



UNGRD

Unidad Nacional para la Gestión
del Riesgo de Desastres

Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres

Informe Auditoria Interna

Sistema integrado de gestión ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018

22/08/2023

OFICINA DE CONTROL INTERNO

FR-1400-OCI-31 VERSIÓN 06



GOBIERNO DE COLOMBIA

Tabla de contenido

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	OBJETIVOS.....	5
2.1	OBJETIVO 1	5
2.2	OBJETIVO 2	5
3.	ALCANCE.....	5
4.	METODOLOGÍA	5
5.	MARCO LEGAL.....	6
6.	VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES.....	6
7.	DESARROLLO DEL INFORME.....	6
7.1	FORTALEZAS:	6
7.2	HALLAZGOS DE NO CONFORMIDAD:	7
7.2.1	No Conformidad No. 1:	7
7.2.2	No Conformidad No. 2:	8
7.2.3	No Conformidad No. 3:	8
7.2.4	No Conformidad No. 4:	9
7.2.5	No Conformidad No. 5:	9
7.2.6	No Conformidad No. 6:	10
7.2.7	No Conformidad No. 7:	10
7.2.8	No Conformidad No. 8:	10
7.2.9	No Conformidad No. 9:	11
7.2.10	No Conformidad No. 10:	12
7.2.11	No Conformidad No. 11:	14
7.2.12	No Conformidad No. 12:	14
7.2.13	No Conformidad No. 13:	14



7.2.14	No Conformidad No. 14:	15
7.2.15	No Conformidad No. 15:	16
7.2.16	No Conformidad No. 16:	17
8.	<u>CONTROLES ESTABLECIDOS</u>	17
9.	<u>RIESGOS IDENTIFICADOS</u>	17
10.	<u>CONCLUSIONES</u>	17
11.	<u>OBSERVACIONES</u>	18
12.	<u>PAPELES DE TRABAJO</u>	21
13.	<u>PLAN DE MEJORAMIENTO</u>	21
14.	<u>SALVAGUARDAS</u>	21



1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con las normas internacionales de calidad en las que la entidad se encuentra certificada, la organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad:

a) es conforme con:

- 1) los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión de la calidad;
- 2) los requisitos de esta Norma Internacional;

b) se implementa y mantiene eficazmente.

En ese sentido la organización debe:

a) planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas;

b) definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;

c) seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;

d) Asegurarse que los resultados de la auditoría se informen a la dirección pertinente;

e) realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada;

f) Conservar la información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de la auditoría

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en dichas normas y encontrar oportunidades de mejora en cada uno de los procesos identificados por la Entidad, se llevó a cabo la auditoría interna al sistema integrado de planeación de la entidad para la vigencia 2022-2023. Los resultados de esta actividad se encuentran en el contenido de este informe que a continuación presentamos a ustedes.



2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO 1

Evaluar la eficacia del Sistema Integrado de Planeación y Gestión con base a los requisitos de las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018.

2.2 OBJETIVO 2

Verificar el mantenimiento y mejora continua del Sistema Integrado de Planeación y Gestión con base a la gestión del último año, a los programas y controles establecidos por la entidad y en cumplimiento a los estándares ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018.

Validar el cumplimiento de los requisitos legales y otros aplicables al alcance del Sistema Integrado de Planeación y Gestión - SIPLAG de la entidad.

3. ALCANCE

Aplica a todos los procesos del Sistema Integrado de Planeación y Gestión:

Procesos Estratégicos: Gestión Gerencial, Planeación Estratégica, Sistema Integrado de Planeación y Gestión; Gestión Jurídica, Gestión de Tecnología de la Información, Gestión Comunicaciones, servicio al ciudadano;

Procesos Misionales: Gestión de Conocimiento del Riesgo, Gestión de Reducción del Riesgo, Gestión de Manejo de Desastres;

Procesos de Apoyo: Gestión Financiera, Gestión para Cooperación Internacional, Gestión Contratación, Gestión de Control Disciplinario, Gestión de Talento Humano, Gestión Administrativa, Centro Logístico Nacional;

Procesos de evaluación: Evaluación y seguimiento;

Así como a todos los niveles de la Entidad.

4. METODOLOGÍA

Entrevistas, verificación documental, recorrido en las instalaciones y CNL, observación, recolección de evidencias objetivas, otros.



5. MARCO LEGAL

Documentos del Sistema Integrado de Planeación y Gestión: ISO 9001:2015 – ISO 14001:2015 – ISO 45001:2018 – ISO 19011:2018.

Las obligaciones contraídas por requisitos legales se encuentran definidas como aplicables para cada uno de los procesos de la Entidad, descritos y analizados en el Normograma aprobado para el Sistema Integrado de Planeación y Gestión.

