



Corporación Autónoma
Regional del Valle del Cauca

Página 1 de 1

MEMORANDO

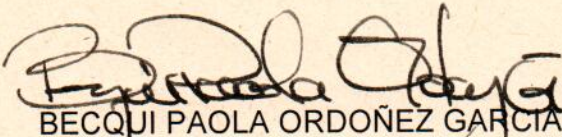
0120- 437152018

PARA:	Luis Guillermo Parra Suarez – Director Técnico - Dirección de Planeación
DE:	Jefe Oficina de Control Interno
ASUNTO:	Informe final de Auditoria – Gestión de Calidad
CIUDAD Y FECHA:	Santiago de Cali, 13 de Agosto de 2018

En cumplimiento del Programa de Auditoria 2018, se realizó la auditoría interna al proceso Gestión de Calidad, por lo anterior 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 de forma independiente, 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 pertinente hacer el llamado a la formulación de acciones para las oportunidades de mejora en procura de fortalecer la cultura del control sobre las mismas.

Cordialmente,


BECQUI PAOLA ORDOÑEZ GARCIA

Anexos: Informe Final de Auditoria Interna. (4 Folios).
Copias: Marco Antonio Suarez Gutiérrez (E) – Director General.
Jaime Alberto Escudero Jimenez, Coordinador Grupo de Gestión Ambiental y Calidad.
Proyecto: Claudia Ximena Martínez Sánchez - Profesional Especializado. *ex*
Archívese en: 0120-061-008-0540-2018

Comprometidos con la vida

INFORME FINAL DE AUDITORÍA



Fecha de Auditoría: 27, 29 de junio y 3, 4, 5, 19 y 25 de julio 2018	Auditor Líder: Claudia Ximena Martínez Sánchez.
Proceso / Servicio: Gestión de Calidad	Equipo Auditor: Daysi Lorena Galindez Zapata. Observador: Alexandra Charria
Objetivo: Evaluar el nivel de madurez de los elementos del sistema de control interno, los requisitos legales, el cumplimiento de las obligaciones, realizar seguimiento a las acciones correctivas y oportunidades de mejora anteriores y a los planes de mejoramiento, en el proceso Gestión de Calidad.	Alcance: Verificar el cumplimiento de las políticas, 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 / producto no conforme o No conformidad – Acciones Correctivas y oportunidades de mejora, PT.0540.06 Revisión por la dirección de los sistema de gestión, PT.0540.07 Calibración y mantenimiento de los dispositivos de seguimiento y medición, PT 0540.08 Administración del riesgo, en la vigencia 2017–2018.
Programa de Trabajo	
Día 1: Revisión no conformidades, Control de Documentos, Control de Registros,	Proceso: Gestión de Calidad.
Día 2: Control del servicio / producto no conforme o No conformidad – Acciones Correctivas y oportunidades de mejora. Revisión por la dirección de los sistema de gestión,	Proceso: Gestión de Calidad.
Día 3: Calibración y mantenimiento de los dispositivos de seguimiento y medición. Administración del riesgo.	Proceso: Gestión de Calidad.
Principales Situaciones Detectadas:	
<p>El proceso de Gestión de Calidad dinamizo la certificación del Sistema de Gestión Ambiental en la DAR Centro Norte.</p> <p>El Proceso realizó modificaciones en los procedimientos, formatos e instructivos.</p> <p>Se realizó seguimiento a las ocho (8) no conformidades encontradas en la auditoria de agosto de 2017, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se adelantó la capacitación en Plan anticorrupción y Atención al ciudadano, Decreto 1499/2017 con la participación del Director y los funcionarios del Grupo de Gestión Ambiental y Calidad. <p>Se envió Memorando 0550-141052018 del 16 de febrero/2018, al Director Técnico – Dirección Técnica Ambiental, Director Operativo - Dirección de Gestión Ambiental y Directores Territoriales – Dirección Ambiental Regional, solicitando inventario de dispositivos de medición activos, cantidad y cuales calibrados.</p> <p>El plan de trabajo 2018 tiene planeada la actividad de Seguimiento al Plan de calibración y mantenimiento de los equipos de medición, seguimiento a la meta del primer componente del Plan Anticorrupción e implementación del aplicativo GTC. Se cierra la no Conformidad.</p> <p>Las tres acciones correctivas planteadas se ejecutaron y no fueron efectivas. A la fecha no se tiene inventario de los equipos de seguimiento y medición.</p> 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. La NTCGP 1000:2009 fue derogada, por lo tanto las acciones propuestas para esta no conformidad, no aplican, hasta que la Corporación defina certificarse en una de las Normas Técnicas Colombianas. El Instructivo Norma Fundamental fue modificado y publicado el 12 de septiembre de 2017. Se cierra la no conformidad. 	



