**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Informe de Diagnóstico realizado a la UNGRD en preparación de la certificación

en las normas ISO 9001:2008, NTC GP1000, ISO 14001:2004 Y OHSAS 18001:2007

**AGOSTO 2015**

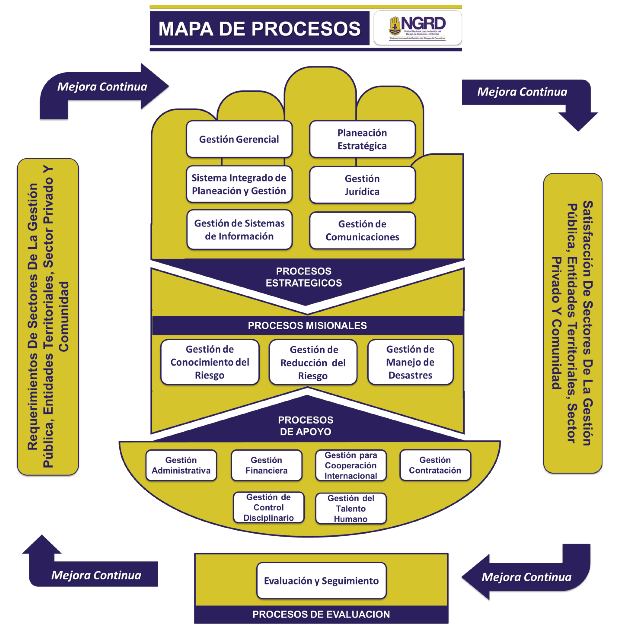
**Bogotá D.C., Septiembre de 2015**

INFORME DIAGNOSTICO

DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y PLANEACION SIPLAG, bajo el enfoque de las normas NTC-GP 1000:2009, ISO 9001: 2008, ISO 14001:2004 Y OHSAS 18001:2007

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. ALCANCE
4. INSUMOS BÁSICOS Y PLANIFICACIÓN
5. HALLAZGOS
   1. Adecuación del manual
   2. Validación del alcance y las exclusiones
   3. Nivel de integración
   4. Cumzñññ﷽﷽﷽﷽﷽﷽ntegracionlusiomes INTEGRADO DE GESTI INTEGRAL ISO 9001: 2008, ISO 14001:2004 Y OHSAS 18001:2007plimiento de compromisos de Política y objetivos
   5. Descripción de la conformidad y la capacidad del sistema
   6. Fortalezas del Sistema
   7. No conformidades
   8. Observaciones
   9. Oportunidades de mejora
6. CONCLUSIONES
7. RECOMENDACIONES

Bogotá D.C, Agosto 31 de 2015



I. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento del rol evaluador y de seguimiento establecido mediante el Decreto 1083 de 2015, determinado también como independiente; se realizó un diagnóstico a la UNGRD, en todos los procesos constitutivos durante el mes de agosto al sistema integrado de Gestión y Planeación NTC-GP 1000:2009, ISO 9001:2008, ISO 14001:2004 Y OHSAS 18001:2007, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos y en pro del aseguramiento para la Diagnóstico de certificación.

Los Objetivos de este diagnóstico son :

II. OBJETIVOS

1. Confirmar que el Sistema de Gestión cumple todos los requisitos aplicables de la normas ISO 9001:2008, NTC GP 1000, ISO 14001:2004 Y OHSAS 18001:2007.
2. Confirmar que la Organización ha implementado efectivamente las disposiciones planificadas.
3. Confirmar que el Sistema de Gestión es capaz de cumplir la política y alcanzar los objetivos de la Entidad.

III. ALCANCE

El alcance del Manual Integrado de Planeación y Gestión da cubrimiento a todos los procesos de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres realizados en el ámbito de los procesos: Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y seguimiento.

La evaluación sobre el cumplimiento de los requisitos relacionados con el Sistema Integrado de Planeación y Gestión SIPLAG, se realizó atendiendo lo dispuesto en la siguiente normatividad:

* ISO 19011:2011 Directrices para auditorías Sistemas Integrados de Gestión.
* Normas Internacionales de Auditoría.
* Guía de Auditoría del Departamento Administrativo de la Función Pública
* Norma ISO 9001:2008, Sistema de Gestión de Calidad.
* NTCGP 1000:2009, Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.
* MECI 1000:2014, Modelo Estándar de Control Interno.
* OHSAS 18001:2007, Sistemas de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional.
* Norma ISO 14001:2004 Sistema de Gestión Ambiental.
* Modelo Integrado de Planeación y Gestión Decreto 2482 de 2012.
* Normatividad aplicables a los distintos procesos de la UNGRD de acuerdo a sus funciones.

***ALCANCE DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN***

Diseñar, asesorar, elaborar, asistir y dirigir insumos técnicos para la implementación de la gestión del riesgo de desastres a nivel nacional. Ayuda humanitaria para el Manejo de Desastres y fortalecimiento de las capacidades en la atención de emergencias.

IV. INSUMOS BÁSICOS Y PLANIFICACIÓN

1. Acto Administrativo, revisión de alcance - decreto 4147 de 2011

2. Actividades/locaciones/procesos/funciones de la entidad basados en el plan de diagnóstico que fue presentado y se acordó con el auditado antes del diagnóstico y fueron cubiertos y enumerados en la Sección de Resúmen de Auditoría (Matríz de Diagnóstico) del informe.

***Adecuación del manual***

La entidad ha establecido y mantenido un manual de gestión que incluye:

El alcance del sistema de gestión integral y no se tiene definida ninguna exclusión aplicable. El manual hace referencia a los procedimientos obligatorios del sistema integral.

La representación por la dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los usuarios y los requisitos legales, se evidencia identificación de criterios legales del sector mediante normograma, de medio ambiente y de seguridad industrial en matrices por proceso y por sede. Se asegura el establecimiento de los objetivos del sistema, por medio de indicadores de gestión, a la fecha no se observa acta completa con los componentes exigidos por las normas de revisiones por la dirección.

La entidad asegura la disponibilidad de los recursos por medio de presupuesto.

El manual incluye alcance del sistema de gestión, se observa la interacción de los procesos, por medio de caracterizaciones de proceso.

**Validación del alcance y las exclusiones**

En la realización del diagnostico se ha validado el alcance de certificación de la siguiente manera:

**Diseño:** Se determina aplicación de este requisito en procesos misionales

La entidad dispone de una planificación de procesos de conocimiento de riesgos, reducción y manejo de desastres.

Teniendo en cuenta los requisitos del usuario, existe una metodología adecuada definida para la prestación del servicio, existen registros cumplimentados conforme a lo definido en la metodología de prestación de servicios, existen procesos para validar, se han definido los requisitos para esa validación.

**Suministro:** No se encuentran definidas las pautas para la adquisición de servicios y/o productos de adquisición privada; para la adquisición pública se realiza por medio de los criterios definidos en la Ley 80 y lo relacionado con la excepción establecida en la Ley 1523 de 2012mas en la contratación privada no se ha estandarizado a nivel de la entidad y no se evidencian registros formales de inspección final del servicio recibido.

No se evidencia exclusiones al sistema de gestión.

**Nivel de integración**

En revisión del sistema integrado de gestión se determina un nivel de integración medio, se observan procedimientos independientes para cada sistema, los registros de auditoría no demuestran cómo se están revisando los criterios asociados a cada sistema, no se mantienen notas de cada sistema, bajo el enfoque de los requisitos de las normas internacionales y Norma técnica Colombiana.

**Cumzñññ﷽﷽﷽﷽﷽﷽ntegracionlusiomes INTEGRADO DE GESTI INTEGRAL ISO 9001: 2008, ISO 14001:2004 Y OHSAS 18001:2007plimiento de compromisos de Política y objetivos**

Los objetivos fueron revisados y no se determina que están de acuerdo a las directrices de la política, no se han fijado en funciones y niveles adecuados que ofrezcan mejora continua de la entidad, no todos son medibles y no están asociados a un indicador.

Los objetivos no se encuentran en su totalidad desarrollados en los planes de actividades para su cumplimiento y no se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos.

Los objetivos no evidencian mejora continua respecto a los valores de periodos anteriores, las actividades de los objetivos y el seguimiento de los mismos no se esta realizando según lo planificado.

Se revisa uno a uno los objetivos existentes y se hace aclaraciones del método de aplicación.

1. Disponibilidad de recursos e información, para apoyar la ejecución de los procesos: Planificación y seguimiento no se evidencia en presupuesto. 2013 solicitud de Asesoría externa; (se describe recursos e información que no son medibles de forma similar).  
  
2. Garantizar la prestación del servicio con prontitud, eficiencia, transparencia y calidad a través de acciones permanentes, para seguridad, bienestar, calidad de vida de las personas y desarrollo sostenible:

a. **Transparencia:** Seguimiento a la ley de transparencia, mapas de riesgos de corrupción.   
b. **Calidad:** mapa de riesgos en los procesos cuatrimestral.   
c. **Bienestar y calidad de vida:** indicador TH. %eficacia plan de bienestar social.   
d. **Desarrollo sostenible:** Indicador % reciclables.   
  
  
3. Cumplir requisitos legales, pactados con partes interesados u otra índole asociados.   
Normograma por actualizaciones, última fecha de actualización. Requisitos legales  
indicador: Cantidad de normogramas y matrices actualizadas / total matrices y nomogramas existentes semestral.

4. Prevenir enfermedades e incidentes y daños a la propiedad. laborales,   
a. Enfermedades: No se identifica como se esta midiendo.   
b. Incidentes: índice de lesiones incapacitantes  
c. Daños a la propiedad. No se esta midiendo   
  
5. Prevenir la contaminación e impacto socio ambientales,   
a. Cumplimiento de las actividades del plan ambiental.   
b. indicadores de emergencias ambientales : 0.   
  
6. Desarrollar cultura de mejoramiento continuo al interior con participación de funcionarios y contratistas.   
a. Plan de acción (pendiente por definir responsable).   
  
7. Mantener al personal idóneo, competente y comprometido con la unidad y con el sistema.   
a. cumplimiento Plan institucional,   
b. Competencia y compromiso; (evaluación de desempeño, no realizado para todo el personal de la entidad)  
e. Reporte semanal para CONTRATISTAS (no se evidencia tabulación y análisis) para verificar cumplimiento de indicador.  
  
8. Recibir atender y tramitar PQR, presentadas por los usuarios aplicable a la prestación del servicio la unidad.   
a. indicador PQR, resueltas / presentadas, mensual  
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE. Prestación del servicio, no coherente con la encuesta. Encuesta de atención al Ciudadano no califica los servicios que se prestan en esta oficina.

9. Utilizar recursos ambientales, este objetivo fue planteado en el numeral 4 y 5   
  
10. Evaluación y seguimiento.   
Existe indicador, el cual mide el desempeño de toda la entidad con respecto al nivel de cumplimiento de la meta y se observa que no se ha cumplido la meta con respecto a su planteamiento, no se ha definido plan de acción al respecto, el cual se encuentre bajo responsabilidad de la Gerencia con meta del 95% y se ha incumplido con 32.58% y 31.46%, en los dos semestres medidos

***Descripción de la conformidad y la capacidad del sistema***

Se encuentra definida la frecuencia de realización de las revisiones del sistema por la dirección, a la fecha no se evidencia un acta que determine los requisitos exigidos por las normas verificadas.

Se observa capacidad de los procesos para suministrar servicios con calidad, prevenir la contaminación y garantizar las salud y la seguridad de los funcionarios y partes interesadas.

|  |  |
| --- | --- |
| **PLAN DEL DIAGNOSTICO** | |
| **Jefe OCI:** OLGA ARAGÓN  **Profesional OCI**: NORMA YAMILE USME CORREDOR | **Tipo de Evaluación**: DIAGNOSTICO PREPARACIÓN DIAGNÓSTICO DE CERTIFICACIÓN.  **Fecha Inicio Evaluación: 27-JUL-2015**  **Fecha Fin Auditoría:**  **Diagnóstico a ser realizado según la(s) siguiente(s) norma(s)**   1. **ISO 9001:2008** 2. **ISO 14001:2004** 3. **NTCGP 1000:2009** 4. **OHSAS 18001:2007** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Hora** | **Actividad** | **Proceso** | **Auditor (Iniciales)** | | | | | |
|  | 08:00 | REUNIÓN DE APERTURA |  |  |  |  |  |  |  |
| DÍA 1 | 08:3010:00 | Diagnostico FASE 1  Gestión Gerencial | LORENA CÁRDENAS  Dirección General  BEATRIZ PARRA – Subdirección General, | N | Y | U |  |  |  |
|  | 10:00  12:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Planeación Estratégica | CARMEN CHÁVEZ,– Oficina Asesora de Planeación e Información, | N | Y | U |  |  |  |
|  | 01:30  04:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Sistema integrado de planeación y gestión | YANIZZA LOZANO- SIPLAG  PATRICIA ARENAS | N | Y | U |  |  |  |
|  | 04:00  05:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión jurídica | LUISA OSORIO– Oficina Asesora Jurídica, | N | Y | U |  |  |  |
| DÍA 2 | 08:30  10:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión de Comunicaciones. | YANETH PINILLA / JOHANA ROJAS, Oficina Asesora de Comunicaciones, | N | Y | U |  |  |  |
|  | 10:00  12:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión de Sistemas de Información | CARMEN CHÁVEZ, JAVIER SOTO – Oficina Asesora de Planeación e Información. | N | Y | U |  |  |  |
|  | 01:30  02:30 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión Administrativa | YOLIMA ROJAS, ADRIANA RODRÍGUEZ, MARLON CAMARGO – Grupo Gestión Administrativa, | N | Y | U |  |  |  |
|  | 02:30  05:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión de Conocimiento del riesgo | JOHANNA ORJUELA – Subdirección Conocimiento del Riesgo, | N | Y | U |  |  |  |
| DÍA 3 | 08:30  10:30 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión de Reducción del riesgo | MIGUEL ÁNGEL ANGULO – Subdirección Reducción del Riesgo, | N | Y | U |  |  |  |
|  | 10:30  12:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión Financiera | PATRICIA GALLEGO – Grupo Gestión Financiera | N | Y | U |  |  |  |
|  | 02:00  03:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión de Control Disciplinario | ELEONORA SERNA – Control Disciplinario, | N | Y | U |  |  |  |
|  | 03:00  05:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión de Contratación | JORGE ANDRÉS BOHÓRQUEZ – NATALIA REYES Grupo Gestión Contractual | N | Y | U |  |  |  |
| DÍA 4 | 08:30  10:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión para la Cooperación Internacional | CAMILA CHAPARRO- Cooperación Internacional | N | Y | U |  |  |  |
|  | 10:00  12:30 | DIAGNÓSTICO FASE 2  Gestión de Talento Humano. | LAURA AMADO – Grupo Gestión Talento Humano | N | Y | U |  |  |  |
|  | 01:30  03:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión Ambiental | PATRICIA ARENAS | N | Y | U |  |  |  |
|  | 03:00  05:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Oficina Control Interno. | OLGA ARAGÓN – Jefe Oficina de Control Interno | N | Y | U |  |  |  |
| DÍA 5 | 08:30  11:00 | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión de Manejo de desastres | CARMEN ELENA PABÓN, GABRIEL GARCÍA – Subdirección Manejo de Desastres, | N | Y | U |  |  |  |
|  | 11:00 | INFORME DE DIAGNOSTICO | Consolidar Informe de Diagnostico | N | Y | U |  |  |  |
|  | 04:30 | RETROALIMENTACIÓN | Generación de Planes de acción. | N | Y | U |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DÍA 6 |  | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | GESTIÓN ADMINISTRATIVA  -Bienes muebles, vehículos  - Gestión administrativa, caja menor,  -Gestión documental  - Atención al ciudadano  - Infraestructura tecnológica | N | Y | U |  |  |  |
|  |  | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión Administrativa | BIENES MUEBLES E INMUEBLES  NELSON BOTELLO | N | Y | U |  |  |  |
|  |  | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión Administrativa | GESTIÓN DOCUMENTAL  Yolima Rojas- Suly Arias | N | Y | U |  |  |  |
|  |  | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión Administrativa | ATENCIÓN AL CIUDADANO  Adriana Rodríguez | N | Y | U |  |  |  |
|  |  | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión Administrativa | INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA  Luis Javier Barrera | N | Y | U |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DÍA 7,8 Y 9 |  | SEDE PASTO | PROCESOS ADMINISTRATIVOS | N | Y | U |  |  |  |
|  |  | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión de Reducción del riesgo | VISITA A CAMPO (REASENTAMIENTO VOLCÁN GALERAS) | N | Y | U |  |  |  |
|  |  | DIAGNÓSTICO FASE 1  Gestión de Reducción del riesgo | VALIDACIÓN DE PROCESO MISIONAL | N | Y | U |  |  |  |
|  |  |  | VERIFICACIÓN DE SEGUIMIENTO, INDICADORES Y ACCIONES. | N | Y | U |  |  |  |

**Fortalezas del Sistema**

1. Se observa disponibilidad de los recursos adecuados para el mantenimiento y mejora del sistema integral de gestión.

2. Se observa infraestructura, maquinaria y equipo de última tecnología lo cual facilita la gestión, a la vez que optimiza el uso de los recursos, apoyando el desarrollo de los programas de seguridad industrial y medio ambiente.