Requisitos Legales - Requisitos Contractuales, Documentos necesarios aprobados por la Entidad.

6. VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Para el desarrollo del presente informe se toman como insumos base para la realización de la auditoría los resultados obtenidos en la última auditoría del Sistema Integrado de Planeación y Gestión de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - UNGRD

7. DESARROLLO DEL INFORME

Como resultado de la presente auditoría integral, se obtuvieron los siguientes resultados:

7.1 FORTALEZAS:

1. Los resultados del proceso de SIPLAG evidencian planificación y acompañamiento proactivo a los líderes de proceso, estos elementos fortalecen las operaciones y ayudan a garantizar la eficacia de los controles en la Entidad.
2. La Dirección de la entidad se encuentra comprometida en el avance y logro de los resultados previstos del Sistema Integrado de Planeación y Gestión, hecho que fortalece y permite el logro de las actividades programadas, así como el aumento en la toma de conciencia.
3. La orientación al aumento de la satisfacción del Cliente en el proceso Gestión de Conocimiento del Riesgo proporcionan un ambiente confiable para el buen logro del direccionamiento estratégico de la entidad.
4. Los controles establecidos en el proceso de Gestión Administrativa aseguran mantener niveles de inventarios adecuados con proveedores confiables en la operación.
5. En el proceso de Gestión de Conocimiento del Riesgo al mantener trazabilidad en los diseños generados permite mitigar riesgos en la obtención de productos finales, de acuerdo con los requisitos establecidos.



6. Las actividades generadas en mantenimiento (proceso de apoyo administrativo), asociadas al control de riesgos, ayudan a desarrollar actividades en operación confiables y controladas.
7. El soporte brindado por Gestión de Tecnología de la Información permite desarrollar actividades confiables en operaciones, gestión del riesgo y protección de activos.
8. Se evidencia una buena metodología para la evaluación de riesgos de la entidad, se evidencia seguimiento por parte del líder del proceso y de control interno dejando soporte de: Evidencias, diseño de controles, efectividad de los controles, materialización del riesgo, recomendaciones, plan de tratamiento.
9. Se evidencian comunicados de inclusión de colaboradores a cada sistema de vigilancia, lo cual permite tener mayor claridad para la intervención y a su vez conocimiento directo por parte de los funcionarios de su estado de salud.
10. Se evidencia la asignación del rol de líderes SIPLAG y Ecosiplag, lo cual permite contar con una persona líder por dependencia con información directa del Sistema Integrado de Planeación y Gestión y, a su vez, que esta información baje a los diferentes niveles de la UNGRD.
11. Compromiso por parte del equipo de planeación para garantizar el mejoramiento continuo del Sistema Integrado de Planeación y Gestión.

7.2 HALLAZGOS DE NO CONFORMIDAD:

7.2.1 No Conformidad No. 1:

La Entidad no planifica las acciones para abordar sus riesgos y oportunidades, la manera de integrar e implementar las acciones en los procesos del Sistema Integrado de Planeación y Gestión de calidad (véase 4,4.) y evaluar la eficacia de estas acciones. Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y los servicios.

Proceso Evaluación y seguimiento: Con base a lo evidenciado en el proceso se ha materializado el riesgo 45, en la vigencia 2022 se nombró a un equipo alterno de Control Interno, el equipo alterno nunca cumplió con los procedimientos internos y responsabilidades asignadas en la Oficina de Control interno. El proceso presenta incumplimiento al no contar con el programa anual de auditorías aprobado.



Lo anterior incumpliendo en numeral 6.1.2 Acciones para abordar riesgos y oportunidades de la norma ISO 9001:2015 el cual dice *“La organización debe planificar las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades de tal manera 1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad”* (véase 4.4.).

7.2.2 No Conformidad No. 2:

La entidad no identifica todos los aspectos ambientales en las actividades, productos y servicios que puede controlar y de aquellos en los que puede influir, y sus impactos ambientales asociados, desde una perspectiva de ciclo de vida, lo anterior se evidenció en:

SIPLAG: Se evidencia la Matriz de aspectos e impactos ambientales de la sede A y B Cod. FR-1300-SIPG-01. En esta matriz no se encuentran identificados los aspectos ambientales generados por los mantenimientos, lavados de los vehículos, cambio de llantas y no se evidencian los certificados de disposición de estos.