4. Los objetivos y la política de calidad fueron revisados y ajustados en agosto de 2017, a la fecha no se ha realizado la socialización y medición de estos. No aplica acorde con la derogación de la NTCGP:1000.
5. El procedimiento Revisión por la Dirección de los Sistemas de Gestión se actualizó y publicó el 17 de octubre de 2017. Se encuentra programada la revisión por la Dirección en el plan operativo 2018, en el mes de septiembre, no coincide con la fecha límite de la acción correctiva que es 30/06/2018. Se actualizó el Normograma del proceso Gestión de calidad el 23/02/2018, sin embargo la resolución 0100-020-0463 de 2013 Por la cual se conforma el comité Institucional de Desarrollo Administrativo de la CVC no se modificó y no se ejecutó el Artículo Tercero, numeral 4, el literal h. A la fecha no se ha enviado el memorando solicitando la información para la revisión gerencial, por ende no se ha realizado la consolidación para la revisión. Se mantiene la no conformidad.
6. Se actualizó el Normograma del proceso Gestión de calidad el 23/02/2018. No se ha actualizado la resolución 0100-0330-143 de 2008 por la cual se adopta el sistema de gestión ambiental interno de la CVC. Se mantiene la no conformidad.
7. Se evidencia propuesta y solicitud de modificación de indicadores, inclusión de las unidades de detalle en las actividades del proceso 0540 y diligenciamiento de los indicadores en el aplicativo SIGEC, sin embargo no se modificaron conforme a la propuesta, ni se realizó seguimiento al ajuste. Adicionalmente las mediciones no se realizan conforme a las variables establecidas en algunos indicadores. Se mantiene la no conformidad.
8. El procedimiento Control del servicio / producto no conforme o No conformidad – Acciones Correctivas y oportunidades de mejora fue modificado y divulgado; socializado a los procesos de Caracterización y Balance de los recursos naturales y sus actores sociales relevantes y Gestión Ambiental en el Territorio – DAR Pacifico Este. La no conformidad queda abierta porque falta la elaboración del informe semestral del tratamiento a los servicios o productos no conformes o no conformidades, conforme a lo establecido en el procedimiento.

Se realizó seguimiento a las nueve (9) oportunidades de mejora encontradas en la auditoría de agosto de 2017, así:

1. 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. Esta oportunidad fue incluida en las acciones correctivas 5 y 6 y no se cumplió.
2. Se debería formular acciones para las oportunidades de mejora relacionadas en los informes de auditoría interna. Se incluyó una oportunidad de mejora en dos acciones correctivas.
3. Se debe insistir en la necesidad de la revisión por la dirección, para contribuir en la mejora del sistema de gestión de la calidad, al menos una vez al año. Se incluyó en una acción correctiva de la no conformidad No. 5. A la fecha no se ha cumplido.
4. 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. No aplica acorde con la derogación de la NTCGP:1000.
5. Se publicó la Política de administración del riesgo en la intranet <http://172.16.1.250/portal/index.php/es/calidad> y en la página web en <https://www.cvc.gov.co/gestion-corporativa/sistema-gestion-de-calidad>. La oportunidad de mejora no se documentó.
6. 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. No se planteó acción de mejora y a la fecha no ha realizado la modificación requerida.
7. 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 GTC. No se realizaron actualizaciones ni cambios referentes a la TRD y el aplicativo GTC. Por lo tanto se constituye una no conformidad por ser reiterativo.

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

8. Se debería fortalecer al grupo de trabajo en la documentación que lidera el proceso. No se planteó acción de mejora.
9. 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. No aplica acorde con la derogación de la NTCGP:1000.

Caracterización del Proceso:

El plan de trabajo del proceso Gestión de Calidad, vigencia 2018, tiene programada la auditoria del Proceso Asesoría y Verificación del Sistema de Control Interno para el mes de diciembre, sin embargo el Comité Interinstitucional de Desarrollo Administrativo aprobó su realización para el mes de noviembre, acorde con el acta de reunión del 6/3/2018..