3. Se observa adecuado conocimiento de personal operativo en mantenimiento, lo cual evidencia la toma de conciencia del personal frente al sistema de gestión.

V. HALLAZGOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **INFORME DE DIAGNÓSTICO** | **CÓDIGO:**  **FR-1400-OCI-08** | **Versión 01** |
| **EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001- 01 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | GESTIÓN GERENCIAL | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | LORENA CÁRDENAS - Dirección General  BEATRIZ PARRA – Subdirección General. | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **Procedimiento** | | | | | Definidos en Matriz | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 03** | | | |
| Compromiso de la dirección en seguimiento y asignación de recursos necesarios para la UNGRD | | | | | | | | |
| Se identifican con facilidad los Programa de SST, Programa de EPP, programa de inspecciones. | | | | | | | | |
| Se observa conocimiento de aspectos ambientales, programa uso eficiente del agua, energía, manejo integral de residuos, orden y aseo, inspecciones planeadas, ahorro de papel. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No. 05** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| Dentro de la entidad, se realiza comunicación mediante comités directivos, líder SIPLAG reuniones mensuales por lideres, correo, memorando circulares, reunión del director a todas las áreas, sin embargo al preguntar sobre la evidencia de estas reuniones en los registros presentados, no se observo la participación de la dirección, no obstante, esta oficina corroboró dicha información encontrando registros de actas en las que se evidencia la participación del Director en las diferentes reuniones mencionadas. | | | | | | | | |
| En cuanto MECI no se evidencia claridad sobre los conceptos como módulos y aplicación. | | | | | | | | |
| En entrevista con los responsables que presentan el diagnostico, no se evidencia facilidad en el manejo y navegación del sistema neogestión para ubicar documentos como: la matriz de riesgo y conceptos asociados a Meci. | | | | | | | | |
| No se observa o, claridad de consulta del listado maestro de documentos por parte de los responsables que presentan el diagnostico. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 06** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 4.1 REQUISITOS GENERALES literal (g)  La entidad debe establecer los controles sobre los riesgos identificados y valorados que afectan la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad y aunque se observa identificación de estos, no se evidencia claramente diligenciado las Matrices de riesgos por corrupción y por proceso, estas se encuentran vacías, incumpliendo así el requisito 4.1 literal (g) descrita por la norma NTC-GP-1000. | | | | | | | | |
| 4.1 REQUISITOS GENERALES literal (g)  Dentro de los riesgos identificados para Gerencia Se observan 3 riesgos por proceso:   1. No se puede implementar la política de gestión del riesgo en el territorio nacional. (Matriz en blanco no define planes de acción y causa redactada es diferente a la detectada) 2. Perdida de la continuidad de los procesos de la unidad, Causa : La descripción del evento de riesgo no es coherente con la causa descrita. Cambio de directivas de la UNGRD. 3. Desarticulación de las entidades SNGRD y de los procesos misiones : Causa no explica el objeto, vacía.   Lo anterior no determina adecuada identificación de control para los riesgos, como incumplimiento en los mecanismos de seguimiento y medición de los procesos, dentro de los cuales se determinan los relativos a riesgos por procesos. | | | | | | | | |
| 8.2.3 – 4.5.1 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS.  En gestión gerencial se observa matriz de indicadores de gestión, donde se tiene definido un indicador de:  % Cumplimiento del SIPLAG, con formula de “numero indicadores cumplimiento / total”, frecuencia semestral meta : 95%, Actualmente se cuenta con 89 indicadores, de los cuales solo 29 /89  muestran cumplimiento por lo cual se ha obtenido como resultado para:   1. Primer semestre de 2015 = 31,46%. 2. Segundo semestre dic-2014 : 32,58%,   No hay acción asociada al análisis e incumplimiento de indicadores. | | | | | | | | |
| 5.4.2 / 4.4.4 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN  La entidad debe asegurarse que se planifica la gestión con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1, así como los objetivos y se mantiene la integridad del sistema de gestión cuando se planifican y se implementan cambios, lo cual se incumple, ya que la gerencia ha realizado inversiones o arrendamiento de bienes inmuebles, que no evidencian planificación mediante revisión sujeta al sistema integral de gestión, como: centro logístico, maquinaria y equipos, entre otros. | | | | | | | | |
| 5.6 / 4.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN  La dirección tiene Procedimiento PR-1100-DG-01 V. 1 de 11-jul-2014. Manual integral de gestión Revisión anual, numeral 6.6.7 pag. 24, código M-1300-SIPG-02 V. 2 de 19-12-14. Revisión por la dirección realizada (no se observa fecha descrita en el acta de revisión), NO SE HA CONCLUIDO EL ACTA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.  NO SE EVIDENCIA ACTA QUE CONTENGA   1. Resultados de la Diagnóstico 2. Retroalimentación del cliente (GP-1000 y 9001)- No se evidencian resultados a la fecha. 3. Participación y consulta, (ICAI B- OHSAS 18001) 4. Comunicación partes externas (Ambiental- b). No hay evidencia de cumplimiento. 5. Comunicación o quejas SST (C. ).- No se tiene información. 6. Indicadores de gestión: no se evidencia incumplimiento- meta sigue igual.NC 7. Desempeño ambiental/ SST (c- programas). Fuente ambiental. Ok- objetivos y metas. 8. Acciones correctivas, preventivas, 9. Gestión del cambio- No se evidencia cumplimiento.   En el requisito de Revisión por la dirección se debe revisar el sistema de la entidad a intervalos planificados para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas, por lo menos 1 vez al año e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios. El registro definido en el sistema para este fin no refleja los elementos de entrada y salida de acuerdo a lo establecido en las normas aplicables. | | | | | | | | |
| 4.3.3- 6.4 OBJETIVOS, METAS Y PROGRAMAS.  Se pudo evidenciar Identificación de Riesgo en la matriz SST, que según entrevista por parte de Los responsables entrevistados; se observa riesgos no tolerables como biomecánico, fenómenos naturales, psicosocial (ritmo de trabajo), lo cual determina en los controles asociados la necesidad de capacitación en manejo de estrés y pausas activas, condiciones de seguridad (robo- atraco), pero a la fecha no se han ejecutado las capacitaciones descritas. | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-02 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | CARMEN CHÁVEZ,– Oficina Asesora de Planeación e Información. | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **Procedimientos y documentos del proceso** | | | | | Ver matriz de requisitos auditados | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 04** | | | |
| Se identifican los programas ambientales, los brigadistas y los planes de respuesta ante emergencia del sistema de gestión ambiental. | | | | | | | | |
| Las políticas del sistema de gestión son Coherente con el Plan de desarrollo, planes sectoriales, sistema de control interno, planes estratégicos y son comunicadas (inducción y re inducción del personal) | | | | | | | | |
| Se observa mediante trazabilidad la asignación del presupuesto SST: Consolidado en el plan anual de adquisiciones. publicado en web. (Talento humano en plan anual de adquisiciones consolidado por administrativo) | | | | | | | | |
| Se evidencia conocimiento de definición sobre acción preventiva a través de ejemplos específicos de la aplicación de prevención. | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No. 05** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| No se tiene claridad de los objetivos generales de la Unidad.  Objetivos del sistema integrados de gestión: No se tiene claridad de los objetivos generales de la Unidad. SST: enfermedades, accidentes prevención. | | | | | | | | |
| Las personas entrevistadas no identifican los comités que se tienen definidos por la unidad. | | | | | | | | |
| Presupuesto ambiental, 9001, NTGP 1000: NO DEFINIDO. | | | | | | | | |
| Indicadores de gestión 5 indicadores ----------------------------------------------------- 1. (% porcentaje de cumplimiento del plan nacional de gestión del riesgo de desastres) 2. (% ejecución presupuestal) 3. ( % proyectos aprobación), 4. (Oportunidad en respuesta al tramite). 5. (seguimiento al plan de acción), se observa que los indicadores 1, 4 y 5. no son de gestión. generan acciones OM. | | | | | | | | |
| Se describe una acción de mejora asociado a proyectos de inversión frente al DAPRE, como plan de acción se modifico formato, consolidando la información en un requisito. No demuestra claridad frente al concepto de mejora continua, en la descripción no es visible lo preventivo. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 04** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 8.5.2 / 4.5.3 ACCIONES CORRECTIVAS  Se observa hallazgo de no conformidad por Diagnóstico interna Numeral 8.4 indicador ejecución presupuestal, no se describió análisis en neo gestión, el espacio registraba en blanco lo cual es incumplimiento de procedimiento, en los planes de acción se describen correcciones y no planes de acción definitivos que prevengan la repetición. | | | | | | | | |
| 6.1 / 4.4.1 PROVISIÓN DE RECURSOS  Se observa consolidado en el plan anual de adquisiciones. publicado en web, dentro del cual se contempla para SST (Talento humano en plan anual de adquisiciones consolidado por administrativo), pero no se evidencia una planeación de recursos para los sistemas de ambiental, Calidad y NTGP 1000. | | | | | | | | |
| 8.5.3 / 4.5.3 ACCIONES PREVENTIVA.  Acción pendiente preventiva 175 , se relaciona con modificaciones presupuestales, donde se describen correcciones se orienta plan de acción . | | | | | | | | |
| 8.2.3 y 4.5.1 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS  En verificación de los riesgos por proceso, se observa 148 Numeral matriz de riesgos de corrupción solo 1 riesgo, sin seguimiento, control establecido para el riesgo, falta de estudios previos, control de evaluación 2.1.1 Autoevaluación de gestión MECI, análisis, se describen correcciones  Lo anterior no determina adecuada identificación de control para los riesgos identificados, como incumplimiento en los mecanismos de seguimiento y medición de los procesos, dentro de los cuales se determinan los relativos a riesgos por procesos. | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-03 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN SIPLAG | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | YANIZZA LOZANO- SIPLAG  PATRICIA ARENAS. | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **Procedimientos aplicables** | | | | | Ver matriz | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No.** | | | |
| Se cuenta con política integrada del SIPLAG y se evidencian actividades de difusión y participación de estas con todo el personal de la entidad, mediante reuniones con lideres SIPLAG y talleres. | | | | | | | | |
| Se han definido directrices encaminadas a cumplir eficientemente con los requerimientos del sistema integral de gestión así:   * Satisfacer las necesidades de los usuarios y ciudadanía. * Promover por el cuidado de la salud y bienestar de sus trabajadores. * Propender por el cuidado y preservación del medio ambiente. * Cumplir la normatividad vigente. * Mejorar continuamente el Sistema Integrado de Planeación y Gestión | | | | | | | | |
| La comunicación en la unidad se evidencia con mecanismos eficientes asociados a :  Comité Directivo, se comunican los temas, y a su vez los Jefes y Coordinadores bajan la información hacia su equipo de trabajo.  Mensualmente se realiza reunión de los líderes SIPLAG, los cuales a su vez socializan la información en cada uno de sus procesos y dan a conocer los temas tratados.  Se valida solicitud de publicación en boletín sobre residuos fecha 27-abril-2015, campañas ambientales de 5 de junio de 2015.  Se observa fortaleza en la difusión de la política integral, se ha comunicado en feria Siplag, también mediante refuerzo ruleta, capacitación. Boletines informativos, protectores de pantalla. | | | | | | | | |
| Se describen claramente aspectos e impactos relacionados al sistema de gestión ambiental, como :  Consumo de papel, consumo de energía, generación de residuos convencionales y consumo de agua, con acción eficientes asociadas como: Política de cero papel, programa para el uso eficiente de la energía, Programa para el manejo integral de residuos y programa de uso eficiente del agua. | | | | | | | | |
| Con reconocimiento de las instalaciones y desarrollo de actividades, se aplica Check List y se lleva a la matriz de Aspectos Ambientales para cada una de las instalaciones de la UNGRD (Calle 26, Calle 100, Centro Nacional de Logística y PGIRAVG). | | | | | | | | |
| En verificación de cumplimiento se observan los procedimientos obligatorios asociados a las normas implementadas, dentro de los cuales se encuentran:  1. Procedimiento control documentos PR-1300-SIPG07. V. 4 de 24-jul-2015.  2. Procedimiento de control de registros PR-1300-SIPG-06. V. 3 de 07-Nov-2014.  3. Procedimiento de acciones correctivas PR-1300-SIPG-05 V. 3 de 28-nov-2014.  4. Procedimiento Diagnósticos internas pr-1400-OCI-06 V. 1 DE 20-JUN-2014.  5. Comunicaciones PR-1300-SIPG-03 V. 1 de 27-jun2014. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No.09** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| Aunque se observa nombramiento de representante por la dirección, mediante resolución no se aporta evidencia en la entrevista al área de redición de cuentas. | | | | | | | | |
| Se observa algunas caracterizaciones de procesos ilegibles en neogestión, (planeación estratégica y contratación). | | | | | | | | |
| No se evidencia actualización de normogramas, no se define método asociado, frecuencia y responsables de llevar a cabo esta actividad, incumpliendo los parámetros (MECI) | | | | | | | | |
| Los objetivos definidos por la entidad no son medibles y no demuestran 100% relación con la política de la calidad, seguridad y medio ambiente. | | | | | | | | |
| Se evidencia ejecución de capacitaciones ( mas no se deje evidencia de cumplimiento del plan y eficacia de la capacitación suministrada) | | | | | | | | |
| Se describe frecuencia de revisión mínima de 1 vez al año del sistema de gestión y se define en el Manual SIPLAG y/o en el procedimiento de Revisión por la Dirección, mas no se evidencia revisión de requisitos y aplicación como 7.3, 7.4 y 7.5.2. | | | | | | | | |
| Aunque existe el formato de reporte de actos y condiciones inseguras mediante la Tarjeta ICAI (Informe de Condiciones y Actos Inseguros) la cual se encuentra en Neo gestión proceso del Grupo de Talento Humano, no es conocida por toda la unidad y no es clara la actividad mediante la cual debe reportarse. | | | | | | | | |
| Mapa de procesos, sin código de trazabilidad, se encuentra en versión 2 de julio de 2015, difusión de la actualización no ha sido realizada. | | | | | | | | |
| La matriz de requisito legales ambientales: FR-SIPG-1300-03 tiene un error de código en el formato. | | | | | | | | |
| Listado maestro de documentos, no contiene información completa frente a lo requerido, revisión de versiones, aprobación, fecha y cambio. | | | | | | | | |
| No se tiene acción preventivas en la gestión ambiental. no se identifica evento potenciales, las acciones tomadas, eficacia de las acciones. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 06** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 8.5.2 / 8.5.3 y 4.5.3 ACCIONES CORRECTIVAS / PREVENTIVAS  Se evidencia acciones correctivas, preventivas y de mejora, a través de Neo gestión, mas en la descripción, el análisis de causas y planes de acción asociados, no se demuestra eficacia y no evita la repetición del evento, incumpliendo los requisitos 4.5.3 y 8.5.2 de las normas verificadas.  El procedimiento identifica origen de acciones correctivas por  1. Inspecciones ambientales  2. Identificación de aspectos e impactos  3. Evaluación de los programas para la gestión ambiental; No se ha realizado.  4. Diagnósticos internas  5. Indicadores de gestión.  6. Inspecciones y simulacros  7. Solicitudes, quejas, reclamos de entes de control, comunidad y partes interesadas. no se encuentra incluido en procedimiento.  El procedimiento describe las herramientas a utilizar para análisis de causas: 5 porqués, diagrama de distribución, six sigma, espina de pescado, diagrama de árbol; no existen instructivo asociado que defina su aplicación.  No existen registros conformes a lo definido en procedimiento respecto al análisis de causa, en verificación de cierre y la eficacia de las acciones, estas incluyen correcciones que no previenen su ocurrencia. | | | | | | | | |
| 4.3.3 / 5.4.2 OBJETIVOS, METAS Y PROGRAMAS  Se observa programa de inspecciones planeadas PRO-1300-SIPG-05 V. 3 de 30-abril-2015 y cronograma de actividades gestión FR-1300-SIPG-16, que no se han realizado a la fecha:   * Inspección de vehículos de transporte. * Inspección de equipos de oficina. * Inspecciones gerenciales   Inspecciones de Higiene (Iluminación. Material Particulado y Confort térmico). | | | | | | | | |