Lo anterior incumpliendo en numeral 6.1.2 Aspectos ambientales de la norma ISO 14001:2015 que dice *“Dentro del alcance definido del sistema de gestión ambiental, la organización debe determinar los aspectos ambientales de sus actividades, productos y servicios que puede controlar y de aquellos en los que puede influir, y sus impactos ambientales asociados, desde una perspectiva de ciclo de vida.”*

7.2.3 No Conformidad No. 3:

No se evidencia la aprobación de los cambios cuando la organización determine la necesidad de estos en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada (véase 4.4), lo anterior se evidenció en:

Proceso de Planeación Estratégica: no se pudo evidenciar la aprobación al Plan de acción versión III para el año 2023, con los cambios aprobados.

Proceso de Gestión de Manejo de Desastres: las actividades del proceso se desarrollan en forma diferente a las establecidas en sus documentos, los cambios presentados en el proceso no han sido documentados.

Proceso de Gestión de Cooperación Internacional: las actividades del proceso se desarrollan en forma diferente a las establecidas en sus documentos, los cambios presentados en el proceso no han sido documentados.



Lo anterior incumpliendo en numeral 6.3 Planificación de los cambios de la norma ISO 9001:2015 que dice *“Cuando la organización determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada”* (véase 4.4).

7.2.4 No Conformidad No. 4:

La entidad no garantiza un ambiente adecuado para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios, un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos, evidenciado en:

Proceso de Gestión de Reducción del Riesgo: se evidencian espacios reducidos para la operación del proceso, alta temperatura y calor para lograr la conformidad de los servicios prestados en el proceso.

Proceso de Gestión de Cooperación Internacional: se evidencian espacios reducidos para la operación del proceso, alta temperatura y calor para lograr la conformidad de los servicios prestados en el proceso.

Proceso Gestión Administrativa: durante el recorrido se evidencian puestos de trabajo improvisados como el del auxiliar de correspondencia del piso 2 en un espacio reducido e inseguro para el desarrollo del trabajo. Así mismo, en la biblioteca de la entidad e islas en el área de control interno que no garantizan un adecuado espacio para la prestación de servicios.

Lo anterior incumpliendo en numeral 7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos literal c) de la norma ISO 9001:2015 el cual dice *“La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios, un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos”*.

7.2.5 No Conformidad No. 5:

No se garantiza la suficiencia de los recursos y las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos, evidenciado en:

Servicio al cliente: No se evidencia suficiencia en los recursos humanos para dar respuesta y cumplimiento al proceso con base a las PQRs recibidas en la UNGRD.

Lo anterior incumpliendo el numeral 7.1.2 Personas de la norma ISO 9001:2015 la cual dice *“La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos”*.



7.2.6 No Conformidad No. 6:

No se garantizan los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos, evidenciado en:

Proceso de Gestión Administrativa: en el informe de Mantenimiento entregado por Electroled por los mantenimientos desarrollados a las UPS no se anexan los certificados de calibración de las Pinzas voltiamperimétricas usadas por el Proveedor.

Lo anterior incumpliendo el numeral 7.1.5.1 de la norma ISO 9001:2015 el cual dice *“Se debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos. La Entidad debe asegurarse de que los recursos proporcionados son apropiados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas y se mantienen para asegurarse de la idoneidad continua para su propósito. La Entidad debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son idóneos para su propósito”*.

7.2.7 No Conformidad No. 7:

La entidad no garantiza que los equipos de medición se calibren o verifiquen en un intervalo determinado, evidenciado en:

CNL - Proceso de Gestión Administrativa: Durante el recorrido en el CNL se evidencian dos básculas para el control de peso de las ayudas humanitarias, las cuales a la fecha no cuenta con certificado de calibración y/o verificación.

Lo anterior incumplimiento el numeral 7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones de la norma ISO 9001:2015 el cual dice *“Cuando la trazabilidad de las mediciones es un requisito, o es considerada por la organización como parte esencial para proporcionar confianza en la validez de los resultados de la medición, el equipo de medición debe: a) calibrarse o verificarse, o ambas, a intervalos especificados, o antes de su utilización, contra patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones, debe conservarse como información documentada la base utilizada para la calibración o la verificación; b) identificarse para determinar su estado”*.