En el acta del Comité Interinstitucional de Desarrollo Administrativo, se aprobó la política ambiental para la Corporación, el 11 de septiembre de 2017, Expediente 0200-001-053-2017 de Secretaria General.

Para las actividades de implementación, mantenimiento, certificación y acreditación se trabaja coordinadamente con el contratista de apoyo del laboratorio, y los recursos se encuentran en el proceso Gestión de Calidad.

Se han realizado visitas a las Direcciones Ambientales Regionales, reactivando los equipos de calidad, se revisan documentos del sistema de gestión, se exponen temas como las 5s y Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA, evidencia acta de reunión Pacifico Oeste del 13 de febrero de 2018. Mensualmente las Direcciones Ambientales Regionales envían los consumos de agua, energía y papel al proceso Gestión de Calidad. No se realiza seguimiento y medición a estos consumos, se consolidan al final del año.

En las visitas a las DAR, el proceso también apoya en el diseño e implementación del Componente de la administración del riesgo, se evidencia el trabajo realizado en la DAR Suroccidente 2 de marzo, Norte el 20 abril de 2018, en Centro Norte se encuentra programada para el 25 de julio de 2018 y en la DAR Pacifico Este, se solicitó reunión mediante memorando para este tema.

En el plan de trabajo se incluyó el seguimiento al plan de calibración y mantenimiento de equipos de medición, la revisión y ajuste de los mapas de riesgos de corrupción y la política. La fecha de seguimiento al plan de calibración está programada en agosto, no es coherente con la descrita en la Acciones correctivas y Oportunidades de Mejora planteadas, que tiene fecha límite marzo de 2018. Se encuentra planeado el ingreso y actualización de la información en el aplicativo GTC, sin embargo, no se cuenta con el soporte por parte de Oficina de Tecnologías para poder ingresar la información. El plan de trabajo no contempla la implementación del aplicativo.

Las actividades de la caracterización del proceso mencionan entre otras, el seguimiento al tratamiento del producto y/o servicio no conforme en los procesos misionales, a la fecha este control se aplica a todos los procesos, se debería revisar y actualizar acorde con los ajustes realizados a los procedimientos.

Se ha promovido la integración de los sistemas de gestión trabajando en conjunto con el grupo del Laboratorio Ambiental y el grupo de Seguridad y Salud en el trabajo con el fin de utilizar la documentación establecida y no generar procedimientos adicionales.

En reunión con Arquitesoff el 12 de abril de 2018, para integrar los aplicativos GTC y ARQ, en el tema de otorgamiento de derechos, se plantea realizar reunión con el proceso de Gestión de Calidad y Gestión de Tecnologías de la información para realizar diagnóstico del aplicativo y hacer empalme con el aplicativo GTC.

Control de Documentos:

Acorde con el procedimiento se evidencia en el expediente 0550-112-001-2017 Registros del SGC, Tomo 2 de 3, el registro de la Solicitud de creación, modificación o eliminación de documentos FT.0540.07, del procedimiento Control de producto no conforme y Acción correctiva, de fecha 16 de noviembre de 2017 y el archivo digital del formato Control de Cambios FT.0540.09, donde se describe el origen del Cambio, acorde con la actividad 1 y 7 del procedimiento Control de Documentos.

Control cambios - Visualizador de fotos de Windows

Archivo - Imprimir - Correo electrónico - Grabar - Abrir

FORMATO CONTROL DE CAMBIOS

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN	PT.0540.06	03	04	2017/09/26	continua del Sistema de Gestión de Calidad, y dando tratamiento a las no conformidades producto de las auditorías internas realizadas al Proceso de Gestión de Calidad en el año 2017 - Adecuaciones en el nombre, en las actividades, los responsables, las dependencias y los registros de salida del Procedimiento. La modificación obedece a las revisiones periódicas que el Líder del proceso hace de los documentos del mismo, en atención a la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad, y dando tratamiento a las no conformidades producto de las auditorías internas realizadas al Proceso de Gestión de Calidad en el año 2017 -
CALIBRACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	PT.0540.07	02	03	2017/09/26	Adecuaciones en el nombre, adecuaciones de forma en los responsables, las dependencias y los registros de salida del Procedimiento. La modificación obedece a las revisiones periódicas que el Líder del proceso hace de los documentos del mismo, en atención a la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad, y dando tratamiento a las no conformidades producto de las auditorías internas realizadas al Proceso de Gestión de Calidad en el año 2017 -
CONTROL DEL SERVICIO/PRODUCTO NO CONFORME O NO CONFORMIDAD - ACCIONES CORRECTIVAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA	PT.0540.04	06	07	2017/11/16	Adecuaciones en el Objetivo, Alcance y actividades 4 y 7 del Procedimiento. La modificación obedece a cambios en la normatividad vigente e incorporación del Sistema de Gestión Ambiental al Procedimiento -
LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS	PT.0540.05	03	04	2018/02/12	Se reemplaza "Fecha de Aprobación" por "Fecha de Aplicación". Se adiciona una columna "Documento Eliminado" (Marque con una X). Se incluye en el pie de página del formato, la fecha de aplicación del mismo.

