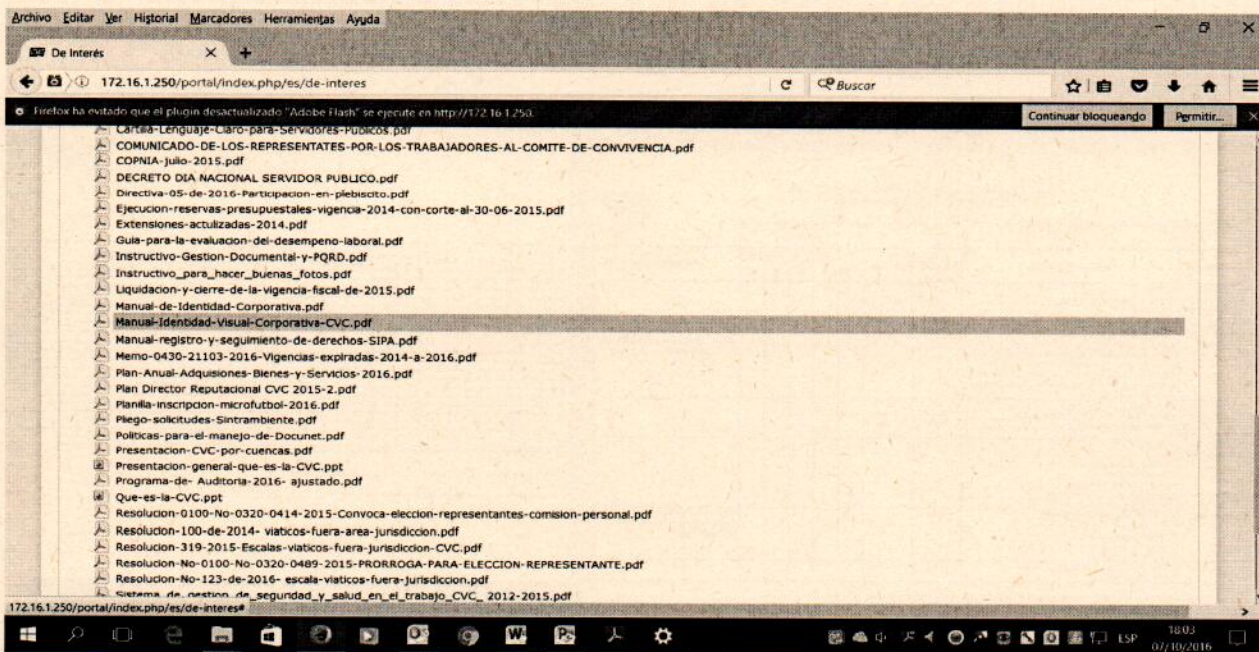
h) los resultados de la gestión realizada sobre los riesgos identificados para la entidad, los cuales deben estar actualizados (véase además el numeral 4.1 literal g).



## INFORME FINAL DE AUDITORÍA

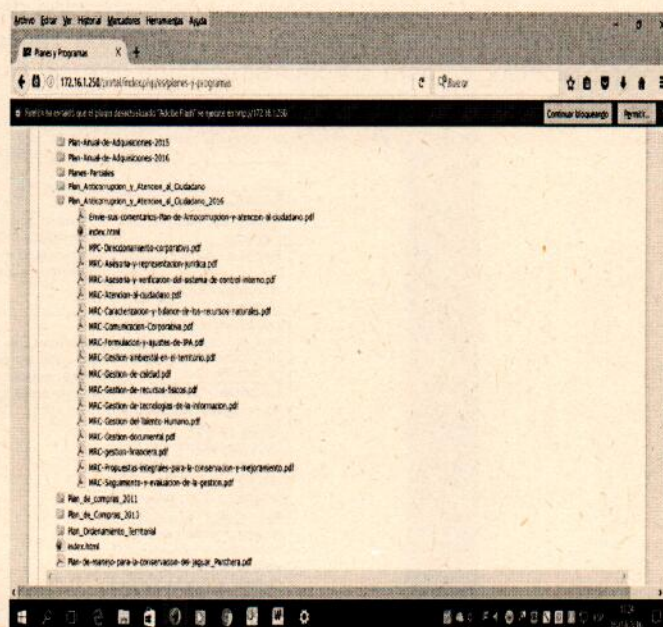
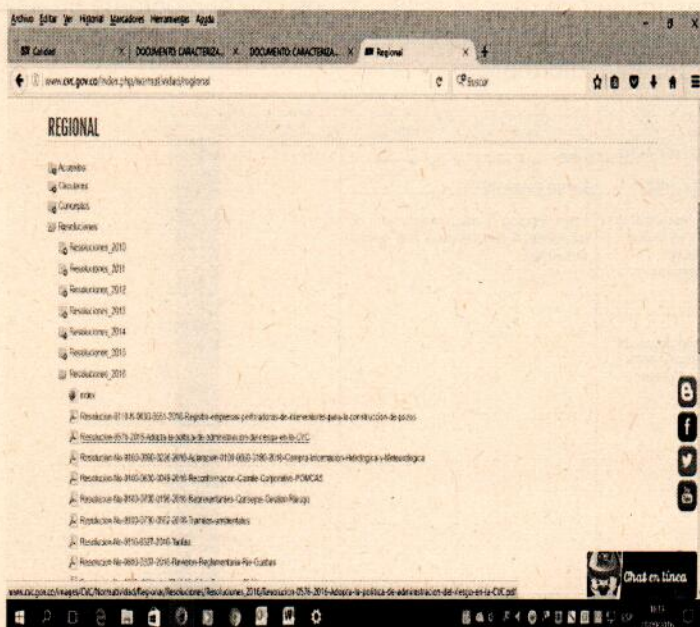
Se debe insistir en la pertinencia de la realización de la revisión por la dirección para contribuir en la mejora del sistema de gestión de la calidad, al menos una vez al año.