7.2.8 No Conformidad No. 8:

La entidad no garantiza que se evalué la eficacia de la formación, a su vez no se garantiza una cobertura adecuada en la trasmisión de los conocimientos, evidenciado en:



Gestión de Talento Humano:

- No se evidencia evaluación de la eficacia de las capacitaciones realizadas durante el 2023. No se evidencia una cobertura representativa de los funcionarios de la entidad lo cual es contradictorio, con base a los registros evidenciados, frente a lo reportado en la cobertura de formación del 61%:
 - (Ataques de ciberseguridad - Junio/23 asistieron 16 asistentes, registro de asistencia 7 contratistas y 1 planta.)
 - (Primera respuesta de incidentes con residuos peligrosos - Junio/23 - asistencia 10 personas),
 - (Herramientas para el manejo de las emociones: 22 asistentes),
 - (Identificación de peligros y salidas a terreno: 23 asistentes).
- No se evidencia registro de la inducción al cargo y/o entrenamiento al puesto de trabajo de:
 - Ana María Castaño Álvarez Cargo: secretaria general - Dependencia: secretaria general,
 - Javier Edgardo Soto Argel Cargo: Profesional especializado Subdirección de Desastres, Dependencia: Grupo de tecnologías de la información,
 - Jhoanna Pino: Cargo: secretario ejecutivo, Dependencia: Oficina de control interno.

Se creó el formato Cod. FR-1601-GTH-172 V1 el cual está pendiente de aplicar;

- No se evidencia la verificación de los conocimientos básicos o esenciales y comportamentales en el proceso de vinculación, con base a lo establecido en el Manual de funciones;
- No se evidencia re-inducción vigente de Javier Edgardo Soto Argel Cargo: Profesional especializado- Subdirección de desastres la última que recibió fue en el 2016, Dependencia: Grupo de tecnologías de la información, y Jhoanna Pino: Cargo: Secretario Ejecutivo, Dependencia: Oficina de control interno la última que recibió fue en el 2019, la frecuencia establecida en la entidad es cada 2 años;
- No se garantiza que el Montacarguista Jhon del CNL cuente con el certificado de manejo defensivo vigente, al igual que un suplente en caso de su ausencia.

Lo anterior incumple el numeral 7.2 Competencia de las normas ISO 9001:2015, ISO 45001:2018 e ISO 14001:2015 el cual dice, *“La organización debe (...) literal c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas, y literal d) conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia.*

7.2.9 No Conformidad No. 9:

No se garantiza que la información documentada asociada a la gestión del Sistema integrado de Planeación y Gestión, almacenada en otros medios como el correo electrónico, se controlen y protejan, evidenciado en:



Proceso de Gestión de Manejo de Desastres: no se evidenció que en el proceso cumplan con las directrices establecidas en Procedimiento de Control de Documentos PR-1300-SIPG-07_9 V.9 23/02/22, procedimiento de Control de Registros PR-1300-SIPG-06_7 V.7 01/07/22, Guía de parametrización de Documentos G-1300-SIPG-01 V.5 27/09/21, toda vez que la Información Documentada la almacenan en Correo electrónico y no el Sharepoint destinado para el almacenamiento y protección. Registros como el Plan de Acción Especifico - PAE presenta diversas presentaciones fuera de control documental.

Lo anterior incumple el numeral 7.5.3.1 Información documentada de la norma ISO 9001:2015, el cual dice, *“La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad)”*.

7.2.10 No Conformidad No. 10:

La entidad no garantiza que los controles planificados se apliquen y se mantengan en los procesos de acuerdo con los requisitos ambientales y de Seguridad y Salud en el Trabajo, lo anterior se evidenció mediante recorrido en las instalaciones y entrevistas en:

Gestión de Talento Humano:

No se evidencia seguimiento a las recomendaciones médicas de la funcionaria Jhoanna Pino con relación a su estado de salud y ultimo concepto medico realizado el 27/12/22;

No se evidencia seguimiento a los casos identificados en los Programas de Vigilancia Epidemiológica musculo-esquelético, visual, cardiovascular y psicosocial,

No se evidencia gestión con relación al Programa de Vigilancia Epidemiológica Psicosocial;

No se cuenta con la suficiencia de los recursos interno o externo para la implementación, mejora y seguimiento del Programa de Vigilancia Epidemiológica Psicosocial;

El brigadista Kevin Polo no cuenta con kit de primeros auxilios, se evidencian algunos extintores sin señalización, no se evidencia termómetro en la nevera de la sala materna y el lavamanos no es de accionamiento sin contacto.

Gestión Administrativa:

No se evidencia registro de mantenimiento y hoja de vida de 2 brilladoras usadas por el proveedor Kios- Consorcio para la limpieza de la sede A y B.



Se evidencia en el piso 2 un cuarto de manejo de archivo de Gestión con 2 personas en este espacio, el cual es bastante limitado e inseguro para el desarrollo de la labor. En caso de presentarse un accidente de trabajo o una emergencia no se tendría una visual o comunicación directa con ellos, poniendo en riesgo su seguridad, se evidencian puestos de trabajo improvisados en la biblioteca de la entidad, pasillo de control interno, se evidencia baldosa en el ingreso del piso 5° suelta.