| 4.2.3 / 4.4.5 CONTROL DE DOCUMENTOS.  Se tiene Procedimiento para el control de documentos (PR–1300-SIPG-07 versión 03) y procedimiento para el control de registros (pr-1300-sipg-06)  En procedimiento se observa solicitud de cambio de documentos mediante correo electrónico, o solicitud por neo gestión, en verificación de cumplimiento no ha sido realizado para:  1. Manual de gestión M1300 SIPG-02 V. 2 DE 19-DIC-2014.  2. Control de documentos PR-1300-SIPG-07. V.4 de 24-jul-2015.  En aprobación de documentos define firma de aprobación en documento, no describe donde queda original, mas no se deja original firmado. Para los demás formato fr-sipg-1300-15, se observa diferencia entre los responsables de elaboraron y revisión, no se han cargado a neo gestión según el procedimiento.  El procedimiento no define la forma en que se debe hacer control de documentos para externos, no se tiene evidencia de listado maestro de documentos.  En verificación de Neogestión se observan vigentes a la fecha los 19 procesos, lo cual difiere con el nuevo mapa de procesos que determina solo 16 en total. | | | | | | | | |
| 4.5.1 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN AMBIENTAL.  Se cuenta con indicador de gestión ambiental FR-1300-SIPG-27, no se evidencia cumplimiento en la medición y reporte de acciones. | | | | | | | | |
| 7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE.  No existe una metodología adecuada definida para la comunicación de los daños ocurridos y comunicarlos al cliente, productos del cliente.  No se evidencia la aplicación mediante Registros o métodos de Identificación, verificación, protección y salvaguarda, como tampoco registros de comunicación al cliente en caso de improvistos para protección de la propiedad del cliente, no se evidencia implementación en la ley de protección de datos con los datos del cliente. | | | | | | | | |
| 4.4.3 / 5.5.3 comunicación  Se cuenta con procedimiento de comunicaciones pr-1300-sipg-03 v. 1 de 27-jun2014 y matriz de comunicaciones fr-1300-sigp-05 v. 1 de 27-jun-2014. En comunicación externa: la entidad decide comunicar los aspectos significativos, numeral actividad 3 del procedimiento de comunicación, mas no se evidencia cumplimiento de esta decisión. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-04 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | GESTIÓN JURÍDICA | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | LUISA OSORIO– Oficina Asesora Jurídica, | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **Procedimientos aplicables** | | | | | Ver matriz | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 05** | | | |
| Se observa comunicación de cambios documentales e información relativa al sistema de gestión GP-1000 Y MECI | | | | | | | | |
| Se especifica sobre el cumplimiento y participación de la política de Nacional de la gestión del riesgo, salida aprobación del decreto 1523 del 2012. | | | | | | | | |
| Se observa que se divulga información referente al sistema de gestión a través de boletines y correos electrónicos. | | | | | | | | |
| Existen condiciones especificas de trabajo y se encuentran definidas y comunicadas. | | | | | | | | |
| En boletín se incluye seguimiento de riesgos implícitos, su comportamiento y divulgación a los funcionarios para su conocimiento y control. | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No. 03** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| Plan Anual de acción Jurídica, formulación de las políticas para el fortalecimiento jurídico de la UNGRD. No se tiene disponible en Neo gestión, | | | | | | | | |
| Dentro del procedimiento PR-1200-OAJ-01 se describe un aplicativo LITIGOB, el cual no esta vigente, se cuenta con otro llamado ECOGUI, desde julio de 2015, no se han hecho cambios documentales. | | | | | | | | |
| Se cuenta con procedimientos de gestión jurídica asociados a  1. Defensa judicial y conciliación.  2. Recepción y tramites de requerimientos externos,  3. procedimiento de gestión de demandas y acciones.  4. Recepción y tramite para el derecho de petición.  El alcance que define el procedimiento de recepción y tramite para el derecho de petición no incluye externo. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 03** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 7.1 PLANIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO  Se observa asesoramiento jurídico a la dirección, relacionado con la gestión jurídica en procedimiento mas en este :  No se define el método de solución y tiempo estipulado para determinar que se cumplen con estos. | | | | | | | | |
| 7.5.1 CONTROL DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO  proyectos de ley o actos administrativos, no define criterios ni internos ni externos. | | | | | | | | |
| 7.5.3 TRAZABILIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO  TUTELA: NO. 5847 fecha de radicado 18-dic-2014, radicado de correspondencia 2014, ER 012565, SIGO, notificación mediante buzón electrónico ley 1437, o física, radicación y registro de entrega de 18-dic-2014. Asignación de especialista Javier Coronado, ultima revisión 23-dic-2014, contestada tutela OAJ-02014-2313. El numeral j5 del procedimiento PR-1200-OAJ-01 V. 1 del 7-07-2014, no especifica aplicación y exclusión de método por lo cual determina que se esta incumpliendo el requisito | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-05 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | CARMEN CHÁVEZ, JAVIER SOTO – Oficina Asesora de Planeación e Información. | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **Procedimientos del proceso** | | | | | Ver Matriz | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 03** | | | |
| Se cuenta con documentación necesaria para la prestación del servicio y realización del proceso de gestión de la información:  Caracterización C-1300- GSI-01  Procedimiento de articulación PR-1300-GS-01  Procedimiento de administración de usuarios PR- 1300-GSI-02.  Procedimiento de Mapas geográficos PR- 1300-GSI-03  Procedimiento de Sistemas de información geográfica PR- 1300-GSI-04.  Procedimiento de Gestión de proyectos tecnología de la información PR- 1300-GSI-05.  Procedimiento de Monitoreo de aplicaciones PR- 1300-GSI-06.  Procedimiento de Estándares y protocolos PR- 1300-GSI-07.  Procedimiento de Contingencias en la web PR- 1300-GSI-08. | | | | | | | | |
| Se encuentra evidencia de procesos de comunicación eficaces para el correcto desempeño de los procesos | | | | | | | | |
| Existen condiciones especificas de trabajo, y se encuentran definida | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No.02** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| En la identificación de peligros: lesiones por caída de objetos, responsabilidad reportar novedad, no se puede acceder a la tarjeta ICAI. | | | | | | | | |
| No se evidencia acción de mejora tramitado en el proceso  No se evidencia tramite de acción preventiva en el área. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 02** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 8.4 ANÁLISIS DE DATOS.  Se cuenta con 3 Indicadores de gestión en el proceso:  1. Actualización de plan estratégico.  2. % Disponibilidad de los Sistemas de Información.  3. % Efectividad en las solicitudes; servicio atendidos / recibidos (administración de usuarios " crear usuarios en neo gestión, permisos, cambios de contraseñas) frecuencia mensual, meta 97%,  Este ultimo fue creado desde julio del 2014, no registra medición y análisis de datos 2014. | | | | | | | | |
| 7.5.1 CONTROL DE PROCESO  CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN A USUARIOS.  No se evidencia cumplimiento de requerimiento para creación de usuarios en Neo gestión, verificado para Talento Humano y OCI, FR-1300-GSI-01, para nuevos funcionarios y no se esta cumpliendo; al igual el procedimiento hace referencia a formato FR-1300GSE-01 el cual es información geográfica que no aplica al requerimiento de usuarios, incumpliendo el requerimiento 7.5.1 Control de proceso. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-06 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | GESTIÓN DE COMUNICACIONES | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | YANETH PINILLA / JOHANA ROJAS, Oficina Asesora de Comunicaciones, | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **Procedimientos del proceso** | | | | | Ver matriz | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 02** | | | |
| Manual de imagen y usos de la identificad institucional M-1500-OAC-01, Consigna uso de colores, uso de logo, imagen corporativa, aplicaciones de piezas impresas, posicionamiento de marca, uso de uniformes, indumentaria. | | | | | | | | |
| La unidad cuenta con sistemas de comunicación de filosofía institucional corporativa e integración de los miembros.  Se valida la comunicación interna referente, boletín interno mensual, mediante solicitudes de planeación, se verifican solicitudes del SIG., Con responsable de Comunicación interna: Ley de trasparencia 18-jun-2015, comunicaciones en medio ambiente, en seguridad industrial se evidencia divulgación de política COPAST. | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No.02** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| No se evidencia plan Estratégico de comunicaciones y Ed comunicaciones. (No se ha realizado cambio, se ha pasado solicitud de cambio documental al SIPLAG, cambio pendiente).  Plan estratégico de comunicaciones RG-1500-0AC-001 aparece en listado y en físico registra PLA-1500-OAC-01. | | | | | | | | |
| Actualizar caracterización eliminando actividad de "brindar asesoría y apoyo logístico a eventos internos de la UNGRD " formato fr-1500 oac-11. y por ende las encuestas de satisfacción del evento" | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 02** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 4.3.3 / 5.4.2 OBJETIVOS, METAS Y PROGRAMAS  No se han recibido capacitaciones acerca de uso adecuado de EPP, ni las descritas en la matriz de identificación de peligros. | | | | | | | | |
| 8.5.2 / 4.5.3 ACCIONES CORRECTIVAS / PREVENTIVAS  Se verifica tramite de acción correctiva numero No. 139, plan de mejoramiento. MODIFICACIÓN DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO, ELABORACIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS CAMBIOS, COMO medidas de corrección no se plantean acciones correctivas definitivas. "  No se evidencia tramitada acción preventiva del área. | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |
|  | 001-07 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL RIESGO | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | JOHANNA ORJUELA – Subdirección Conocimiento del Riesgo, | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **Procedimientos aplicables** | | | | | Ver matriz | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 03** | | | |
| El proceso cuenta con caracterización de proceso, 4 procedimientos obligatorios para la gestión del conocimiento y existen documentos asociados para corroborar su cumplimiento. | | | | | | | | |
| Se observa comunicación de cambios documentales e información relativa al sistema de gestión GP-1000 Y MECI.  Se especifica sobre el cumplimiento y participación de la política de Nacional de la gestión del riesgo, salida aprobación del decreto 1523 del 2012. | | | | | | | | |
| Se observa planificación de realización del producto coherente a los requisitos de los procesos de la organización, Determinación de objetivos de calidad y requisitos del producto, Procesos y documentos pertinentes.  Se conocen y se tiene acceso a matrices:  1. Ambiental  2 Matriz de corrupción  3. Riesgos laborales  4. Riesgos por proceso  CONOCIMIENTO COPAST: Se identifican claramente  BRIGADA: Conocimiento de funciones y responsabilidades.  PROGRAMAS: Uso optimización papel, PIGA, Ahorro energía, agua. | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No. 01** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| Procedimiento para el diseño y desarrollo en la generación de insumos técnicos PR-1100-GF-07 V. 2 de 07, nov. 2014.  Se cuenta con aplicación de diseño y desarrollo, mediante formato FR-1100-DG-09 (Educación, identificación y caracterización de factores de riesgo. Análisis y evaluación de escenarios)  En el procedimiento de Evaluación y análisis del riesgo, PR-1700-SCR-05- V.2, se observa diferencia en el código. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 04** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 4.2.3 / 4.4.5 CONTROL DE DOCUMENTOS  Se observan modificaciones en documentos que no demuestran socialización de cambios en procedimientos de las áreas. | | | | | | | | |
| 6.2.2 / 4.4.2 COMPETENCIA, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA  Se observa manual de funciones del cargo profesional 18, que fue entregada a funcionaria de Conocimiento del riesgo Código M-1601-GTH-02, con actividades que no han sido realizadas y se encuentra realizando otras de un cargo diferente, así mismo se observan dos manuales de funciones con descripción diferente y sin control en estos. | | | | | | | | |
| 8.3 SERVICIO NO CONFORME  Aunque existe un procedimiento documentado para el control del producto no conforme y se menciona el tratamiento de las no conformidades no se contemplan los aplicables al proceso de conocimiento del riesgo, no existen registros conformes a la metodología definida, no se evidencia identificación de producto no conforme y no se toman acciones para la solución de las no conformidades | | | | | | | | |
| 7.3 DISEÑO Y DESARROLLO  No se observa una planificación para cada uno de los diseños o desarrollos aplicables al conocimiento del riesgo, no se definen etapas del diseño, verificación y validación, como tampoco los criterios de revisión de cada una de las etapas del diseño, no se definen las responsabilidades para el diseño y desarrollo  Para los diseños no se han definido los elementos de entrada (requisitos funcionales, legales, diseños similares), no existen registros de identificación, como tampoco registros de la verificación de los resultados del diseño y desarrollo, no existen registros de la validación del producto diseñado | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-08 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | GESTIÓN DE REDUCCIÓN DEL RIESGO | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | MIGUEL ÁNGEL ANGULO – Subdirección Reducción del Riesgo, | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **Procedimiento aplicable** | | | | | Ver matriz | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No.** | | | |
| Dispone la organización de una planificación de procesos de producción teniendo en cuenta los requisitos del cliente y los métodos para la prestación de los servicios.  Intervención correctiva- intervenciones de riesgos ya generados- obra civil-inundaciones-erosión, banco proyectos- solicitudes de entes territoriales-  Guía de formulación de proyectos G-1702-SRR-01.  MANUAL: M-1702-SRR-01 Manual de procedimientos de banco de proyectos de reducción del riesgo.  MANUAL : M- 1702-SRR-02 Manual de instrucciones de aplicativo de proyectos SIGPAD (Sistema nacional de información del riesgo de desastre), plataforma compartida con planeación para cargar proyectos.  PROCEDIMIENTOS:  1. Evaluación de proyectos PR-1702-SSR-02, (Jorge Buelvas)  2. Para la priorización de proyectos PR-1702-SRR-07. (Jorge Buelvas)  3. Seguimiento de Proyectos PR-1702-SRR-08.  4. Medidas de intervención para RE en el ámbito sectorial PR-1702-SRR-03 | | | | | | | | |
| Se encuentran documentados los requisitos del cliente, incluyendo condiciones de entrega y posteriores  Se han definido requisitos no especificados por el cliente pero propios del producto o servicio, mediante mesas técnicas y correos se relacionan los requisitos, para verificar, el proyecto mas grande es tema asistencia Territorial, Asistencia de 42 municipios, construcción de línea base, meta, lineamientos. meta establecida por el DNP, subdirección, supervisión y seguimiento mediante planeación. | | | | | | | | |
| En la sede de Pasto se observa  Caracterización de proceso: C-1702-SRR-01 V. 2 de 22-mayo-2015.  Actividades de reasentamiento de población por amenaza del volcán Galeras, considerada dentro de Intervención correctiva.  Se identifican y se controlan los requisitos MECI.  Control de planificación y gestión, Direccionamiento, Administración, Evaluación y seguimiento.  Legislación 1523, se requiere para la planeación de gestión del riesgo.  Guía Metodológica para la formulación del EMRE.  Guía plan escolar para la gestión del riesgo | | | | | | | | |
| SEDE PASTO  Mediante entrevista se observa que se conoce adecuadamente la política del SIPLAG, se consulta neogestión y se observan registros de divulgación como re inducción, registro de asistencia de capacitaciones, también en protectores de pantalla se difunde la política de gestión.  Se asocia con facilidad los criterios de calidad, medio Ambiente y Seguridad por parte de los responsables de los proceso.  Objeto de Calidad: Prestación del servicio, con transparencia, eficacia, calidad (bien prestado), se conoce al cliente: usuario.  objetivo: indicadores (calidad del servicio), actas de reasentamiento Mapara. | | | | | | | | |
| Se observa cumplimiento de los indicadores  2. %Cobertura en asistencia técnica en intervención prospectiva, frecuencia mensual medido desde el 2014, 2015 meta 100%  3. % Cobertura asesoría técnica en intervención prospectiva. frecuencia mensual medido desde el 2014, 2015 meta 100%  4. %de Departamentos o Municipios con asistencia técnica de protección financiera. formula atendidos /programados para asistencia técnica en protección financiera, semestral 2014, 2015 | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No. 10** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| No se evidencia medición de indicador en verificación y evaluación de proyectos. | | | | | | | | |
| Se observan disponibles mapas de riesgos por proceso obsoletos en neogestión. | | | | | | | | |
| No se conoce información en el área de reducción- seguimiento de proyectos. | | | | | | | | |