El instructivo Norma fundamental para la elaboración y presentación de documentos (IN.0540.01), define el manual de identidad corporativa, se debería incluir el proceso que lo define y el link en el cual se encuentra dicho manual.



Se recomienda acopiar la información del Plan anticorrupción y de atención al ciudadano en un sólo link, actualmente se encuentra así:

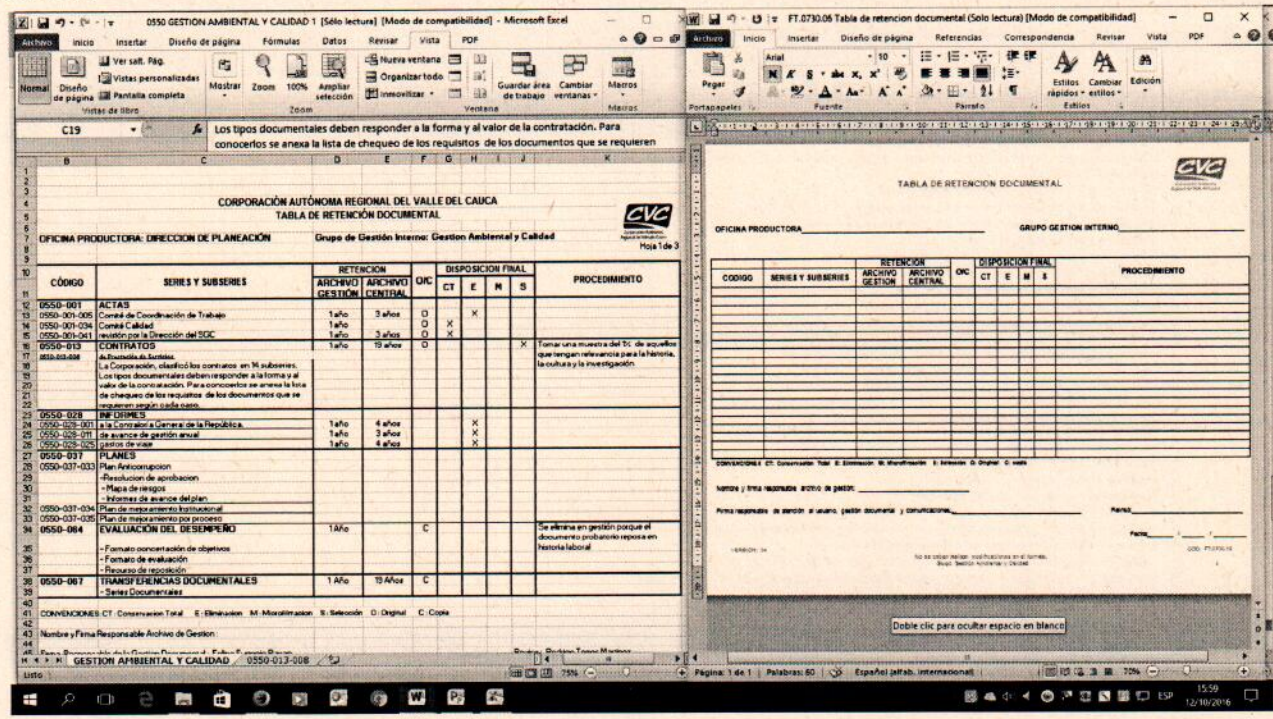
- Plan anticorrupción: página web, Gestión Corporativa, planes y programas, plan anticorrupción, 2016.
- Mapas de Riesgos de corrupción: en la intranet / Planes y programas
- Política administración del riesgo; en página web, normatividad, resoluciones 2016.