ES 03:47 p.m. 03/08/2018

En la actividad 11 del procedimiento Control de documentos, no se evidencia el Acta de Reunión Interna y Listado de Asistencia a Reunión de la socialización de la documentación modificada anteriormente.

Control de Registros

Se verificaron las actividades 3 y 4 del procedimiento Control de Registros, en la tabla de retención documental, en la serie Planes 0550-037, no se tiene definido la retención de los documentos en cada archivo y la disposición final; en la serie 0550-110 Procesos Corporativos, los nombres de algunos procesos están desactualizados.

La carpeta 0550-037-034 Plan de mejoramiento Institucional contiene los memorandos de convocatoria a reunión y listado de asistencia de reuniones para la construcción del plan de mejoramiento de la Contraloría General de la República.

PT.0540.04 Control del servicio / producto no conforme o No conformidad – Acciones Correctivas y oportunidades de mejora, Los procesos de Caracterización y Balance de los recursos naturales y sus actores sociales relevantes y Gestión Ambiental en el Territorio – DAR Pacífico Este, recibieron apoyo en la formulación del producto no conforme y en el traslado de estos productos a los procesos Gestión de Tecnologías de la Información y Gestión de Recursos Físicos mediante el memorando 0550-396742018, del 14 de junio de 2018. Se debería continuar dinamizando este procedimiento con el fin de mejorar los índices de productos o servicios No conformes, acorde con la salida de la caracterización del proceso.

Revisión por la Dirección de los sistemas de Gestión

El plan operativo del proceso tiene programada la revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de Calidad y Sistema de Gestión Ambiental en el mes de septiembre, con el fin de incluir las auditorías del sistema de gestión ambiental de la Dirección Ambiental Regional Centro Norte y Laboratorio ambiental. Acorde con la actividad 2 del procedimiento a la fecha no se ha enviado el memorando solicitando la información para la revisión gerencial, por ende no se ha consolidado la información, como lo indica la actividad 4. Lo anterior debe ser en coherencia con las funciones asignadas a la Dirección de Planeación en la Resolución 0100 No. 0200-0463 de 2013. Se realizan actividades con la Dirección Ambiental Regional BRUT con fines de certificación para la vigencia.

INFORME FINAL DE AUDITORÍA



Corporación Autónoma
Regional del Valle del Cauca

El Procedimiento Calibración y mantenimiento de los dispositivos de seguimiento y medición, fue ajustado el 26 de septiembre de 2017. De acuerdo con las acciones correctivas planteadas y el procedimiento en la actividad 1, menciona la preparación del inventario de equipos, el grupo de Gestión Ambiental y Calidad envió memorando 0550-141052018, el 16 de febrero de 2018 solicitando el inventario de los dispositivos de medición activos. La Dirección Técnica Ambiental, envió el listado de los equipos: memorando 0670-141052018 del 15 de marzo de 2018, las demás áreas no dieron respuesta. Se requiere actualizar los datos para hacer seguimiento al mantenimiento de éstos.

Política de Administración del Riesgo:

Ajustada por la Resolución 0100-0110-0293 de 2018 en el Literal 1.2 objetivos específicos, menciona que la consolidación de los objetivos se realizará mínimo cada dos años, mediante comunicación escrita por el líder del proceso de Administración del Riesgo, a la fecha de la auditoria no se tiene el consolidado.

En el numeral 3.4.3 "Mapa de Riesgos Institucional" manifiesta que la Dirección de Planeación coordinará la consolidación del mapa de riesgos institucional y tramitara ante la Alta Dirección la revisión, aprobación, distribución y análisis, a la fecha la Corporación no cuenta con Mapa de Riesgos Institucional.