| En verificación de matriz y procedimiento de medio ambiente e indagación de aspectos ambientales, los funcionarios identifican la correspondiente a la sede, no tienen claro cual aplica.  En programas solo se conoce consumo de papel,: No se tiene claridad sobre ejemplos y aplicación del resto de programas. | | | | | | | | |
| No se tiene disponible legislación relacionada disponible. | | | | | | | | |
| PASTO  Actualización de SIG. Galeras. Actualmente se evidencias dificultades en garantizar la integridad de la información del PGIR - AVG, debido a la capacidad del SIG. Galeras.   1. Sistema de gestión documental PGIR – AVG 2. Seguridad externa de las copias del archivo digital archivo y BD SIG. | | | | | | | | |
| Dentro de las correcciones locativas: se recomienda la reubicación de cocina, remplazar techos en vidrio y mejorar el techo del archivo para evitar una posible humedad y daño de archivos. | | | | | | | | |
| Es importante planear actividades para el desarrollo del alcance e inspecciones o cronograma asociado a temas de seguridad, medio ambiente y calidad | | | | | | | | |
| Aunque se tiene definidos procedimientos en el SIPLAG, no se evidencia claridad de cómo aplican los requisitos y la evidencia existente relativa a :  4.2 Control de documentos X  5.1 Compromiso de la dirección, 5.5.1/4.4.1 responsabilidades, 5.5.3/4.4.3 comunicación interna.  6.1 Recursos, X Reporte Presupuestal (afectaciones y desembolsos).  6.3 Infraestructura x, 6.2 Talento Humano.  6.4 Ambiente de trabajo x  7.5.2 /4.4.6 Seguimiento a reasentamiento para población vulnerable.  7.5.3 Trazabilidad requerido, no coherente en SIPLAG.  7.5.4 propiedad - INFORMACIÓN (EXPEDIENTES).  7.5.5 Preservación de producto. (N.A)  7.6. Dispositivos de seguimiento y medición 4 GPS. X | | | | | | | | |
| PROYECTO 2014-ER-007-359- "Construcción de un sistema de recolección de aguas lluvias  En verificación de la información basado en la lista de chequeo de la guía No. 5. ( En verificación no coincide el requisito asociado numeral XI) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 25** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 8.3 SERVICIO NO CONFORME  Aunque existe procedimiento documentado no define claramente a Identificación, las responsabilidades y control del producto no conforme aplicable al proceso de reducción; no es tangible el registro de las acciones tomadas para eliminar la no conformidad, para evitar el uso de este, para autorizar su uso o aceptación bajo concesión, acciones a tomar si el producto se detecta después de la entrega de este al cliente. | | | | | | | | |
| 7.3.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO  No se evidencia cumplimento con los requisitos de entrada, información adecuada, criterios de aceptación del producto, características del producto para diseño y desarrollo. | | | | | | | | |
| 7.3.5 VERIFICACIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO  No se cuenta con Registros de verificación de la etapas de diseño y desarrollo donde se evidencia el cumplimiento con los requisitos de entrada. De acuerdo a lo planificado (7.3.1), cumplido mediante cronograma de ejecución en cumplimiento. | | | | | | | | |
| 8.2.3 SEGUIMIENTO DE PROCESOS  Se cuenta con indicadores, % Ejecución de avance físico en proyectos de intervención correctiva, mensual meta 100% no se ha alcanzado en ningún periodo medido, se registra y analiza en medio, lo cual no demuestra cumplimiento de la meta, no se demuestra aplicación de medidas o acciones correctivas asociadas. | | | | | | | | |
| 8.5.2 / 4.5.3 ACCIONES CORRECTIVAS.  Se verifica el cierre y la eficacia de las acciones correctivas y se observa que se han incluido solo correcciones y no evitan la recurrencia del evento de desviación.  1. Plan de emergencia en Pasto- Corrección X  2. Conocimiento y toma de conciencia- Corrección X  3. Acción 300 y 301 SST y ambiente, Corrección X  4. Acción 299 indicadores de gestión, Corrección X  5. Acción 238 diseño y desarrollo  No se evidencia eficacia en la eficacia de acciones correctivas. | | | | | | | | |
| 7.5.1 CONTROL DE PRESTACIÓN DE SERVICIO  En verificación de proceso de intervención correctiva para:  1. Evaluación y priorización de proyectos. (Jorge Vuelvas)  2. Ejecución de proyectos (Astrid Delgado y Oscar Salamanca).  Se observa que proyectos mediante Guía para formulación de proyectos G-1072-SSRR-1, y el formulario FR-1072-SRR-01, no se encuentra disponible en neogestión, con fecha de emisión del 09-jun.2014. | | | | | | | | |
| 7.5.1 CONTROL DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO  Desarrollo de procedimiento para la evaluación de proyectos pr-1702-srr-02 v. 1 de 09-jun-2014.  Se observa en cumplimiento de procedimiento "Lineamientos de comunicaciones oficiales internas y externa", con actividad de determinar y direccionar correspondencia--- No se mantiene registro para evidencia de cumplimiento  Se observa actividades de cargue de la evidencia de proyecto devuelto e impresión de la ficha de evaluación del proyecto no se describen en procedimiento verificado.  No se evidencia cumplimiento en procedimiento pr-1702-srr-07 procedimiento para la priorización de proyectos 09-jun-2014. v. 1. | | | | | | | | |
| 4.2.3 / 4.4.5 CONTROL DE DOCUMENTOS  Cargue de la información del proyecto a SNIRGD (Sistema nacional información gestión de desastres) -- Manual de instrucciones del banco de proyectos del aplicativo M-1702-SRR-02 v. 1 de 09-jun-2014. En los documentos se describen (SIGPAD Y actualmente es SNIRGD), información obsoleta. | | | | | | | | |
| 7.5.3 TRAZABILIDAD DE PROCESO  En verificación de trazabilidad de Desarrollo de procedimiento para la evaluación de proyectos pr-1702-srr-02 v. 1 de 09-jun-2014.  No se evidencia secuencia en la consecución de proyectos no se registra histórico de desarrollo, viable o devuelto. | | | | | | | | |
| 4.1 REQUISITOS GENERALES literal (g)  Riesgos por proceso: Para Seguimiento de proyectos /Corrupción.  (Se observan disponibles mapas de riesgos por proceso obsoletos)  FR-1400-OCI-01 V. 1, (Debido a reducción presupuestal para la asignación de personal para actividades en reducción). registro con espacios en blanco sin fechas de compromiso, no asocia planes usados en el seguimiento de contratos. | | | | | | | | |
| 7.3.3 RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO  No se cuenta con Registros de verificación de la etapas de diseño y desarrollo donde se evidencia el cumplimiento con los requisitos de entrada. De acuerdo a lo planificado (7.3.1.), cumplido mediante cronograma de ejecución en cumplimiento. | | | | | | | | |
| 7.3.6 VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO  No se evidencia Registros de validación del diseño y desarrollo del producto asegurando el cumplimiento con los requisitos de entrada . De acuerdo a lo planificado (7.3.1) | | | | | | | | |
| 4.4.6/ 7.5.1 CONTROL OPERACIÓN EN PASTO  En verificación de requisitos de control operacional, se observan los siguientes criterios de incumplimiento.   1. Se observa muebles en desuso sin disposición, residuos como: bombillas, tóner, papelería y otros sin identificación, almacenados y en cantidades que no presentan adecuado manejo 2. Extintores, tomas eléctricas sin identificación, no se evidencia señal de evacuación en algunas oficinas, ni mapa de ubicación para evacuación en las oficinas. 3. No se tiene campaña visual ambiental en baños y se observan duchas con bolsas que parecen gotear 4. Cableado suelto y baldosas sueltas que genera obstáculos en pisos y rutas de transito, ej.: secretaria cableado al piso presenta condiciones inseguras. 5. Se observa persianas en ventana suelta y codo en baño de segundo piso suelto, techo sala de juntas de 1 y 2 piso en mal estado, patio presenta marquesina en vidrio vencida y con evidencia de caída de vidrios a espacio abierto que presenta condición insegura. 6. Escaleras sin antideslizante 7. Nivel de iluminación en recepción y secretaria muy tenue, se observan lugares oscuros con desorden de bolsas y cajas (chimenea y cuarto de reciclaje, cocina) y tomas de luz sueltas, no se ha realizado estudio de iluminación y condiciones de trabajo para determinar acciones a mejorar. 8. Almacenamiento de químicos inadecuado, presenta goteo cerca de rejilla de recibo de aguas al alcantarillado, empaques sin etiquetar, sin fichas de seguridad, falta de método de control (NFPA, HMIS, HOJA DE DATOS DE SEGURIDAD (MSDS). 9. No se tiene hojas de vida de los computadores, donde se registren mantenimientos, no se evidencia garantía en la seguridad de la información. 10. No se cuenta con kit anti derrames y equipo de carretera de vehículos. 11. mapa de riesgos por procesos de PGIR - AVG, no se identifica actualizado en la plataforma Neo gestión 12. exámenes médicos de los contratistas no disponibles para evidenciar (vigencia) 13. Fumigación trimestral de la casa, diligenciar el respectivo formato   Incumpliendo lo definido en el requisito 4.4.6 de control operacional y lo establecido en la matriz de identificación de requisitos legales. | | | | | | | | |
| 4.3.1 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES EN PASTO  La matriz de identificación de peligros describe novedades vigentes de infraestructura de una inspección realizada, no define los criterios definidos por la norma OHSAS 18001:2007 no evidencia actividades rutinarias y no rutinarias, actividades, el comportamiento humano, y no describe riesgos asociados a la metodología descrita en el procedimiento, incumpliendo la identificación de peligro, evaluación del riesgo y la implementación de controles eficaces | | | | | | | | |
| 8.1 GENERALIDADES EN PASTO  Aunque existen definidos procesos para realizar el seguimiento, medición análisis y mejora, no se evidencia cumplimiento en la medición y eficacia en indicadores de medición, ya que algunos de los planteados no son inherencia o gestión de la UNGRD y cuando se incumplen no aplica planes de gestión o acciones correctivas definitivas. | | | | | | | | |
| 4.4.2 / 6.2.2 COMPETENCIA, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA  No se evidencia suficiente claridad ante el sistema integral de gestión y los requisitos aplicables por parte de algunos de los entrevistados. | | | | | | | | |
| 7.5.1 CONTROL DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO  Se evidencia incumplimiento de procedimiento de Reasentamiento donde se describe la actividades realizada por Psicóloga para levantar historia psicosocial de usuario ZAVA y no se esta realizando por no estar activo el cargo. | | | | | | | | |
| 5.4.1 / 4.3.3. OBJETIVOS DE GESTIÓN EN PASTO.  Aunque se tiene definidos objetivos estos no están desacuerdo a las directrices de la política, no se han fijado en funciones y niveles adecuados que ofrezcan mejora continua de la organización. Se han definido métodos medibles y están asociados a un indicador, así:  1. Satisfacción cliente: Usuario de la ZAVA, no se esta midiendo. X, planes de acción reasentamiento, 492 predios/ % reasentamiento. Estadística pendiente X.  2. Cumplimiento de requisitos: matriz de seguimiento mensual de la subdirección de reducción, semestral de planeación nacional. (meta, frecuencia, resultados), no se evidencia medición  3. Mejora continua: Acciones correctivas, preventivas y de mejora, no se asocia medición.  4. Gestión de recursos: planeación de recursos por solicitud, seguimiento en compra de predios, se definió meta de 60% Mas estos no evidencia mejora continua respecto a los valores de periodos anteriores.  5. Prevención de accidentes y enfermedades: Pendiente reporte en cero de estadísticas, de accidentalidad y enfermedades.  Las actividades de los objetivos y el seguimiento de los mismos no se esta realizando según lo planificado | | | | | | | | |
| 7.5.1 / 4.4.6 CONTROL DE PROCESO  Existe una metodología definida y documentada para la prestación del servicio en Pasto, mas en verificación de registros y cumplimiento conforme a lo definido en la metodología se observa:  PROCEDIMIENTOS PASTO:  Procedimiento reasentamiento individual población en la ZAVA del volcán Galeras, PR-1702-SRR-09. V. 3 de 29-mayo-2015. primera emisión 09--jun-2014.  Verificados predios:  1. 52381010000270003 Piedad del socorro Gómez, Acta 182, (71 m2)  2. 52001000100150456 Arnulfo Montenegro Y otro, Acta 184, (1.508.584 m2)  correspondiente a 150 Hectáreas.  DESARROLLO DE PROCEDIMIENTO.  PASO 1. Identificación de predio en ZAVA .Verificar en la base de datos del SIG.-  certificado de registro en ZAVA, FR-1702-SRR-67, predio a borde FR-1702-SRR-38  A. 11-OCT-2012 registro ZAVA Piedad Socorro.  B. Arnulfo X no se evidencia.  PASO 2. Capacitación ZAVA FR-1702-SRR-65 (no aplica para predios por tutela)  A. Piedad Socorro. N.A FUE POR TUTELA  B. Arnulfo N.A FUE POR TUTELA  Aplica para procesos de voluntariedad.  PASO 3. Voluntariedad. actualmente se realiza en formato FR-1702-SRR-66, anterior a sept de 2014 valida carta de usuario de predio.  A. Piedad registra sept-14 de 2010. carta  B. Arnulfo 27-ago-2012. ok Carta  Aplica para procesos de voluntariedad.  PASO 4. Estudio de títulos, FORMATO FR-1702-SRR-41  A. Piedad registra formato anterior 16-nov-2011. ok  B. Arnulfo registra-4-mar-2014-formato sin código anterior a procedimiento ok  PASO 5. LISTA DE PREDIOS,  Se eliminan insumos.  (SIG, priorización, avaluó, constancia, certificación de doble, otros)  NO REGISTRA PARA NINGÚN PREDIO.  PASO 6. ELIMINADO  PASO 7. Levantamiento de historia socio familiar VIGENTE FR-1702-SRR-29, antes de 2014. (AN-GR-P-01F-01)  Y Formato de composición familiar FR-1702-SRR-30 V. 1  A. Piedad registra 19-SEP-2012.OK / OK registro CARGUE A SIG. OK  B. Arnulfo 11-2014.FORMATOx, SIN CARGUE A SIG. X  CARGAR INFORMACIÓN SIG. NO REGISTRA  Aplica para compra sin voluntariedad.  PASO 8. Historia Psicosocial FORMATO FR-1702-SRR-39.  A. Piedad NO registra  B. Arnulfo NO registra  NO SE HA REALIZADO HISTORIA POR NO EXISTIR PSICÓLOGA. NC ACCIÓN CORRECTIVA.  PASO 9. Concepto de Vulnerabilidad FR-1702-SRR-31 V. 2 Y concepto socio económico de predio a borde FR-1702-SRR-43 (COMPRA DE PREDIO DE BORDE)  A. Piedad anterior AN-GR-P Anterior ok  B. Arnulfo anterior AN-GR- Anterior ok  anterior a procedimiento  Predio de borde NA  se omiten pasos de remisión a 25 y 26  PASO 10. Visita y diligenciamiento del formato FICHA DE CARACTERIZACIÓN ECONÓMICA DE LA UNIDAD SOCIAL de puntaje y caracterización económica de UE Y LOTES, Estados financieros, **OBS: Nombre diferente**  Copia información SARLAFT (suprimir), para cruce con Estados financieros.  NOTA: APLICA PARA ACTIVIDAD ECONÓMICA  A. Piedad N.A estados financieros  B. Arnulfo N.A estados financieros.  EJEMPLO: predio 52381000100010330  PASO 11. Ficha administrativa FR-1702-SRR-33 V.1  A. Piedad del Socorro Gómez FR-1702-SRR-33 ok  B. Arnulfo Montenegro de 14-abril-14. Anterior formato sin código ok  verificación área de medio ambiente, ficha administrativa  NO ES NECESARIO CARGA INFORMACIÓN AL SIG. NC  PASO 12. Verificación de información FR-1702-SRR 44 (parte de oferta, INTEGRAR LA INFORMACIÓN)  A. Piedad del Socorro Gómez - AN-GR-P-03-F-06 OK  B. Arnulfo Montenegro Anterior formato AN-GR-P-03-F-06 x  aplica con predios de voluntariedad.  PASO 13. Citar instituciones y alcaldías para comité de ofertas, sin evidencia requerida. No aplica para procesos de voluntariedad.  Diligenciar acta de reunión para predios con voluntariedad.. FR-1603- GD-09.  A. Piedad del Socorro Gómez - N.A TUTELA  B. Arnulfo Montenegro - NA TUTELA.  Ejemplo de aplicación: No se han realizado sin tutela 2014 y 2015.  PASO 14. Escanear información de predios, UBICAR AL FINAL.  **PASO 15. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN ELIMINADO (En verificación se observa que se esta repitiendo el criterio de seguimiento)**  PASOS 16 OFERTA DE COMPRA FR-1702-SRR-45, subscripción por firma de la coordinación.  A. Piedad del Socorro Gómez -  C-PGIR-BE-OFC-2014-042, Información errada.  B. Arnulfo Montenegro -Código Oferta C-PGIR-BE-OFC-2014-027.  SE OBSERVA USO DE FORMATOS DIFERENTES sin código, V. 1 Y V. 2, sin evidencia de vigencia.  Cargue SIG.- fecha, aceptación, X  sin fecha, sin numero de oferta. X  PASO 17. Formato de citación para Notificación de oferta FR-1702-SRR-51, OFERTA DE COMPRA FR-1702-SRR-45. se modificara paso 17.  A. Piedad del Socorro Gómez - NO EXISTE  B. Arnulfo Montenegro - NO EXISTE  Carta de aceptación  PASO 18. Comunicación de predios con aceptación de oferta a FIDUPREVISORA.  **SE MODIFICA TODO EL PASO**  **SE ELIMINA FORMATO FR-1702 SRR-55**  PASO 19. MINUTA DE ADQUISICIÓN DEL PREDIO ZAVA- por justo titulo o dominio o por posesión NO SE DEJA EVIDENCIA.  PASO 20. Documentos requeridos no mencionados. Solo se firma escritura publica.  PASO 21. . Remitir liquidaciones previas FORMATO FR-1702-SRR-70 Y 69 OK  PASO 22. ELIMINADO  PASO 23. Tramite de certificado de libertad y tradición, certificado evidencia. | | | | | | | | |
| CONTINUACIÓN PROCEDIMIENTO DE PASTO  PASO 24. REMISIÓN DE DOCS. VÍA CORREO PARA PAGO DEL PREDIO ZAVA  Se modifica todo el punto.  PASO 25. Pago de predio, FR-1702-srr-57 y Cheque FR-1702-SRR-60.  PASO 26. Realizar concepto de viabilidad social, técnica y jurídica  FORMATO Concepto de viabilidad social FR-1702-SRR-40, Técnica FR-1702-SRR-68 Y Jurídica FR-1702-SRR-41.  PASO 27 Asesoría no aplica Tutela aplica VUC, formatos vigentes Compra venta y Autorización de pago a terceros.  PAGO 28. Proyectar acto administración para compensación de VUC  EVIDENCIA: Remisión por correo de la resolución - acto administrativo.  Formato de revisión FR-1702-SRR-44 NO SE TIENE  PASO 29. NOTIFICACIÓN Y RENUNCIA A TÉRMINOS  evidencia notificación personal y renuncia de términos.  PASO 30. Tramitar pago de VUC, se debe modificar OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO POR USUARIO. SOPORTES ?, Enviar solicitud de autorización  FORMATO FR-1702-SRR-71 SE ELIMINA  se debe dejar OFICIO CONSECUTIVO  PASO 31. Cancelación de VUC Y Reporte de información  Formato notificación Pago VUC-FR-1702-SRR-58.  Formato de entrega de cheque FR-1702-SRR-61.  Base de datos SIG.  PASO 32. Coordinar la recepción del inmueble, con instituciones (Cedenar, Alcaldías, Empopasto) evidencia: OFICIOS, Y PAZ Y SALVO, SE MODIFICA  PASO 33: Recepcionar el bien ZAVA, eliminación FR-1702-SRR-75.  Evidencia Acta y entrega en custodia FR-1702-SR-35.  Recuperables en custodia FR-1702-SRR-42  Formato inventario de elementos recuperables para custodia por el usuario, FR-1702-SRR-47. aplica casos de orden publico.  Modificación de redacción y forma de entrega en custodia e inventario y registros de elementos recuperables ZAVA. | | | | | | | | |