SIPLAG: Durante recorrido en la sede A y B se evidencia segregación inadecuada de los residuos, se cuenta con muebles junto a las impresoras para la clasificación del papel limpio, usado por una cara y por ambas el cual no es usado en todos los puntos de acuerdo a la directriz de SIPLAG; se evidencia PC directamente sobre el suelo, algunos escritorios con exceso de elementos fuera de los requeridos para el trabajo como pacas de botellas de agua, plantas, porta lapiceros, fotos, otros; en el cuarto de los insumos de aseo no se cuenta con una tabla de preparación de los desinfectantes. Lo miden con las tapas de los mismos envases, se evidencian canecas blancas y negras en diferentes espacios de la Sede A y B en las cuales no clasifican de forma adecuada los residuos.

Tecnología: Durante recorrido se evidencia CPUs directamente sobre el suelo. En caso de un derrame o inundación esto presenta riesgo para la información; en el área de sistemas se evidencian partes de equipos “CPUs, teclados, monitores” para revisión, asignación y/o mantenimiento directamente sobre el suelo. No se puede evidenciar de forma clara el origen con cada uno de estos; se evidencia acumulación de tóner de baja en el mismo espacio, almacenados allí por el proveedor Copy; cuarto de control y oficina de tecnología con Varsol, limpiavidrios reenvasados, sin hojas de seguridad.

CNL: Durante recorrido en la sede se evidencian cajas de ayuda humanitaria, antenas y elementos ubicados directamente sobre el suelo. No se evidencian registros de control de plagas, ni puntos de monitoreo para plagas. Se evidencia kit de derrames sin señalización ni soporte; se evidencia elementos para dar de baja en el mismo espacio de elementos almacenados para distribución sin una identificación y/o separación clara, se evidencia un recipiente con aceite usado junto a la planta. Se evidencian reatas S/N RT00330 para aseguramiento de izaje de cargas por toneladas, las cuales no cuentan con su inspección certificada ni identificación interna.

Lo anterior incumpliendo el numeral 8.1. Control Operacional de las normas ISO 45001:2018 e ISO 14001:2015, la cual dice *“La organización debe establecer, implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del sistema de gestión ambiental”* Ídem SGSST:



7.2.11 No Conformidad No. 11:

En la Entidad no se garantiza que controles establecidos para los contratistas, se verifiquen de acuerdo con los riesgos para Seguridad y Salud en el trabajo, y que surjan de las actividades y operaciones de los contratistas que impactan en la organización, evidenciado en:

Proceso de Gestión Administrativa: Se verifica la solicitud de planilla de pago de aportes parafiscales de los trabajadores que ingresaran el fin de semana, estos documentos no se encuentran disponibles, ni fueron encontrados por el proceso.

Lo anterior incumple el numeral 8.1.4.2 Contratistas de la norma ISO 45001:2018, la cual dice *“La organización debe coordinar sus procesos de compras con sus contratistas, para identificar los peligros y para evaluar y controlar los riesgos para la SST, que surjan de las actividades y operaciones de los contratistas que impactan en la organización”*.

7.2.12 No Conformidad No. 12:

No se garantiza que se comuniquen a los proveedores externos sus requisitos para el control y el seguimiento del desempeño a aplicar por parte de la organización, evidenciado en:

Proceso de Gestión Administrativa: en el seguimiento del contrato de Vigilancia no se encuentran responsabilidades estrictas, se pudo evidenciar escaso control en los activos que ingresan y salen de la Entidad.

Lo anterior incumpliendo el numeral 8.4.3 información para los proveedores externos literal e) de la norma ISO 9001:2015, el cual dice *“La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo. La organización debe comunicar a los proveedores externos sus requisitos para: a) los procesos, productos y servicios a proporcionar; e) el control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar por parte de la organización”*.

7.2.13 No Conformidad No. 13:

No se garantiza la disponibilidad de los recursos por medio de los inventarios, evidenciado en:

CNL:

No se evidencia la realización del inventario trimestral con base a lo establecido en el procedimiento de inventarios;

No se evidencia actualización de las entradas y salidas en el inventario;



No se evidencia registro de inspección de conformidad de las entradas y salidas de los elementos almacenados en el CNL con base a lo verificado en la entrada del 21/02/23 carro tanque de placas QJX 254 línea WordStar 7600 marca internacional.

Lo anterior incumpliendo el numeral 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio de la norma ISO 9001:2015 la cual dice *“La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. Literal f) la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de los procesos de producción y de prestación del servicio, cuando las salidas resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores”*.