Verificando el numeral 3.4.4 "Evaluación y seguimiento a los mapas de riesgo por proceso" se evidencia el envío del memorando 0550-460372018 de junio 22 de 2018, solicitando la autoevaluación de los mapas de riesgos de corrupción a la fecha dieron respuesta los procesos de Atención al Ciudadano y Asesoría y Verificación del Sistema de Control Interno.

El nombre del procedimiento y el formato Acciones Correctivas y Oportunidades de mejora se encuentra desactualizado, en la página 15 de la Política de Administración del Riesgo, Resolución 0100-0110-0293 de 2018.

Entre las Estrategias para desarrollar la política de administración del riesgo se plantean a corto plazo 2018, la revisión de los mapas de riesgo de corrupción cada cuatro meses y el Plan anticorrupción tiene como meta la revisión una vez al año, se debería analizar si dichas revisiones podrían coincidir.

Para la estrategia Identificar y documentar los riesgos asociados a los proyectos: El Grupo Articulación Corporativa e Interinstitucional para la Gestión, el 29 de diciembre de 2017, creó el Manual Gestión de Proyectos, en el cual el Líder del Proyecto debe Gestionar los riesgos y la aplicación de los planes de mitigación, el Responsable de resultado: identificar los riesgos, definir los planes de mitigación y aplicar los mismos conjuntamente con el equipo de proyecto y el Facilitador participar en la identificación y gestión de riesgos, así como en la definición de planes de mitigación

En la estrategia Documentación de los mapas de riesgos relacionados con el programa de salud y seguridad en el trabajo, se publicó la Resolución 0100-0300-0190 el 23 de marzo de 2018 por medio de la cual se adopta el Plan Estratégico de Seguridad y Salud en el trabajo, en el numeral 4 Gestión de Peligros y Riesgos y se publicó la Política de seguridad y salud en el trabajo, el 15 de junio de 2018.

El procedimiento Administración del riesgo tiene definidos cuatro (4) riesgos el No. 20, 21, 22 y 23, y tres de los controles definidos para estos riesgos se repiten, se debería analizar la identificación del riesgo y del control respectivo para encontrar una posible desviación. Igualmente sucede con el procedimiento Control de Registros con los riesgos No. 7, 8, 9 y 10 el control "Capacitación a los funcionarios sobre manejo de archivo" se repite en todos los riesgos.

El proceso Gestión de Calidad tiene definido veintiséis (26) riesgos en la Valoración Residual, de los cuales, en cinco (5) riesgos no se registra información en el aplicativo GTC como: Solicitudes de modificación y/o creación de documentos, registro de acciones preventivas y correctivas definidas para no conformidades y producto/ servicio no conforme. Un (1) riesgo cumplió el control: Análisis de la justificación de la solicitud de modificación y/o creación de documentos por parte del Líder del proceso y el Grupo de Gestión de Calidad. Siete (7) cumplen parcialmente con los controles: Definir plan detallado para la calibración y mantenimiento de equipos, presentación de informe mensual sobre tratamiento de riesgos materializados cuyo impacto afecte el desarrollo de la misión de la entidad al Comité de Dirección. Un (1) riesgo se materializó: Apropiación de recursos para la actualización y mantenimiento del aplicativo. No se auditaron once (11) y un (1) riesgo no aplica: Seguimiento y control a la planeación y cumplimiento de los requisitos de la norma para el mantenimiento del sistema por parte del nivel directivo. El procedimiento Administración del riesgo en la actividad 14 menciona que se debe actualizar el mapa de riesgos, si se materializa algún riesgo, a la fecha no se ha actualizado el mapa de riesgos del proceso.



Se realizó una revisión de indicadores y actividades en el aplicativo SIGEC con corte a abril de 2018, así:

Indicador 1421- Porcentaje de actualización a los trámites y procedimientos adoptados- el avance de 35% de este indicador es medido conforme a la gestión que desarrolla el Grupo de trabajo, se reciben todas las solicitudes de modificación y cambios en procedimientos y formatos y se tramitan, para el primer semestre se recibieron 60 solicitudes.