| CONTINUIDAD PROCEDIMIENTO PASTO  PASO 34. Acta de reasentamiento  Evidencia: Realizar acta de reasentamiento, FR-1702-SRR-36 basada en información del nuevo predio y unidad social, evidencia : acta  ELIMINACIÓN DE Formato de distancia de reasentamiento FR- 1702-SRR-77.  PASO 35. Liquidación de liquidaciones con documentos soportes,  Soportes (ver guía documentos compensación). X.  Proyectar acto administrativo para compensación  NC: NO se evidencia formato, ES GUÍA DE Documentos, no es necesario.  PASO 36. Proyectar acto administrativo.  Evidencia completa: Notificación y renuncia. ok  PASO 37. ELIMINADO.  PASO 38. Cancelación de compensaciones económica y reporte de información  evidencia: Notificación pago FR-1702-SRR-56,  Formato entrega de cheques por compensaciones FR-1702-SRR-59  Compromiso de inversión (aplica vulnerables).  Formato de seguimiento de pago de compensaciones económicas FR-1702-SRR-62  Base de datos ok  Eliminar acompañamiento  PASO 39. Demolición del bien ZAVA, disposición de elementos recuperables y seguimiento de utilización.  Evidencia: Entrega de predio, no se ha realizado no ha sido necesario.  Formato de acta de entrega FR-17'2-SRR-50 V.1  Acta de entrega elementos recuperables donados FR-1702-SRR-50  Acta de entrega elementos recuperables comprados "vendidos" FR-1702-SRR-49  agregar:  Informar por oficio consecutivo a la administración municipal  adicionar registro "contrato"  PASO 40: Entrega predio a Corponariño /PNNC entrega de predios  Formato de entrega FR-1702-SRR-46.  PASO 41: Seguimiento al reasentamiento  Evidencia: Formato de seguimiento al reasentamiento FR-1702-SRR-64.  Concepto psicosocial FR-1702-SRR-39 NO SE ESTA APLICANDO. SE ELIMINA | | | | | | | | |
| 6.3 INFRAESTRUCTURA.  No se encuentra identificada la infraestructura necesaria y existente para la realización de los procesos, no se evidencian hojas de vida de equipos, planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos; no se cuenta con soporte de protección externa de los datos y aplicativos robustos que permitan la administración de la información de predios | | | | | | | | |
| 4.5.2 CUMPLIMIENTO LEGAL  No se evidencia contrato vigente para personal que realiza actividades en pasto.  Contratación- plan de acción no se observa continuidad de contrato para algunos funcionarios contratistas. | | | | | | | | |
| 4.1 REQUISITOS GENERALES literal (g)  Mapa de riesgos por procesos RG-1702-SRR.16, no contiene las riesgos identificados para sede pasto: 1. Interposición de acciones judiciales por parte de usuarios de la ZAVA ante la no adquisición de los predios. 2. Ocupación o invasión ilegal de los predios adquiridos ZAVA por la no demolición; según las actividades realizadas en el área y las que registran en Neogestión, no describe acciones aplicables a seguimiento y planes de acción en la matriz existente, se encuentra con espacios en blanco. | | | | | | | | |
| 8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO  Aunque se encuentran definidas las pautas de inspección en procedimiento de reasentamiento individual en la población en la ZAVA del volcán Galeras, PR-1702-SRR-09. V. 3 de 29-mayo-2015. primera emisión 09--jun-2014,  No se evidencia seguimiento y medición de acuerdo a los filtros determinados en el procedimiento en los requisitos 5, 12 según ofertas, compensación y asentamiento, no se mantiene evidencia de estas. | | | | | | | | |
| 8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN EN PASTO  Se cuenta con 4 indicadores de proceso. 1. % EJECUCIÓN DE RECURSOS, SEMESTRAL 100%, 2. Familias ZAVA con acompañamiento psicosocial semestral 100% 3. Acompañamiento económico productivo:  4. Familia de la ZAVA con acompañamiento Jurídico y de habitabilidad.  Se evidencia incumplimiento en medición y eficacia en indicadores, ya que algunos de los planeados no son responsabilidad de la unidad y no se pueden generar acciones correctivas para mejorar la gestión de la unidad. | | | | | | | | |
| 8.5.2- 8.5.3 / 4.5.3 ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS.  Se observan hallazgos de Diagnóstico: Contraloría, 7 hallazgos temas varios, seguimiento, acciones preventivas: Entrega de predio, pago de predio y no se evidencia acciones de mejora, en verificación de planes de acción no se evidencia eficacia, los planes descritos no evitan la repetición de las desviaciones. | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-09 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | GESTIÓN DE MANEJO DE DESASTRES | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | CARMEN ELENA PABÓN, GABRIEL GARCÍA – Subdirección Manejo de Desastres, | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO** | | | | | VER MATRIZ | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 04** | | | |
| LEY 1523  PREPARACIÓN Y RESPUESTA PARA LA EMERGENCIA  Planeación, ejecución y verificación.  Organigrama funcional preparación de la respuesta, implementación de la política, respuesta a emergencias, organización del sistema nacional.  Lineamientos para la reconstrucción. | | | | | | | | |
| Mediante entrevista se observa conocimiento de política: evidencia conocimiento aplicable al sig.  objetivos y medición, programas y requisitos y controles  acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora. Se identifican fácilmente los programas ambientales : manejo residuos, ahorro energía, papel, orden y aseo, agua, inspecciones y de SST: EPP, sistema de SST, programa inspecciones y orden y aseo. | | | | | | | | |
| En Diseño y Desarrollo Manejo de Desastres ha establecido una “ESTRATEGIA NACIONAL DE REPUESTA ANTE EMERGENCIA LEY 1523  FORTALEZA\_ CAJA DE HERRAMIENTAS.  Se cuenta actualmente con procedimiento transversal  1. información y registro de información de entrada  2. Se cuenta con verificación de requisitos, falta registro asociado. OBS  3. Se cuenta con revisión de entradas y resultados  4. Se cuenta con registros de validación  5. Observación, se cuenta con registro de cambios, mas no especifica control de documentos (4.2.4):  Se evidencia análisis de datos coherentes. | | | | | | | | |
| Se cuenta con 3 indicadores de gestión los cuales evidencian cumplimiento  1. Numero de familias atendidas, meta: 98%, trimestral, inicia medición 2014, cumplimiento. (declaratoria de desastre publica).  2. asesorías técnicas a consejos departamentales: formula, atendidas / solicitudes. meta: 100%. frecuencia trimestral.  3. Seguimiento a obras de reconstrucción (agricultura). Semestral: reporte mensual medición mensual, muestra maduración. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No. 02** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| Se observa no conformidad por Diagnóstico interna, levantada por Procedimientos de subsidios de arriendo (el procedimiento no había sido aprobado, era un borrador)  Se identificaron 8 hallazgos de No Conformidad, subsanados a la fecha y con planes de acción verificados. | | | | | | | | |
| En Diseño y desarrollo se cuenta con verificación de requisitos, falta registro asociado, ya que no se mantiene evidencia | | | | | | | | | **No.** |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 01** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 7.4 COMPRAS :  En verificación de compras se describe por parte del área que los requerimiento y tramite de compras se hace por medio de una Guía del fondo nacional del riesgo, mecanismo, ratificación del pago, además se cuenta con Manual de estandarización para la adquisición de (productos, mercados, acta de satisfacción de entrega); se adquieren productos alimentarios (mercado, ) y no alimentarios(aseo, cocina, hogar, materiales de mejoramiento de vivienda fase de rehabilitación no estructural); los cuales se adquieren por contratación publica bajo los lineamiento de la ley 80 y contratación privada para lo cual se realiza contratación entre particulares, se surten un proceso de selección por experiencia, no se ha establecido método de aplicación.  Se afirma que el Director de la unidad realiza el ordenamiento del gasto, los recursos son suministrados por el fondo. No se evidencia cumplimiento de los requisitos descritos por la norma en los numerales 7.4.1 y 7.4.2.  7.4.3 La verificación de los productos comprados lo hacen los consejos municipales- actas de recibo a satisfacción. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-10 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | YOLIMA ROJAS, ADRIANA RODRÍGUEZ, MARLON CAMARGO – Grupo Gestión Administrativa | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **PROCEDIMIENTOS EXISTENTES** | | | | | VER MATRIZ | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 04** | | | |
| Se observa enfoque a cumplir con los requisitos del cliente , del producto (7.1) y del SGC, son medibles y pertinentes a la política de gestión. | | | | | | | | |
| Se evidencia conocimiento sobre la aplicación, cumplimiento y participación de la política de gestión. | | | | | | | | |
| Fortaleza en infraestructura de centro de datos, organización, almacenamiento, SST y ambiente | | | | | | | | |
| Se observa seguridad y protección de la información, se tiene un servidor donde se mantienen archivos, con doble copia en servidores de “archivos y de copias”, se realiza verificación semanal de copia para determinar si se esta guardando adecuadamente la información. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No.05** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| No se encuentra aun en Neo gestión la actualización integrada de la caracterización de gestión administrativa | | | | | | | | |
| Con el fin de realizar un adecuado tratamiento a los equipos que se integren a la unidad- Colombia Humanitaria, Fondo de calamidades (fondo nacional de gestión del riesgo), es adecuado realizar un filtro y determinar mediante diagnostico el estado actual de los equipos a fin de evitar vincular equipos obsoletos a la unidad y realizar un desgaste administrativo innecesario. Asociado a Programa de gestión para el manejo integra de residuos PRO-1300-SIPG-01 V. 2. | | | | | | | | |
| Mediante entrevista se observa que el mecanismo o herramienta que existe para comunicar y reportar eventos en temas de Gestión Ambiental STOP en la UNGRD, no es conocido por las personas entrevistadas. | | | | | | | | |
| ATENCIÓN AL USUARIO  No se evidencian resultados, ni registros anteriores para las sedes en Gestión al cliente.  No se han tenido observaciones o hallazgos asociados a gestión del cliente. | | | | | | | | |
| Caracterización solicita como entradas: Listado de proveedores y GARANTÍAS, los cuales no se tienen disponible a la fecha. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 16** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE  Dentro del proceso de Atención al ciudadano, existen protocolos para garantizar la oportunidad en la respuesta, así como procedimientos para los diferentes canales de Atención ofrecidos por la UNGRD: Presencial, virtual, telefónica, línea gratuita, sin embargo estos mecanismos no reflejan la percepción del usuario en la oficina de atención, ya que la entrevista definida no esta orientada al servicio prestado allí; por lo cual no se evidencia que la metodología sea adecuada para el análisis de la satisfacción del cliente. | | | | | | | | |
| 8.2.1 SATISFACCIÓN AL CLIENTE  No se evidencia aplicación de la encuesta de satisfacción, descrita en el procedimiento PR-1603-GSC-01, ya que en su mayoría los usuarios son remitidos a otras entidades para realizar sus tramites y el formato FR-1603-GSC-05, no describen los criterios aplicables a este tipo de servicio.  Se evidencia encuesta de satisfacción FR-1603-GSC-18 V. 1  Se revisa encuesta y no se determina líneas de servicio de la unidad y las características de calificación no muestran coherencia con los objetivos organizacionales. | | | | | | | | |
| 6.3 / 4.4.1 INFRAESTRUCTURA  No se encuentra identificada la infraestructura necesaria y existente para la realización de los procesos, como tampoco que existan condiciones especificas de trabajo, y se encuentran definidas  A la fecha no se ha realizado un plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de bienes muebles e inmuebles, actualmente se encuentran aún dentro de la garantía, varios de los equipos.  REQUISITOS: 6.3, 61.  Actualmente se esta trabajando en la formulación de plan de mantenimiento preventivo y correctivo UNGRD, Código PLA-1603-GBI-01 V. 1 mayo 5-5-2015.  No incluye Provisión de recursos, infraestructura, ambiente de trabajo necesaria como:  1. Edificios, espacio de trabajo, servicios asociados.  2. Herramientas, equipos y sistemas de información(hardware y software).  3. Servicios de apoyo (transporte y comunicación).  Así mismo no Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo realizadas | | | | | | | | |
| 7.1 PLANIFICACIÓN  No se evidencia Planificación de realización de la prestación del servicio coherente a los requisitos de los procesos de la organización, Determinación de objetivos de calidad y requisitos del producto, Procesos y documentos pertinentes, en los subprocesos de infraestructura (dispositivos de seguimiento y medición e infraestructura). | | | | | | | | |
| 8.2.4 / 4.5.1 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.  No se encuentran Inspecciones de   1. Instalaciones, zona administrativa y bodega 2. Atención emergencias 3. Sustancias químicas | | | | | | | | |
| 4.5.2 CUMPLIMIENTO LEGAL  No se evidencia cumplimiento de disposiciones legales relativas a Vehículos (27 vehículos, plan de seguridad vial, fondo), no se tiene a la fecha formación de conductores en seguridad vial.  No se cuenta con kit anti derrames y equipo de carretera de vehículos. | | | | | | | | |
| 8.5.2 / 4.5.3 ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.  Se evidencian Acciones correctivas, preventivas y de mejora que no han sido documentadas y las que se encuentran tramitadas no presentan eficacia en los planes de acción planteados. | | | | | | | | |
| 7.5.1 / 4.4.6 CONTROL DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO  GESTIÓN DE SERVICIO AL CIUDADANO  1. Se observa procedimiento PR-1603-GSC-01 V. 1 de 08-jul-2014, se describe la necesidad de aplicación de un formato Registro de Atención FR–1603-GSC- 01, donde se aclara que se deben llenar todos los espacios del formato sin excepción (punto 2, punto 6 y punto 16 se repite el mismo comentario ); además el paso 7 describe un ticket el cual no se evidencia aplicado, al igual se describen 10 plantillas asociadas donde no se enlaza el link para usarlas.  2. Procedimiento atención presencial PR-1603-GSC-01, se cuenta con formato de registro de atención FR-1603-GSC-01 de 08-jul-2014. X no se esta llevando, actualmente se esta haciendo en aplicativo, peticiones, quejas, reclamos y denuncias - cambia nombre de registro de físico a virtual. NO se evidencia coherencia : (descripción, datos del usuario, consultas, tipo de solicito, áreas consultadas.), con el fin de optimizar mucho el proceso. | | | | | | | | |
| 4.2.4 / 4.5.4 CONTROL DE REGISTROS  Se observa un formato F-1603- GSC-03, no coherente con formato en uso FR- 1603-GSC-01  El formato de registro de atención, formato asignación de casos FR-1603- GSC-04 actualmente no se ha contratado.  La actividad de recibir la respuesta a la consulta y registrarla en el formato registro de atención. No se ha realizado a la fecha. | | | | | | | | |
| 8.2.3 SEGUIMIENTO DE PROCESOS  Se cuenta con 2 indicadores  1. Estado de la `PQR resuelta, META: 100%, PQR sin respuesta, mensual , la frecuencia del indicador reporta mensual, en una acción correctiva el plazo no permite implementar acciones efectivas.  2. Oportunidad de las repuesta en el servicio, mensual meta 100%, formula, numero de requerimientos atendidos oportunamente / atendidos, no es coherente ya que no se mide satisfacción al cliente  3. Cumplimiento de plan de acción semestral, meta 100%, formula actividades ejecutadas / planificadas.  4.% de favorabilidad encuestas sobre 3.5 del total de la escala sobre el total de encuestas, no aplicable.  No se evidencia medición de todos los indicadores ya que por la aplicación de la encuesta no se tiene suficiente información. | | | | | | | | |
| 6.2.2 / 4.4.2 COMPETENCIAS, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA  Se verifica mediante entrevista conocimiento y participación del personal líder y de apoyo en los subprocesos, no se evidencia claridad en Normograma,  SST y ambiente: no es clara la documentación ni ruta de acceso asociada a temas ambientales y de SST  COPAST: No se tiene claridad  Comité de convivencia: No se evidencia claridad.  ICAI: No se evidencia conocimiento de las siglas, reportes de novedades,  ambiental | | | | | | | | |
| 5.5.1 / 4.4.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD  Organigrama y manual de funciones:  No se evidencia facilidad en el acceso para el ingreso en la plataforma para el acceso de manual de funciones y especificaciones de cargo. | | | | | | | | |
| 5.5.3 / 4.4. 3 COMUNICACIÓN  Matriz de comunicación interna no se evidencia claridad en su búsqueda. | | | | | | | | |