7.2.14 No Conformidad No. 14:

La entidad no garantiza los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados del Sistema Integrado de Planeación y Gestión, evidenciado en:

SIPLAG - Ambiental: Se evidencia en el indicador de reciclaje una meta del 35%, con base al reporte de control de residuos, y en la ficha del indicador establecen el 40%. Los datos no son acordes, para el segundo semestre no se evidencia cumplimiento de la meta ya que se logró el 38%, el plan de acción es capacitación al personal.

El indicador de residuos generados con una meta superior al 3%, se evidencia incongruencia en los resultados de la matriz de registro de residuos y matriz de indicador así 1er trimestre. 7.5% vs 26.37% y el 2do trimestre 1.2% vs 17.16%.

SIPLAG: Se evidencia matriz de medición y seguimiento indicadores estratégicos SIPLAG Cod. FR-1300-SIPG-31 V1, dentro del cual evalúan el indicador de Compromiso con los servicios que se prestan como entidad, prontitud en la atención del servicio con una Meta 90% la cual se mide bajo los datos reportados por los procesos misionales, con un resultado del 1er semestre 76%, incumpliendo el indicador “de satisfacción” por parte del **proceso de gestión de conocimiento** y el indicador de “familias atendidas” por parte del **proceso de gestión de manejo de desastres**. No se establece un plan de acción en el caso en el que no hay cumplimiento.

Servicio al cliente: No se evidencia que se haya establecido el plan de acción con relación al incumplimiento del indicador de PQR Resueltas Meta 70% creciente, resultado 56%.

Gestión de talento Humano: Se evidencia medición del indicador de “Efectividad en la formación” Meta 75%, resultado del último bimestre 61%, no se cumple y no se evidencia plan de acción;



Se verificó el indicador de “Cobertura de capacitaciones”: con una meta de 60%, resultados 1er semestre 61%, el cual no es acorde con lo evidenciado en registros ya que los registros se evidencia participación entre 8 a 21 funcionarios y contratistas, lo cual no abarca la población esperada.

Lo anterior incumple el numeral 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación de las normas ISO 14001:2015, ISO 45001:2018 donde indica que *“la organización debe determinar los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos”*.

7.2.15 No Conformidad No. 15:

La entidad no garantiza el cumplimiento de algunos requisitos legales y de otra índole, con base a lo evidenciado en:

SIPLAG: No se evidencia identificado el Decreto 1630 de 2021 *“Por el cual se adiciona el Decreto 1076 de 2015, Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la gestión integral de las sustancias químicas de uso industrial, incluida su gestión del riesgo, y se toman otras determinaciones”*; y no se evidencia el diligenciamiento de la lista de chequeo de transporte de mercancías peligrosas con base a los residuos entregados a la Secretaria Distrital de Ambiente el 21/06/23, a su vez no se evidencia certificado de disposición de dotaciones entregadas a Descot en mayo de 2022.

Gestión de Talento Humano:

No se evidencia

- Conformación vigente del Comité de convivencia laboral con base a la Resolución 652 de 2012,
- Conformación vigente del comité de SG-SST con base a la Resolución 2013 de 1986,
- Reporte ante la EPS del Accidente de Trabajo del 14/02/23 del señor Nelson Hernández con base a la Resolución 1401 de 2007;
- Aplicación de la batería de riesgo psicosocial desde el 2018 con base a la Resolución 2404 de 2019.
- La identificación y evaluación de la Ley 2222 de 2022 Bici segura y Decreto 768 de 2022 Tabla de clasificación CIIU.

Gestión de contratación: Dentro del paquete precontractual de la contratista Vanesa Suarez realizado el 06/03/20 se evidencia parte de la Historia Clínica Ocupacional como (optometría, laboratorios, historia clínica) lo anterior incumpliendo la Resolución 2346 de 2007, en lo relacionado con la confidencialidad de la historia laboral.



Lo anterior incumpliendo el numeral 9.1.2 Evaluación del cumplimiento de las normas ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018 el cual indica que *“La organización debe establecer, implementar y mantener los procesos necesarios para evaluar el cumplimiento de sus requisitos legales y otros requisitos, literal b) evaluar el cumplimiento y emprender las acciones que fueran necesarias”*.

7.2.16 No Conformidad No. 16:

No se garantiza la planeación e implementación del programa de auditorías, lo anterior se evidenció en:

Proceso Evaluación y seguimiento: no se ha evidenciado la aprobación del Programa Anual de Auditoría para la vigencia 2023 por el Comité Institucional de Control Interno, de acuerdo con la normatividad institucional vigente para las oficinas de control interno.

Lo anterior incumpliendo el numeral 9.2.2 Auditorías Internas de las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018 en el cual dice *“Se debe planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas”*.