Indicador 1542- Porcentaje de cumplimiento de metas de componentes Plan Anticorrupción- el avance de 35% de este indicador es medido conforme a la gestión que desarrolla el Grupo de trabajo, no acorde a las actividades del componente uno del Plan Anticorrupción.

Indicador 1415- Informe de seguimiento al Sistema de calidad implementado- a la fecha de la auditoria no hay avance de este indicador; la fecha de presentación corresponde al informe de gestión definida para el 9 de julio de 2018 y se toma como insumo todas actividades desarrolladas desde el Grupo de Gestión Ambiental y Calidad.

Indicador 1420- Porcentaje de actualización de mapa de riesgos- este indicador tiene un avance del 50%, en el mes de enero de 2018 se envió a las áreas memorando para actualización de los mapas de riesgos con el objetivo de construir el Plan Anticorrupción. En el mes de febrero se solicitó actualización de los mapas de riesgos de procesos, corrupción y normograma a la Dirección de Gestión Ambiental mediante memorando 0550-139742018 y en el mes de marzo se envió memorando 0550-195512018 para que los Directores realizaran ajustes a la Política de Administración de Riesgo.

La Corporación tiene definidos 32 mapas de riesgos incluidos los de corrupción, de acuerdo a la variable del indicador, en la información y avance registrado no se puede evidenciar las actualizaciones.

Indicador 1417- Respuesta a no conformidades- se evidencia un avance del 45%, se mide por el trabajo realizado por el grupo en las diferentes Direcciones Ambientales Regionales, revisando no conformidades de los años 2012-2015, se han establecido grupos de calidad para establecer el tratamiento y el seguimiento a las acciones; con la DAR Centro Norte se dio apoyo al tratamiento de las ocho no conformidades producto de la Auditoria de Gestión Ambiental ISO 14001. No se tiene cuantificado las no conformidades cerradas.

Indicador 1419- Cumplimiento del PIGA- la Corporación cuenta con un programa de gestión ambiental el cual tiene establecida unas actividades y metas; tomando como base el PIGA realizado en la vigencia 2017 no se evidencia diagnóstico del consumo de agua potable y del consumo de energía eléctrica. Para el 2018 no se tiene definido el programa de gestión ambiental por lo cual no hay seguimiento al cumplimiento de metas.

De acuerdo al artículo sexto de la Resolución 0100 No 0330-143-2008, por la cual se adopta el Sistema de Gestión Ambiental Interno, del cual es miembro el Coordinador del Grupo de Gestión Ambiental y Calidad, cita que el comité se reunirá ordinariamente por lo menos cada dos meses, de esta actividad no se evidencian actas de reunión en la vigencia 2018.

En las Direcciones Ambientales Regionales - DAR Centro Norte y BRUT realizan seguimiento a los consumos de agua y energía porque están enfocadas en obtener la certificación. En el caso de las otras DAR solo se envía el dato de los consumos al Grupo Gestión Ambiental y Calidad.

El 30% de avance del indicador Cumplimiento del PIGA, no está medido de acuerdo a las variables establecidas en el aplicativo, sino conforme al trabajo realizado por el Grupo de trabajo.

Indicador 1416- Índice de cumplimiento de los sistemas de gestión integrados - Se realiza visitas a las DAR y oficinas del edificio principal, con el objetivo de verificar el uso adecuado de los procesos y procedimientos, al igual que la documentación asociada a cada uno. Se realiza ajuste de la documentación de acuerdo a los requerimientos de las áreas, dando cumplimiento al mejoramiento continuo del Sistema de Gestión. El grado de avance se mide conforme al trabajo realizado por el Grupo de Trabajo, se registra avance del 45%.

Actividad 004-Revisión, Ajuste y Evaluación del Plan Anticorrupción- se evidencia para este indicador que la unidad de medida es PLANES y en el cronograma se estableció uno por mes y conforme a la norma se tiene un solo plan Anticorrupción para la vigencia y tres seguimientos, de acuerdo a lo planteado por el grupo los datos consignados corresponden al trabajo que desarrolla la oficina cada mes.