| **BIENES MUEBLES E INMUEBLES**  8.2.3 / 4.5.1 SEGUIMIENTO DE PROCESO  Indicadores de proceso:  %Ejecución de plan anual de adquisiciones, trimestral meta 90%, neogestión aparece 100% en ficha de presupuesto ejecutado / presupuesto planeado: medido ene-mar- 1.171.335.969 / 2.535.032.453: Resultado primer trimestre, 70%, se observa que fue mal planteado el indicador ya que requiere cumplir 100% desde el primer trimestre y no se evidencia cumplimiento, la meta no se definió basada en ningún histórico real.  % legalizados contablemente: mensual, meta 90%, coherente, medido desde feb-2015, reportes realizados a Un/ total adquiridos, esta registrado actualmente como eficacia se cumplía con 100%, mas no agrega valor para la toma de decisiones.  % bienes asegurados: Reportes realizados a la aseguradora /adquisidores, trimestral, 90%, OM, actualmente no agrega valor, es un requisito obligatorio el reportar.  % dados de baja: semestral 90%, numero de bienes dados de baja/ Numero de bienes obsoletos. NO HA SIDO MEDIDO A LA FECHA  No se evidencia la mejora del sistema basado en los indicadores planteados, no Se han emprendido acciones a partir del análisis de indicadores | | | | | | | | |
| **BIENES MUEBLES E INMUEBLES**  7.6 DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN  No Se definen equipos que requieren calibración, Hoja de vida de equipos, Certificados de compra, garantía, Cronograma de planificación, registros de calibración y verificación, certificados patrón, no se cuenta con registros de resultados dentro de los rangos permitidos y planes de acción asociados lo cual no evidencia implementación del requisito 7.6 de la norma ISO 9001:2008 | | | | | | | | |
| **BIENES MUEBLES E INMUEBLES**  7.4 COMPRAS  Para adquisición publica se evidencia registros como : Estudios previos y manual de contratación Resolución 807 de 2014  Listado de proveedores- contratación.  Estudios del sector, estudios de documentos previos, definición de los criterios de evaluación de las propuestas, autorizaciones, licencias o permisos.  Para la selección de las compras, se hace de acuerdo al manual de contratación :  1.Licitación  2. Selección abreviada: cuantía e inversa  3. Concurso de méritos  4. Precalificación.  5. Contratación directa.  Mas en la evaluación en el Manual de contratación no han sido definidos criterios definidos y no se mantienen registros de Verificación de producto comprados: certificado de producto y garantías, según lo requerido en los numerales 7.4.1 y 7.4.3 de la norma ISO 9001:2008. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-11 | FECHA | | 31-ago-15 | PROCESO | | GESTIÓN FINANCIERA | |
| DIAGNÓSTICO No. |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | PATRICIA GALLEGO – Grupo Gestión Financiera | |
| AUDITOR | AUDITADOS | |
|  |  | |
| DOCUMENTOS DE REFERENCIA | | | | | REQUISITOS AUDITADOS | | | |
| PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO | | | | | VER MATRIZ | | | |
|  | | | | |  | | | |
| FORTALEZAS | | | | | No. 02 | | | |
| Se evidencia conocimiento de definiciones y aplicación de acción preventiva, se dan ejemplos específicos de la aplicación de prevención, como también de prevención de riesgos por proceso para evitar su materialización.  Acción asociada al cliente No. 48 de 29-mayo-2012, acción 94 del 12-jun-13.  Se observa acción de mejora para la reducción en la generación de papel por parte de la oficina, enviando la documentación en medio magnético, dado el volumen de anexos por conciliaciones y extractos bancarios | | | | | | | | |
| Se cuenta con Caracterización C-1605-GF-01 V. 2 de 30-06; donde se describe el objeto del proceso: “Registros presupuestales y contables, necesarios para la ejecución de los recursos y suministrar información relevante para la toma de decisiones”.  ACTIVIDAD DE:  1. Desglose de presupuesto  2. Elaboración de estados financieros.  REQUISITOS APLICABLES:  MECI: Modulo de control de planeación y gestión, Modulo de evaluación y seguimiento, información y comunicación.  GP-1000: 4.1.- 4.2.3 4.2.4, 5.6.2 Estado financieros, 6.1 provisión de recursos.  8.2.3, 8.4, 8.52  OHSAS E ISO : 4.3.1- 4.4.1, 4.4.3, 4.5.1, 4.5.3, 4.4.7- 4.3.3 OBS caracterización.  PROCEDIMIENTOS:  1. PR-1605-GF-01 Desagregación al presupuesto de personal y gastos.  2. PR-1605-GF-02 Expedición del certificado de disponibilidad presupuestal.  3. PR-1605-GF-03 Procedimiento otorgar Registros Presupuestal de Compromiso  4. PR-1605-GF-05 Constitución de rezago presupuestal  5. PR-1605-GF-06 Realizar pagos  6. PR-1605-GF-07 Declaraciones tributarias nacionales y distritales.  7. PR-1605-GF-09 Determinar necesidades del PAC (Plan anual de caja)  8. PR-1605-GF-11 Presentación de estados financieros  9. PR-1605-GF-19 Arqueo de Caja  10. PR-1605-GF-21 Creación y modificación de terceros.  MECI: Aplica por cumplimiento de normativas Estatuto orgánico de presupuesto, régimen contable, | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | No.01 | | |
| OBSERVACIONES | | | | | |
| No se observan acciones correctivas y de mejora documentadas del último año | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | No. 03 |
| NO CONFORMIDADES | | | | | | | |
| 8.2.3 / 4.5.1 SEGUIMIENTO A PROCESOS  Se evidencia reporte de seguimiento de: Pagos, ingresos, hallazgos, total de requerimientos recibidos.  1. Pagos: Mejorar y analizar el proceso de pagos, tiempo establecido ( 3 días), 99%, cumplimiento de indicador, mensual, falta reporte de agosto, se observa en incumpliendo : marzo 87%, enero 89%, octubre 73, sin acciones correctivas asociadas.  2. Requerimientos: falta reporte de mayo y agosto, meta: 100%, formula: total de requerimientos resueltos dentro del plazo, no se ha alcanzado la meta desde junio 2012.  3. En Requerimientos; Se observa incumplimiento para los meses de junio y julio, respecto a la meta que es del 100%. Falta reporte de mayo y agosto. No se toman acciones correctivas de manera mensual, de acuerdo con la forma en la que se mide el indicador. Las acciones implementadas no logran atacar la falla en el proceso, toda vez que no se identifica plenamente en el plan de acción la causa del incumplimiento.  4. permanencia de los recursos en los bancos, no tiene medición trimestral, no se tiene a la fecha resultado del indicador.  No se evidencia toma de acciones en Isolución para todos los indicadores incumplidos, se observan una Acción correctiva por Diagnóstico cerrada a la fecha que no determina planes definitivos para evitar el incumplimiento. | | | | | | | | |
| 6.2.2 – 4.4.2 COMPETENCIAS, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA  Mediante entrevista con funcionarios se busca identificar la socialización y capacitación que ha tenido el SIPLAG con respecto a su implementación y cumplimiento, se observa debilidad en la comprensión y participación desde el proceso en: Aplicación de calidad y GP 1000- en el Sector publico, requisitos, mapa de riesgo por procesos y caracterización no identificada. En SST: no se relaciona métodos de identificación de peligros, investigación de accidentes, Salud, causas de enfermedad, como tampoco se facilita la búsqueda de  Matriz de peligros y riesgos- matriz legal- Normograma FR-1300-SIPG-09 V. 1 de 11-jul-2014 y  Matriz de requisitos ambientales y SST- FR-SIPG-1300-03 /  NO se evidencia facilidad en la consulta. | | | | | | | | |
| 8.3 SERVICIO NO CONFORME  Aunque existe un procedimiento documentado para el control del producto no conforme PR-1300-SIPG-09 V.02 de 07-nov-2014 y mapa de riesgos por procesos FR-1400-OCI-01 V. 2, no se incluyen los aspectos que podrían ser parte de estos como:  1. Pagos fuera de plazo,  2. No realizar tratamiento de pago.  No existen registros conformes a la metodología requerida y no se plantean acciones para evitar la materialización del riesgo; el que esta identificado esta orientado únicamente a contratistas y no general, lo cual puede incurrir en sanción por el ministerio de hacienda y crédito publico, además puede ser castigado el presupuesto otorgado por el PAC para el siguiente mes. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Elaborado por: | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-12 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | COOPERACIÓN INTERNACIONAL | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | CAMILA CHAPARRO- Cooperación Internacional | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **Procedimientos del área.** | | | | | Ver matriz | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 01** | | | |
| Se cuenta con procedimiento documentados para realizar de forma estandarizada las actividades definidas por el proceso.  1. Procedimiento asistencia técnica PR-1602-C1-01 V. 1 de 08-jul-2014  2. Procedimiento de capacitación PR-1602-C1-02 V. 1 de 08-jul-2014  3. Procedimiento de convenios PR-1602-C1-'03 de- 08-jul-2014  4. Recibo y transferencia de donaciones PR-1602-C1-04 de 08-jul-2014  5. Gestión de intercambio de experiencias PR-1602-C1-05 de 08-jul-2014. | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No.01** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| **N**o se tiene claridad ni se identifica donde buscar información ambiental | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 02** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 6.2.2 / 4.4.2 COMPETENCIAS, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA  No se ha realizado capacitación de manejo de estrés y participación de batería de riesgo psicosocial, no se tiene claridad sobre mejora continua, se desconoce objetivos ambientales, no se identifica criterios asociados a las políticas de gestión y SST, no se tiene información suficiente sobre calidad y ambiente: objetivos, metas y programas. | | | | | | | | |
| 8.2.3 / 4.5.1 SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS  Se observan 7 indicadores de las áreas.  1. Asistencia técnica, formula expertos que brindan asistencia / meta establecida X, meta es de 100%, no se evidencia dato estándar para base de análisis y es un evento externo que no se puede controlar con plan de acción.  2. Participación en instancias internacionales, participación en instancias internacional / meta establecida, sin base.  3. Cumplimiento del plan estratégico de cooperación, el plan estratégico de cooperación se venció a finales del 2014 y no ha sido actualizado, pendiente por firmas externas de cancillería, por lo tanto el indicador esta detenido para su medición.  4. Capacitados: bimensual, meta 100%, formula Capacitados / meta establecida sin base)  5. Convenios firmados  6. Intercambios ejecutados  7. Proyectos financiados.  No se evidencia base de análisis para indicadores de gestión en el área de cooperación internacional, las metas se establecieron sin determinar la capacidad de los proceso y cuando se han incumplido no se han definido acciones para prevenir la repetición del incumplimiento. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-13 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | GESTIÓN CONTRATACIÓN | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | JORGE ANDRÉS BOHÓRQUEZ – NATALIA REYES Grupo Gestión Contractual | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **Procedimientos aplicables** | | | | | Ver matriz | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 03** | | | |
| Se observa caracterización que define objeto de: Orientar, analizar y adelantar los procesos para la adquisición de bienes y servicios y obras (alquiler, donación, consultoría).  Tipo de bienes o servicios comprados.  Fondo: asistencia humanitaria de emergencias. (alimentos, elementos de hogar, aseo)  Bienes: camionetas, perforadoras de pozos, motobombas, carro tanques, maquinaria amarilla. Dotación, alquiler de equipos e impresoras. | | | | | | | | |
| Para la gestión de contratación se cuenta con Procedimiento para la adquisición de asistencia humanitaria de emergencia.  1. información de entrada y respuesta : temporalidad de la información Decreto 0019 de 11-abr-2015. documento soporte 16-abr-2015, Criterios definidos en la declaratoria de calamidad publica o Desastre. Análisis de información, no se deja evidencia de esa revisión, se expide orden de adquisición.  2. Definir y autorizar el tipo y cantidad de ayuda complementaria necesaria. Orden no. 053 de 21-abril-2015.  3. Definir y autorizar el tipo y cantidad de ayuda complementaria necesaria.  4. Registrar la información, visor, (fecha, dpto., municipio, evento, código policía, detalle del apoyo, decreto de calamidad, atención. comentarios)  5. Constancia de afectación presupuestal. No. 151361 Objeto, Fecha 4-jun-2015.  6. Orden de proveeduría, para autorización de la entrega de bienes y servicios. No. 053 de 21-abril-2015, Ordenadores del gasto.  7. Instrucción de ratificación para el pago CÓDIGO: SMD (Subdirección manejo de desastres- ratificación-2015-099) 2 jun-2015.  8. Declaratoria de calamidad publica  9. Ratificación de pago de compraventa | | | | | | | | |
| Se observa conocimiento de temas en neogestión como matrices, programas, comités, requisitos relacionados, respuesta ante emergencias, por el personal entrevistado en el proceso de contratación. | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No.01** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| **Dentro de los** Criterios definidos en la declaratoria de calamidad publica o Desastre y el análisis de información, no se deja evidencia de esa revisión, se expide orden de adquisición. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 04** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 6.2.2 / 4.4.2 COMPETENCIAS, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA  Para verificación de socialización y participación en el sistema de gestión integral, se realizan entrevistas a el líder de proceso y funcionarios del mismo, en los cuales se evidencia debilidades en búsqueda, definición y aplicación de conceptos relativos al SIPLAG y que son de consulta en neogestión, se observa repetición del evento ya que había sido detectada en Diagnóstico interna. | | | | | | | | |
| 8.5.2 / 4.5.3 ACCIONES CORRECTIVA  Se observan acciones correctivas No. 166, 167, 169  1. Se observa hallazgo de no conformidad No. 5 no cargada en neogestión, la cual no referencia el incumplimiento basado en un procedimiento o método existente para verificar el criterio incumplido, así mismo se comenta “registros requeridos para la liquidación de los contratos” que no permiten verificar su diligenciamiento, además plantean corrección en plan de acción lo cual no evita la repetición del evento y no asegura su eficacia.  2. Se observa No conformidad 166, Se evidencia incumplimiento a procedimiento PR-1604-GCON-07 V. 1 de 20-jun-2014 donde se solicita realizar estudios previos en el numeral 6, y cita un decreto 1510 del 2013, el cual esta derogado por el decreto 1082 de 2015, mas no se define que registro asociado que aplica; sin embargo la no conformidad no describe el origen del incumplimiento y la orienta a “control de registros” que no es el incumplimiento asociado- si no control de proceso, los planes de acción son correcciones que no apuntan a la causa raíz.  Lo anterior no presenta evidencia de análisis de causa, detección de la raíz y eficacia en la toma de acciones planteada siendo esta una desviación a lo requerido en el requisito 8.5.2 y 4.5.3 de las normas verificadas. | | | | | | | | |
| 8.5.3 / 4.5.3 ACCIONES PREVENTIVAS  De acuerdo al procedimiento de acciones preventivas PR-1300-SIPG-05 V. 4 de 26-ago-2015, se observa varias acciones en el proceso de contratación originadas por observaciones de Diagnóstico interna, mas en verificación no se evidencia aplicación de métodos de análisis de causas y no se observa eficacia en el tratamiento. | | | | | | | | |
| 7.4 COMPRAS  Aunque se conocen y se encuentran definidos por escrito los productos y los requisitos solicitados a los proveedores mediante contratos, no existe una selección de proveedores y no se encuentran definidos los criterios de selección, no se evidencia evaluación de proveedores, ni criterios acorde a las necesidades de la organización.  No se observan registros de las evidencias de cumplimiento de los criterios de selección y evaluación y reevaluación  No se observa definida una metodología adecuada para inspección de los productos comprados, ni las responsabilidades para la inspección de los productos comprados  No se observan registros de las inspecciones conformes a la metodología definida. | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-14 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | CONTROL DISCIPLINARIO | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | ELEONORA SERNA – Control Disciplinario, | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| **Procedimientos del proceso** | | | | | Ver matriz | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 02** | | | |
| Dentro del proceso se cuenta con indicadores de gestión de los cuales en el momento se evidencia cumplimiento y se observa un análisis pertinente a los requerimientos del proceso  1. Procesos disciplinarios dentro del plazo / total procesos en curso, frecuencia semestral, meta 100%, 2015 tramitados 16 /16, cumplimiento. Ok  2. Oportunidad en el tramite de quejas oficios y informes oportunamente/total en el periodo, meta: 100%, frecuencia semestral, 1 queja 2015: cumplida. | | | | | | | | |
| Se evidencia acción de mejora tramitado en el proceso en optimización de formatos con control disciplinario. | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No. 03** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| Se observa la Caracterización de procesos por mejorar se escaneo en diferentes posiciones lo que dificulta su lectura | | | | | | | | |
| Existen condiciones especificas de trabajo, y se encuentran definidas  Aunque se conocen y se identifican peligros: lesiones por caída de objetos, la responsabilidad de reportar novedad, no se puede acceder a la tarjeta ICAI. | | | | | | | | |