8. CONTROLES ESTABLECIDOS

La verificación de controles y su eficacia se evidenciaron mediante las actividades desarrolladas en el proceso de auditoría, los cuales se encuentran definidos en los planes, procedimientos, programas y documentos soporte del Sistema Integrado de Planeación y Gestión. En el contenido del presente informe se presentan algunas observaciones relacionadas con la eficacia de estos controles.

9. RIESGOS IDENTIFICADOS

- Pérdida de la continuidad del conocimiento por los cambios organizacionales que se han dado en el último año, con los líderes de algunos procesos.
- No disponibilidad de la información y/o acceso a las evidencias requeridas para evaluar la implementación adecuada del Sistema integrado de Gestión.

10. CONCLUSIONES

- Con base al ejercicio de auditoría interna se generan diez y seis (16) No Conformidades y veinticuatro (24) Observaciones.
- A pesar de los cambios representativos en cuanto a la alta dirección en la UNGRD en el último año, se evidencia el compromiso por parte del equipo de Planeación, control



interno, líderes y líderes SIPLAG en la mejora continua del sistema integrado de planeación y gestión con base a los requisitos de las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018.

- Se verificó el mantenimiento y mejora continua del sistema integrado de planeación y gestión con base a la gestión del último año, evidenciando algunas oportunidades en los controles operacionales, materialización de los riesgos con base a los programas y controles establecidos por la entidad y dando cumplimiento a los estándares ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018.
- Se evidencia cumplimiento en la mayoría de los requisitos legales y otros aplicables que fueron evaluados durante al alcance de la presente auditoría. Se reportan otros que a la fecha se encuentran en cumplimiento parcial o incumplimiento para dar continuidad al sistema integrado de planeación y gestión - SIPLAG de la entidad.

11. OBSERVACIONES

Proceso planeación estratégica:

1. Validar la meta del cumplimiento del plan de acción con relación a la meta del indicador del 85%, realizar seguimiento en los siguientes informes.

Control Interno disciplinario:

2. En la información digital del proceso de control interno disciplinario conservada en el servidor \\PROCESOSES, asignar un consecutivo o numeración para dar orden a los archivos, al igual que la lista de chequeo, digitalizando los documentos de forma individual.

SIPLAG:

3. Incluir en el objetivo ambiental los impactos a la comunidad.
4. No se evidencian acciones de mejora documentadas en el 1er semestre para los Sistemas de Seguridad de la Información y Gestión Ambiental, con base a lo establecido en el indicador de cultura de mejoramiento continuo.
5. Con relación al cumplimiento y aplicabilidad de la gestión del cambio de la entidad, se evidenció el siguiente cambio, sin gestión de cierre *"Nuevo equipo directivo que tiene la misión de transformar la entidad con los nuevos propósitos del gobierno, desarticulación interna que repercute en las deficiencias institucionales que hace la entidad reduce su productividad interna y repercute hacia afuera"*, el cual no se encuentra evaluado en su totalidad faltando información como; recursos requeridos, indicadores de la gestión del



cambio, análisis global del cambio, valoración de riesgos: no se contemplan riesgos y oportunidades de la gestión TIC y ambientales, no se evalúa la eficacia de la acción.

6. La guía parametrización de documentos Cod. G-1300-SIPG-01 V5 del 27/09/21, no establece el control de los códigos en cuanto a los registros, con base a la práctica de Neo-gestión.
7. No se evidencia certificado de disposición de 69 kg de Respel entregados a la Secretaría Distrital de Ambiente en la campaña de julio de 2023, los certificados de disposición de los proveedores Tracol y Dame tu mano, no discriminan cuantos residuos son específicos de la UNGRD.

Comunicaciones:

8. Validar el mecanismo de control para garantizar la confidencialidad o sensibilidad de la información de reserva de la entidad. Actualizar el organigrama de la entidad y oficina asesora de comunicaciones el cual se encuentra desactualizado a 2022 en el manual de comunicaciones, no se establece el qué, cómo, cuándo, quién y cada cuanto se presentan las comunicaciones externas.
9. Involucrar en la encuesta de comunicaciones la percepción del SIPLAG, y garantizar la aplicación de la encuesta en la periodicidad establecida, de acuerdo con el plan de comunicaciones.
10. Validar el número de comunicaciones por proceso para no colapsar el canal de comunicación, como es el caso del correo, establecer la criticidad de la información.
11. No se ha realizado comité de comunicaciones en el último semestre.
12. Se evidencia acceso a la contratista Erica Bedoya – secretaria, a la plataforma de a YouTube. Seguridad e la información

Servicio al cliente:

13. No se evidencia protocolo de contratación para atención en la respuesta de primer nivel.
14. Se evidencia consulta del ciudadano German Reyes del 05/12/23, "Quiero participar en el programa ya que no encuentro el link", tiempo de respuesta a la solicitud 15 días es decir para el 27/12/23, respuesta tiempo real el 13/01/23: El periodo de inscripción al programa venció el 12/12/23, por ende, ya no puede hacer parte del programa.