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

No Conformidades

1. Las actividades del procedimiento Revisión por la Dirección de los Sistemas de Gestión, a la fecha no se ha enviado el memorando solicitando la información para la revisión gerencial, no se ha realizado la consolidación para la revisión. En el plan operativo 2018 se encuentra programada la revisión por la Dirección, en el mes de septiembre, no coincide con la fecha límite de la acción correctiva que es 30/06/2018. La resolución 0100-020-0463 de 2013 Por la cual se conforma el comité Institucional de Desarrollo Administrativo de la CVC no se modificó acorde con la fecha límite de la acción correctiva 31/01/2018. Se mantiene la no conformidad.
2. La resolución 0100-0330-143 de 2008 por la cual se adopta el sistema de gestión ambiental interno de la CVC no se actualizó conforme a lo planteado en la acción correctiva. Se mantiene la no conformidad.
3. Los indicadores del proceso Gestión de Calidad no se modificaron conforme a la propuesta de la acción correctiva, ni se realizó seguimiento al ajuste. Las mediciones no se realizan conforme a las variables establecidas en algunos indicadores. Se mantiene la no conformidad.
4. El procedimiento Control del servicio / producto no conforme o No conformidad – Acciones Correctivas y oportunidades de mejora, no se ha elaborado el informe semestral del tratamiento a los servicios o productos no conformes o no conformidades, conforme a lo establecido en el procedimiento. Se mantiene la no conformidad.
5. La documentación del proceso Gestión de Calidad presenta información desactualizada y/o sin articulación con los controles internos, así:
 - La Política de administración del Riesgo menciona el procedimiento PT.0540.05 Acciones Preventivas y Correctivas el cual fue eliminado del proceso y el formato FT.0540.15, cambio su nombre en septiembre de 2017. Falta la definición del riesgo confidencialidad y satisfacción; las definiciones del riesgo cumplimiento, se asocia al Legal y el operativo se asocia al de proceso.
 - El Instructivo Norma Fundamental no está actualizado, falta incluir la codificación de los tipos de documentos que se relacionan con el Sistema de Gestión Ambiental.
 - En el procedimiento Control de Documentos no se evidencia el Acta de Reunión Interna y Listado de Asistencia a Reunión de la socialización de la documentación.
 - El mapa de riesgos de proceso se encuentra desactualizado conforme a lo relacionado en el informe final de auditoría interna.
 - La Resolución 0100 No. 0320-0691 del 3 de diciembre de 2009 por medio de la cual se conforma el grupo de Gestión Ambiental y Calidad se encuentra desactualizada, porque el grupo depende de la Dirección de Planeación y no de Administrativa como menciona el Artículo 1.
 - La tabla de retención documental no tiene definido la retención de los documentos en cada archivo y la caracterización del proceso menciona registros en el aplicativo GTC, el cual no está operando.

Conclusiones

En resumen, de un total de ocho (8) no conformidades se cerraron dos es decir el 25%, pendiente de cierre quedan cuatro el 50% y no aplican dos el 25%. De las nueve (9) oportunidades de mejora se cerró una es decir el 11%, una se cumplió parcialmente 11%, no se cumplieron dos el 22%, para tres no se plantearon oportunidades de mejora el 33%; y dos no aplican el 22% de las oportunidades de mejora, porque se deroga la norma NTCGP:1000.

Cabe resaltar que el Grupo de Gestión Ambiental y Calidad realiza actividades en pro de la mejora continua que no están siendo documentadas. En consecuencia, los indicadores y actividades del proceso revisados no están medidos conforme a las variables establecidas en el aplicativo y/o las normas que los rigen.

El mapa de riesgos en la Valoración Residual, tiene definidos veintiséis (26) riesgos, en el 19% no se registra información, en el 4% se cumplió el control, el 27% cumple parcialmente con los controles, el 4% se materializó, el 42% no se auditaron y el 4% no aplica.

Información Adicional

El mapa de riesgos debería contemplar un riesgo relacionado con la actualización de la documentación: resoluciones, políticas, caracterización, instructivos, mapas de riesgos, indicadores, entre otras, porque durante la auditoría de la vigencia 2016, 2017 y 2018 es recurrente encontrar que algunos documentos requieren actualización.

Para la realización del inventario de Calibración y mantenimiento de los dispositivos de seguimiento y medición se sugiere enviar formato en Excel para que la información de los equipos este unificada.

Se debería realizar una reinducción entre los funcionarios del proceso y el líder del proceso, en los procedimientos, indicadores, evaluación del sistema de control interno rendido a través del aplicativo FURAG y demás actividades desarrolladas internamente para contribuir en el logro del objetivo del proceso y de la Corporación.

Lista de distribución del informe

Marco Antonio Suarez Gutiérrez (E) – 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.