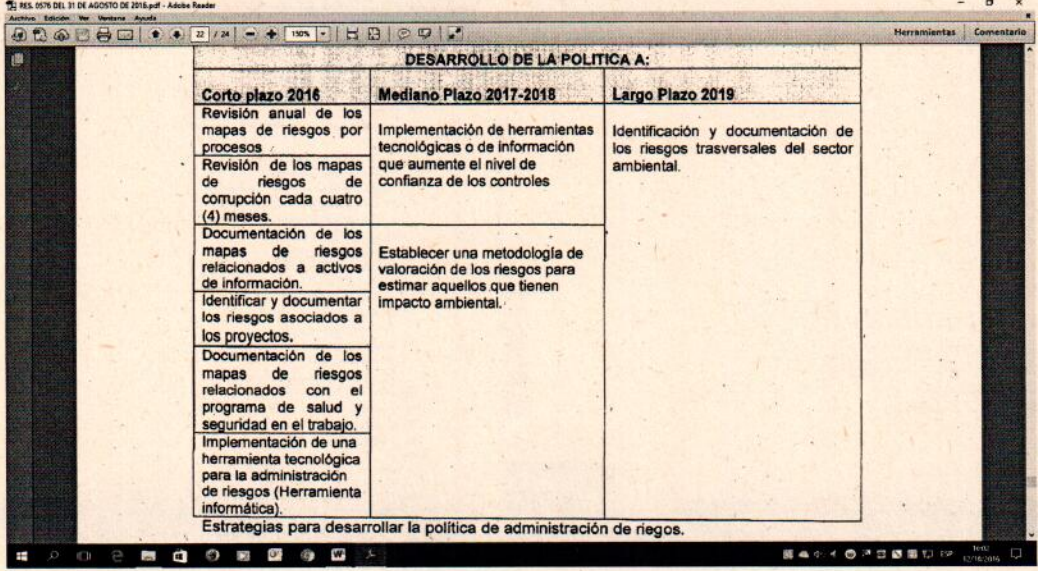
### INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Se debería realizar interrelación con el proceso Gestión Documental, con el fin de actualizar el formato Tabla de retención documental FT.0730.06 versión 4 en Word, el que se utiliza actualmente es un documento de Excel y se encuentra sin codificación.



CÓDIGO	SERIES Y SUBSERIES	RETENCIÓN		DISPOSICIÓN FINAL						PROCEDIMIENTO	
		ARCHIVO GESTION	ARCHIVO CENTRAL	OC	CT	E	M	S			
0550-001	ACTAS										
0550-001-005	Comité de Coordinación de Trabajo	1 año	3 años	D		X					
0550-001-004	Comité Calidad	1 año	3 años	O		X					
0550-001-001	Revisión por la Dirección del SOC	1 año	3 años	D		X					
0550-015	CONTRATOS										
0550-015-008	Alquiler de Bodega									X	Tomar una muestra del 10% de aquellos que tengan relevancia para la historia, la cultura y la investigación.
0550-028	IMPRESOS										
0550-028-001	A la Contraloría General de la República	1 año	4 años				X				
0550-028-001	de avance de gestión anual	1 año	2 años				X				
0550-028-002	planes de riesgo	1 año	3 años				X				
0550-037	PLANES										
0550-037-003	Plan Anticoncepción										
0550-037-004	Resolución de aprobación										
0550-037-004	Mapa de riesgos										
0550-037-004	Índice de avances del plan										
0550-037-004	Plan de mejoramiento institucional										
0550-037-004	Plan de mejoramiento por proceso										
0550-084	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	1 Añ		C							Se almacena en gestión porque el documento probatorio reposa en historia laboral.
0550-084-001	Formato orientación de objetivos										
0550-084-001	Formato de evaluación										
0550-084-001	Formulario de reposición										
0550-087	TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES	1 Añ	15 Añ	C							
0550-087-001	Serie Documentales										

En la Resolución 100 No. 600-0576 del 31 de agosto de 2016, la estrategia para desarrollar la política de administración de riesgos se desarrollara mediante ejercicios de revisión, actualización y seguimiento a los mapas de riesgos, a corto plazo (2016) se debe gestionar con el proceso de Gestión documental la documentación de los mapas de riesgos relacionados a activos de información. Con los procesos misionales identificar y documentar, los riesgos asociados a los proyectos. Con el proceso Gestión del Talento Humano la documentación de los mapas de riesgos relacionados con el programa de salud y seguridad en el trabajo y con el proceso Gestión de Tecnologías de la Información gestionar la implementación de una herramienta tecnológica para la administración de riesgos (Herramienta informática).



DESARROLLO DE LA POLITICA 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 ambiental.
Revisión de los mapas 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).		
Estrategias para desarrollar la política de administración de riesgos.		



# INFORME FINAL DE AUDITORÍA



## Lista de distribución del informe

Luis Guillermo Parra – Director Técnico (C).  
Jaime Alberto Escudero – Coordinador Gestión Ambiental y Calidad.

### Firma auditor Líder

*Claudia X. Martínez S.*  
**CLAUDIA XIMENA MARTÍNEZ SÁNCHEZ**

### Firma del líder del proceso auditado

**LUIS GUILLERMO PARRA**