15. Documentar la gestión de cambio o mejora de la evaluación para implementar la respuesta automática con WhatsApp, o con robot.
16. Dejar evidencia de la socialización de los protocolos de atención de respuesta de 1er nivel al equipo de trabajo de servicio al cliente y contratistas del Call center.

Gestión de Talento Humano:

17. Garantizar que se trasmitan los conocimientos cuando se presente un cambio de funcionario y/o contratista, por ejemplo: secretaria general, líder de comunicaciones.
18. Garantizar que la licencia de los médicos que realizan los exámenes ocupacionales este vigente, se evidencia examen médico del señor Javier Edgardo Soto Argel realizado por la IPS Evalúa Salud del 27/12/22 con firma Doctor Rolando Melo Especialista en SST N° de licencia 13273:2011 la cual a la fecha se encontraba vencida, para el proceso de auditoria se presentó la licencia vigente del Doctor N° 15081 del 17/12/21.
19. Verificar la hoja de vida del Brigadista Cod. FR-1601-GTH-57 V3, del señor Jesús Duran, en el cual reporta sufrir de varias patologías y a pesar de esto hace parte de la brigada, y el diligenciamiento de la hoja de vida de la brigadista Paulina Hernández y demás brigadistas activos.

Gestión contractual:

20. Se evidencia información borrosa en los documentos precontractuales de la contratista Ingrid Suarez como son el nombre de la entidad universitaria y la tarjeta profesional.
21. Validar la injerencia de la vigencia y códigos aplicables del RUT según la actividad económica y servicio a prestar por los contratistas.

CNL:

22. Se recomienda el uso de semáforo para etiquetar los insumos de acuerdo con su estado "Conforme: verde, para inspección: amarillo, baja: rojo".
23. Garantizar el reporte y cierre de las novedades reportadas en el pre-operacional de montacargas.
24. Validar la disponibilidad de las MSDS (Hojas de datos de seguridad de materiales) de todos los insumos o químicos almacenados o usados en el CNL, como el de la Espuma retardante WD881



12. PAPELES DE TRABAJO

Plan de Auditoría FR-1400-OCI-07_2 V2

Lista de Chequeo FR-1400-OCI-29_1 V1

Informe de Auditoría Interna FR-1400-OCI-31_6 V6

13. PLAN DE MEJORAMIENTO

Agradecemos la atención prestada y esperamos contar con su disposición para la socialización de este informe a los líderes de los procesos que fueron objeto de esta auditoría, evaluación o seguimiento para que dentro de sus facultades analicen las observaciones presentadas y las causas identificadas, estudien la viabilidad de adoptar las recomendaciones propuestas por la Oficina de Control Interno y presenten el correspondiente Plan de Mejoramiento con el fin de corregir las situaciones presentadas en este informe y prevenir posibles desviaciones y materialización de riesgos, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción del informe.

Dicho plan de mejoramiento debe ser informado por el Líder del proceso al jefe de la Oficina de Control Interno para programar su verificación en el mes siguiente de su reporte. Así mismo, que estas acciones de mejora sean incluidas en el SIPLAG.

14. SALVAGUARDAS

Cabe resaltar que, debido a las limitaciones de cualquier estructura de control interno, pueden ocurrir errores o irregularidades que no hayan sido detectadas bajo la ejecución de nuestros procedimientos de auditoría, evaluación o seguimiento, previamente planeados.

La Unidad y las áreas que la componen, son responsables de establecer y mantener un adecuado sistema de control interno y de prevenir posibles irregularidades de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión para las tres líneas de defensa, así como el continuar trabajando en el mejoramiento continuo y puntos de dolor, de acuerdo con lo evidenciado internamente en cada proceso

Asimismo, es responsabilidad del área la información suministrada, por cualquier medio, para la realización de esta actividad de manera oportuna, completa, íntegra y actualizada y la de informar en su momento las posibles situaciones relevantes y/o errores que pudieran haber afectado el resultado final de la actividad.

Cordialmente,
ORIGINAL FIRMADO

Javier Herrera
Ingeniero Industrial
Auditor Líder ISO 9001:2015, ISO
45001:2018, ISO 14001:2015, ISO 27001

Alejandra Moreno Pico
Ingeniera Industrial
Auditor Líder ISO 9001:2015, ISO 45001:2018, ISO
14001:2015
Auditor Interno ISO 27001



Definitivo



GOBIERNO DE COLOMBIA