| En verificación de cumplimiento del procedimiento Ordinario disciplinario se observa:  1. Radicado de dependencia, manual en correspondencia de secretaria general. Se lleva reporte de datos temporal en Excel, que no registra fechas en algunos y no tiene formato controlado.  2. Definir si aplica auto inhibitorio, competencia del proceso, Ley 734 de 2002. (no se describe en el procedimientos).  3. Comunicación, se genera notificación al funcionario. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 01** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 8.5.2 / 4.5.3 ACCIÓN CORRECTIVA  Se evidencia acción correctiva basada en Diagnóstico interna por Retención documental, Siplag contratación para control documental, que define correcciones y no acciones definitivas que eviten la repetición del evento. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-15 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | TALENTO HUMANO | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | LAURA AMADO – Grupo Gestión Talento Humano | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
| Caracterización de proceso c-1601-GTH-01 V.1 de 14-mar-2014. | | | | | Ver matriz | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 04** | | | |
| Se observa Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPAST- busca velar por la seguridad y salud laborar, siendo componente y apoyo fundamental del SG-SST (Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo)  Integrantes: Dr. Carlos Iván Márquez Pérez – Ing. Yacir Ramírez – Adriana Rodríguez – Lorena Cárdenas –Lina Hernández – Tatiana Laverde – Magda González. | | | | | | | | |
| Se evidencia ejecución de actividades como  −Inspección de orden y aseo.  −Instalaciones locativas.  −Extintor  −Botiquín.  −Inspección ambiental. | | | | | | | | |
| Existen instrucciones de trabajo se encuentran disponibles en los puestos de uso y están actualizadas. | | | | | | | | |
| Se encuentran definidos los cargos o funciones de la organización en organigrama Decreto 4147/ 2011 creación de la unidad, 2672/2013 modifica la estructura y 2673 modifica la planta.  Para definición y perfiles de cargo, mediante gua de gestión publica para modificación de funciones y decreto 1785 de 2014.  Se encuentran documentadas las responsabilidades de cada puesto de trabajo referidas al sistema de gestión de la calidad, seguridad, ambiente en manual de funciones. | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No.02** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| Dentro del programa de inspecciones se menciona requerimientos legales que pueden llegar a quedarse obsoletos y que conllevan cambio de documentos por esta causas. | | | | | | | | |
| Se encuentran comunicadas las responsabilidades a cada uno de los empleados de la organización, mediante envió en correo ultimo marzo 2015. OBS (se envió manual completo no queda evidencia de lectura). | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No. 12** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 5.5.2 / 4.4.1 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN  Aunque se observa conocimiento de la asignación del responsable del sistema de gestión a el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación e Información-OAPI- de la UNGRD, mediante Resolución 1155 de 29-ago-2013.Resolución 1219 de 04-sept-2013, Acta de posesión de cargo como Jefe de Planeación, no se evidencia la evidencia tangible que describa las funciones relacionadas con el SIG.  1. EL aseguramiento, establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema.  2. Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora.  3. Asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del cliente  No se evidencian registros del cumplimiento de las responsabilidades. | | | | | | | | |
| 4.2.4 /4.5.4 CONTROL DE REGISTROS  Se observa en neogestión la descripción de FR-1601-GTH-04 correspondiente al formato de cronograma de actividades de SST y otro documento con código RG-1601-GTH-17 como registro de cronograma el cual no coincide con lo descrito.  Así mismo se observa formato de incentivos FR-1601-GTH-76, que registra en neogestión con código FR-1601-GTH-77.  Incumpliendo lo definido para control de documentos en el procedimiento | | | | | | | | |
| 4.3.1 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS EVALUACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES.  No se evidencia matriz de peligros para centro nacional logístico, incumpliendo el requisito 4.3.1 La entidad debe establecer, implementar y mantener procedimiento para la identificación continua de peligros, evaluación de riesgos y la determinación de controles, para los peligros identificados originados dentro y fuera del lugar de trabajo capaces de afectar adversamente a la salud y seguridad de las personas. | | | | | | | | |
| 4.5.2 CUMPLIMIENTO LEGAL  Se observa un cronograma de trabajo en alturas FR-1601-GTH-84, donde se planean futuras actividades de cumplimiento legal, lo cual va en contraposición con los criterios de evaluación de cumplimiento, se definen actividades como:   |  | | --- | | 1. Entrenamiento coordinador trabajo en alturas | | 2. Adquirir elementos de protección personal para trabajo en alturas | | 3. Adquirir elementos para rescate en alturas  Y no se evidencia a la fecha diligenciada matriz de elementos de protección para actividades identificadas en matriz con riegos medio y alto, no se tiene a la fecha inventario de EPP, hoja de vida (arnés eslingas líneas de vida), registros de entrega, inspección de EPP realizadas, capacitación uso adecuado de EPP, incumpliendo requisito 4.5.2 de la norma OHSAS 18001:2007. | | | | | | | | | |
| 4.4.7 RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS  No se evidencia realización de simulacro en sedes como Centro logístico, calle 100 y otras sedes, incumpliendo el requerimiento 4.4.7 de la normas ISO 14001:2004 Y OHSAS 18001:2007, en cuanto solicita la entidad deber realizar pruebas periódicas de su procedimientos para responder a situaciones de emergencia que involucre todas las partes interesadas. | | | | | | | | |
| 4.3.3 OBJETIVOS Y PROGRAMAS  No se evidencia cumplimiento de las actividades tendientes a las inspecciones planeadas relacionadas con la Seguridad y Salud en el Trabajo-SST, que están planificadas en el cronograma de actividades FR-1601-GTH-04, incumpliendo lo definido en el requisito 4.3.3 que solicita que la entidad debe establecer, implementar y mantener objetivos de SST y acompañarlos de programas de gestión que permitan alcanzar los objetivos; donde se describan responsabilidades y autoridades para lograr los objetivos, medios y plazos para lograrlos. | | | | | | | | |
| 4.5.2 CUMPLIMIENTO LEGAL  Aunque los controles operacionales y en cumplimiento de la legislación la entidad define   Programas   1. Riesgo psicosocial 2. Desorden musculo esquelético   Mas en verificación no han sido implementados y no se han realizado las capacitaciones asociadas, ni pausas activas en ninguno de los procesos.  se describe riesgo psicosocial valorado como medio, como no tolerable con plan de acción de capacitar al personal sobre manejo y control de estrés, aplicación de batería de riesgo psicosocial y en el año en curso no se ha realizado. | | | | | | | | |
| 4.4.1 RECURSOS  Se requieren Recursos asociados a los controles descritos en la matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos no tolerables donde se describen Epp, Equipo de rescate, arnés, cascos y demás recursos; los cuales a la fecha no se encuentran adquiridos, ni suministrados en las actividades requeridas; incumpliendo lo definido en el requisito 4.4.1 de la norma OHSAS 18001:2007, que describe “la entidad debe asegurar la disponibilidad de los recursos esenciales para establecer, implementar, mantener y mejorar el sistema de la SST. | | | | | | | | |
| 4.3.1 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS.  En verificación de procedimiento PR-1601-GTH-09- v.1 y matriz asociada RG-1100-DG-07 / FR-1601-GTH-14 V. 01, entre otras, se observan las siguientes desviaciones:  1. Se tiene mecanismo de tarjeta ICAI- para identificación de peligros, el cual no registra en procedimiento, ni aclara su aplicación.  2. El procedimiento no define cuando una actividad es rutinaria o no rutinaria.  3. Peligros identificados en el campo - (no existe mecanismo de reporte en procedimiento). (literal d y e)  5. Se cuenta con programa de inspecciones que aplica para literal f (Infraestructura, equipos y materiales), que no se incluyen dentro de procedimiento descrito.  En el método de valoración la matriz contempla evaluar la probabilidad, exposición, mas el procedimiento no describe como se aplica este método y la entidad no asegura que se consideren los resultados de estas evaluaciones para determinar controles de “eliminación, sustitución, controles de ingeniería, señalización y equipos de protección, incumplimiento en total de los requisitos del numeral 4.3.1 de la norma OHSAS 18001:2007. | | | | | | | | |
| 6.2.2 / 4.4.2 RECURSOS HUMANOS- GENERALIDADES  La caracterización de Talento humano identifica actividades de: selección, contratación personal de planta, inducción,  1. La identificación de vacante- se determina a través del plan anual de vacantes- 2015, junto con procedimiento de vinculación PR-1601-GTH-01 V. 3 de 27-jun-2014.  2. Publicación vacante NO SE REALIZA, no se abre a convocatoria publica, se evidencia incumplimiento.  3. Selección, se basa en manual de funciones y competencia, entrevista de la cual no se evidencian CUMPLIMIENTO. procedimiento de vinculación.  4. Inducción, re inducción y capacitación. Documento Manual de inducción y re inducción M-1601-GTH-01, Plan institucional de capacitación PLA-1601-GTH-05, Cuadro de seguimiento al PIG.  5. Evaluación de desempeño, acuerdo de comisión Evaluación profesionales PR-GTH-07, para funcionarios, no para contratistas.  6. Resoluciones- rendimiento de los profesionales. Resolución 1090 y 1091 de rendimiento de provisionales y carrera.  7. Evaluación de eficacia Plan institucional de capacitación, no se mantienen registros de todas las capacitaciones suministradas.  Por lo anterior se evidencia incumplimiento asociado al requisito 6.2.2 y 4.4.2 de las normas verificadas. | | | | | | | | |
| 6.2.1 / 4.4.2 COMPETENCIAS, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA  Se definen Perfiles y funciones de cargos, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación o similares; mas en verificación no existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización; como tampoco se mantienen registros de educación, experiencia y formación según lo definido en perfil para la muestra tomada: Talento humano, reducción del riesgo y cooperación internacional, incumpliendo lo definido en requisito 6.2.1 y 4.4.2 de las normas verificadas. | | | | | | | | |
| 6.2.2 / 4.4.2 COMPETENCIAS, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA  No Existe un plan de formación o programa de capacitación, registros de evaluación y de la efectividad de las capacitaciones o logro de competencias, ni se esta realizando evaluación de competencias u otro mecanismo que describa el como se identifican las necesidades de formación dentro de la entidad.  No se observa una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas, incumpliendo los requisitos 6.2.2 y 4.4.2 de las normas verificadas. | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 001-16 | **FECHA** | | 31-ago-15 | **PROCESO** | | EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO OCI | |
| **DIAGNÓSTICO No.** |
|  |
|  | ING. NORMA YAMILE USME CORREDOR | | | |  | | OLGA ARAGÓN – Jefe Oficina de Control Interno | |
| **AUDITOR** | **AUDITADOS** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS DE REFERENCIA** | | | | | **REQUISITOS AUDITADOS** | | | |
|  | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **FORTALEZAS** | | | | | **No. 01** | | | |
| Se tiene definida Caracterización del proceso C-1400-OCI-01 V. 1 de 13-nov-2013, que describe actividades de asesorar y evaluar de manera permanente a la alta dirección en el cumplimiento de los objetivos, metas y planes establecidos, en apoyo a la transparencia, eficiencia, eficacia y economía. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | **No.06** | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |
| Dentro de la caracterización de la OCI C-1400-OCI-01 V. 1 de 13-nov-2013 se definen como controles | | | | | | | | |
| Se tiene procedimiento de Diagnóstico interna PR-1400-OCI-06, V. 1 de 20-jun-2014, sin evidencia de participación de elaboro- reviso, según guía de auditores. | | | | | | | | |
| Caracterización de procesos de la OCI: No es claro la asociación de la oficina con las disposiciones planificadas en la política de la entidad en entrevista con los funcionarios. | | | | | | | | |
| No se evidencia información disponible de LEGISLACIÓN APLICABLE  1. Marco legal, normograma. observación  2. Roles matriz, decreto 1537 /2001,  3. Legislación: Decreto 2331/2007, energía; ley 373/97. | | | | | | | | |
| No se evidencia claridad en tratamiento de acción preventivas, correctivas y de mejora. | | | | | | | | |
| Aunque existen procesos para realizar el seguimiento, medición análisis y mejora en  Diagnósticos OCI "PR-1400-OCI-06, v. 1 de 20-jun-2014, este describe un formato estipulado. OCI- FR-1400-OCI-07, del cual no se evidencia cargue de acuerdo a lo descrito. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **No.** |
| **NO CONFORMIDADES** | | | | | | | |
| 7.5.1 CONTROL DE PROCESO  Se verifican los procedimientos de la OCI:  1. Admón. de riesgos por procesos por corrupción-  2. Asesoría de acompañamiento  3. Evaluación de control interna contable  4. Fomento de cultura de control  5. Diagnóstico al sistema integral de gestión,  6. Diagnóstico internas de gestión  7. Relación entes externos de inspección, vigilancia y control  8. Seguimiento y evaluación a planes de mejoramiento institucional y por procesos.  Aunque existe una metodología definida para la producción o prestación del servicio en la OCI, no existen registros cumplimentados conforme a lo definido en la metodología de prestación de servicio o actualmente se están haciendo de forma diferente y no se han actualizado a la fecha las instrucciones documentadas, incumpliendo lo definido en el requisito 7.5.1 de la norma ISO 9001:2008 Y NTC-GP 1000. | | | | | | | | |
| 8.2.2 / 4.5.5 DIAGNÓSTICOS INTERNAS  Se verifica cumplimiento del procedimiento de Diagnósticos internas PR-1400-OCI-06 V.1 de 20-junio-2014. Dentro del cual se describe en el paso 20 y 21 la matriz de seguimiento FR-1400-OCI-09; se hace en un registro de SIPLAG no controlado; así mismo se cuenta con formato de acciones correctivas FR-1300-SIGP-29, para tratamiento de acciones el cual no se esta asociando al tratamiento de los hallazgos y el procedimiento tampoco lo define para la aplicación de acciones correctivas y preventivas, según el requisito 8.2.2 y 4.5.3 de las normas verificadas. | | | | | | | | |
| 4.1 REQUISITOS GENERALES literal (g)  Se observa procedimiento PR-1400-OCI-01, V.2 matriz "aplicativo para el levantamiento de mapa de riesgos de corrupción de 20-jul-2014. FR.14001.ICI.02, requerimiento legal, Ley 1474 del 2011. Art. 73. /Estrategia para el plan anticorrupción, con riesgos identificados de  A. no reporte de organismos de control,  B. falta de criterio  Evaluado por seguimiento y monitoreo en el mapa de seguimiento, fecha: 09-jul-2015, cuatrimestral; no se evidencia coherencia con el plan estratégico anticorrupción.  Donde se plantean Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano. Se establece periodicidad abril 30, agosto 31 y diciembre 31, no se evidencia insumos: planeación, OCI y lideres de proceso.  Se observan reporte de riesgos y análisis de causa no coherentes, con planes de acción y seguimiento que no responden a los criterios planteados. | | | | | | | | |
| 4.1 REQUISITOS GENERALES literal (g)  Se observa mapa de riesgo con plan de acción y seguimiento en vacío- no se tiene información suficiente que demuestre el control apropiado a estos; se tienen cargados todos los mapas de procesos obsoletos, según procedimiento de control de documentos, PR-1300-SIGP-07 v.4 estipula que sean visibles solo para el responsable SIPLAG. | | | | | | | | |
| 6.2.2 / 4.4.2 COMPETENCIAS, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA  En entrevista con los funcionarios de la OCI, para verificar socialización y participación en el mantenimiento y mejora del sistema integral de gestión se observa que no se asocian los temas objeto de la certificación y objetivos asociados al sistema por todos los funcionarios del área; así como aspectos SST, Ambiente, MECI y GP 1000.  El desarrollo de las actividades de mejoramiento, no se asocian fácilmente con los roles de la OCI  No se relacionan fácilmente los métodos de seguimiento y como se cumplen: matrices y requerimientos legales. (marco legal y normograma)  No se identifican definiciones como aspecto significativo y riesgo no tolerable.  Registro: STOP, FR-1300-SIPG-07.  Se describen situaciones de seguridad industrial como ambientales, se tiene confusión en los conceptos (ICAI- STOP). | | | | | | | | |
| 4.5.2 EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO LEGAL.  No se ha realizado capacitación legal en seguridad industrial y ambiente. | | | | | | | | |
| 7.5.3 TRAZABILIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO  En verificación del cumplimiento del procedimiento de Asesoría de acompañamiento PR-1400-OCI-02, se plantea remitir jefe correo electrónico y controles en los puntos 6, 7,8 9 tratan temas de validación, que no se realizan de esta manera y no se cumplen las disposiciones planificadas, incumpliendo el requisito y la trazabilidad del servicio suministrado por la OCI. | | | | | | | | |
| 6.3 INFRAESTRUCTURA  En infraestructura 6.3 de la caracterización define infraestructura tecnológica en la pagina 5 de 7 ( LITIGOG- ahora se llama ECOGUI, Aplicativo DAFP, no existe), se encuentra desactualizada. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Elaborado por:** | | |  | | | | | |

***Oportunidades de Mejora***

1. Empoderamiento de la toma de acciones preventivas en cada proceso

2. Optimización documental en algunos procesos.

3. Revisar procedimientos y ajustarlos a los cambios identificados y los procesos actuales

VI. CONCLUSIONES

***General***

Descripción General de la Organización.

Se observa mantenimiento de los sistemas integrales de gestión,

* **Planificación**
* Requisitos de Documentación (incluyendo Control de Documentos y Registros)

Se observa documentados e implementados todos los procedimientos obligatorios asociados a las normas tendientes a certificación, mas en verificación de los requisitos aplicables se determinan algunas no conformidades que son descritas en cada proceso.

* Política del Sistema de Gestión

Documentada, socializada e implementada a todo nivel de la organización.

* Objetivos y Programas de Gestión

Se verifican y se ajustan a los requerimientos determinados en la política de gestión; los programas de gestión ambiental dan respuesta a los impactos determinados como significativos en la entidad.

Pero en SST, no se evidencian en su totalidad los programas requeridos como son implementación de programa de riesgo psicosocial, trabajo en alturas, manejo defensivo, entre otros.

* Identificación y Evaluación de Aspectos, impactos y riesgos

Se observa desviación en la definición del procedimiento de identificación de peligros ya que no determina el método aplicable y existentes como es la tarjeta ICAI, no se describe la metodología de evaluación usado mediante GTC-45 y no se describen los controles y como se establecerán dependiendo la evaluación.

* Identificación de requerimientos legales y otros

Aunque se observa procedimientos y matrices de identificación legal, en verificación no se describen los debes relativos a las normas verificadas, método de identificación, evaluación y plan de cumplimiento.

* Estructura organizacional, roles, responsabilidad y autoridad

Se cuenta con Organigrama, manual de funciones y especificación de autoridades dentro de estos.

* **Implementación y Operación**
* Control Operacional

En la determinación y revisión de requerimientos, diseño y desarrollo, compras, control de la prestación del servicio, identificación y trazabilidad, preservación, se observan hallazgos de no conformidad relativos a los procesos misionales descritos en cada uno de los procesos.

* Preparación y respuesta ante emergencias

Se observa plan de emergencias Ambientales PLA -1300-SIPG-01 V. 4 de 28-08-2015, En el plan de emergencias sede principal PLA- 1601-GTH-01 V.2

el cual describe alcance para las instalaciones de la UNGRD, (Calle 26 (bodega) Calle 100, PGIR-AVG Pasto-Nariño y Centro Nacional de Logística).

Sin embargo en la verificación de la validación de estos no se observan controles asociados que mitiguen el impacto, en Pasto se observa goteo de productos químicos y no se evidencian Kits anti derrames. Dentro de los planes de prevención en el numeral 7.2 se estipulan recursos, capacitaciones, programas de manejo de residuos (los cuales no han sido aplicados para todas las sedes); como también dentro de las actividades descritas en el cronograma se planifica la realización de simulacros que a la fecha no se han ejecutado.

* Gestión del Recurso

Se observa planificación de asignación de recursos mediante presupuesto, pero en observación de rubros asignados a medio ambiente, SST y calidad en planeación estratégica, no se evidencia claridad en este criterio.

* Comunicación, participación y consulta

Se cuenta con procedimiento de comunicación, participación y consulta, matriz de comunicación y tarjetas como ICAI y STOP, sin embargo estos dispositivos y métodos no son conocidos por todos los funcionales de la entidad.

* Entrenamiento, sensibilización y Competencia

Dentro de la matriz de identificación de peligros se mencionan varias capacitaciones según los riesgos evaluados y en verificación de estos no se han cumplido, capacitación sobre riesgo publico, psicosocial.

* **Seguimiento y Medición**
* Seguimiento y Medición

incluyendo control de seguimiento y medición de los equipos, seguimiento y medición de los controles operacionales, desempeño HE, logro de los objetivos, satisfacción del cliente, procesos, productos, en los cuales se observa desviaciones asociadas a los requisitos de que son descritos en cada proceso respectivamente.

* Evaluación de la conformidad, mediante verificación de acciones no se evidencia eficacia en los planes de acción planteados, en su mayoría se describen correcciones que no previenen o evitan su repetición, se mencionan en cada proceso.

Se observa registros de ejecución de Diagnósticos internas, las cuales describen los requisitos aplicables y verificados en cada área, sin embargo se observan desviaciones generales y especificas que no fueron detectadas en este proceso y que tuvo que ser el foco de su aplicación, ejemplo (7.3 Diseño y Desarrollo y 7.4 compras, 7.6 Dispositivos de seguimiento y medición, 7.5.2 Validación y 7.5.4propiedad del cliente)

No se evidecian registros de revisión por la Dirección, identificación y evaluación de los requisitos legales y otros requerimientos, los procesos de acción correctiva y preventiva no demuestran eficacia en la redacción y cumplimiento de estas para evitar la repetición del evento.

* **Mejora**
* General (incluye análisis de datos)

En varios procesos revisados no se evidencia el análisis de datos, la reformulación de indicadores y los planes de acción asociados a cualquier incumplimiento que se puede observar.

* Acciones de mejora correctivas y preventivas

Las acciones correctivas no presentan eficacia ya que describen en un gran porcentaje correcciones y no evitan que los eventos se repitan.

No se evidencian documentadas acciones preventivas y de mejora asociadas a las actividades realizadas a diario.

* Revisión por la Dirección

No se ha realizado acta final consolidada con los requisitos aplicables y exigibles a la revisión por la dirección, se realiza una reunión especifica con el proceso, donde se aclaran los concepto y requisitos de los “debes” que exigen las normas a fin de ejecutar satisfactoriamente el proceso de revisión.

Se observa que la fase de planeación asociada a políticas, procesos, aspectos peligros y requisitos, riesgos administrativos ha sido identificado en toda la entidad, más en verificación de cumplimiento no se evidencia implementación en todas las áreas.

Los planes de adquisiciones, plan de vacantes, plan institucional, bienestar, institucional de capacitación y programas de gestión han sido documentados, más se observa desviaciones en la ejecución de actividades requeridas para su cumplimiento.

Se observan matrices  de riesgos en los procesos, matriz legal, aspectos y peligros, de los cuales no se ha hecho la socialización en todas las áreas y no se han cumplido el 100% de los controles.

Se han definido funciones, responsabilidades, que especifica perfil basado en formación, educación, habilidades y experiencia, mas no se describe evidencias de contratación e identificación de las necesidades de formación en el procedimiento.

•Se tiene definido procedimiento y matriz de comunicación más en verificación no es conocida por todas las áreas.

•Prestación del servicio, controles HSEQ, emergencias, han sido implementadas en todas las áreas. Falta alcance a otras sedes.

•Control de documentos define procedimiento mas no especifica un método que facilite la gestión documental, no considera tratamiento de documentos externos y obsoletos.

Para Medición y Seguimiento de los Procesos, servicios, Aspectos, Peligros, SGI, se definen indicadores de gestión de eficacia, eficiencia y efectividad, pero es necesario replantear para un adecuado análisis de datos y toma de acciones correctivas.

•Análisis de Datos / Evaluación cumplimiento de requisito, no descrito en todas las áreas.

• De las auditorías realizadas, se muestra evidencia, mas la descripción de los hallazgos es necesario revisarla.

•Producto No Conforme, No Conformidades, no define el 100% de los existentes, adquisiciones, servicio al ciudadano y prestación de servicio en los misionales.

•Accidentes / Incidentes, no se ha difundido el método y es requerido el simulacro y lecciones aprendidas de estos.

RESUMEN TOTAL DE HALLAZGOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROCESO | Requisitos objeto de hallazgo | TOTAL |
| Gestión Gerencial | 6 | 6 |
| Planeación Estratégica | 4 | 10 |
| OAPI | 6 | 16 |
| Gestión Jurídica | 3 | 19 |
| Gestión Sistemas información | 2 | 21 |
| Gestión comunicaciones | 2 | 23 |
| Gestión conocimiento del Riesgo | 4 | 27 |
| Gestión Reducción del riesgo | 25 | 52 |
| Gestión Manejo de desastres | 1 | 53 |
| Gestión Administrativa | 16 | 69 |
| Gestión Financiera | 3 | 72 |
| Cooperación Internacional | 2 | 74 |
| Gestión de Contratación | 4 | 78 |
| Control Disciplinario | 1 | 79 |
| Talento Humano | 12 | 91 |
| Oficina Control Interno | 8 | 99 |

TOTAL HALLAZGOS : 99

1. Se observa descripción de alguna legislación aplicable dentro de procedimientos, lo que puede conllevar obsolescencia en los documentos en el momento donde se derogue un requisito legal o se modifique parcialmente.

VII. RECOMENDACIONES

1. Revisión y verificación de cumplimiento de procedimientos descritos en cada uno de los procesos.
2. Análisis y fidelización de la información referente y aplicable a cada una de las áreas.
3. Es necesario orientar esfuerzos a los riesgos no tolerables e impactos significativos, con el fin de evidenciar cumplimiento objetivo en valoración, controles operacionales, cumplimiento legal asociado y eficacia en las disposiciones planificadas.
4. Es importante hacer validación de los riesgos por proceso identificados a fin de evitar mediante planes de acción la desviación en las políticas de la entidad y el incumplimiento en los lineamientos de transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad.