

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME AUDITORÍA SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION SIPLAG EN LA UNGRD

Septiembre 1 al 15 de 2014

Bogotá D.C., Noviembre 25 de 2014

**INFORME AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION (SIPLAG)
DE LA UNGRD**
PEIS 1

TABLA DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCION	1
II.	OBJETIVOS	1
III.	ALCANCE	1
IV.	METODOLOGIA	1
V.	MARCO LEGAL	4
VI.	VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES	5
VII.	DESARROLLO DEL INFORME	5
	Reunión de Apertura	8
	Ejecución de la Auditoría	8
	Reunión de Cierre	9
	Resultados de la Auditoría	10
VIII.	CONTROLES ESTABLECIDOS	67
IX.	RIESGOS IDENTIFICADOS	67
X.	CONCLUSIONES	68
XI.	RECOMENDACIONES	70
XII.	PAPELES DE TRABAJO	72
XIII.	PLAN DE MEJORAMIENTO	73

I. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de su rol de Evaluación y Seguimiento establecido por en el Decreto 1537 de 2001 y dentro de su Rol como evaluador independiente, adelantó auditoría los días 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12, 15 de Septiembre de 2014 a la implementación del Sistema Integrado de Planeación y Gestión de la UNGRD verificando que las normas que componen dicho sistema en las que se encuentran, la norma ISO 9001:2008, la norma NTCGP 1000:2009, MECI 1000:2014, OHSAS 18001:2007, Gestión Ambiental 14001:2004 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión Ley 489 de 1998, se encuentren atendiendo los requisitos establecidas en cada una de ellas.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de esta auditoría y las recomendaciones consolidadas por la Oficina de Control Interno, se elabora el siguiente Informe de resultados, el cual describe el grado de cumplimiento, observaciones, no conformidades y recomendaciones por parte de la OCI.

II. OBJETIVO

Verificar el cumplimiento legal del proceso acorde a normograma. Verificar cumplimiento de las normas ISO 9001:2008, GP 1000:2009, OHSAS 18001:2007, MECI 1000:2014, ISO 14001:2004, MIPG. Identificar la respuesta ante la documentación planteada en el proceso acorde a la caracterización.

III. ALCANCE

Verificar el cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, MECI 1000:2014, OHSAS 18001:2007, Gestión Ambiental 14001:2004 y Modelo Integrado de Planeación y Gestión Ley 489 de 1998, así como la efectividad de las medidas implementadas para su implementación y mejora continua en cada uno de los procesos de la UNGRD.

IV. METODOLOGÍA

Se adelantó por parte del equipo de Auditores Internos de la UNGRD el proceso de verificación a los 19 procesos de la UNGRD, asignando 2 auditores internos por proceso, dicho ejercicio se realizó de manera simultánea a la auditoría externa realizada por la firma Isoluciones, para lo cual con una mirada independiente se emitió opinión respecto al grado de maduración en la implementación del SIPLAG.

Por parte de la UNGRD se contó con el siguiente equipo Auditor de acuerdo al cronograma establecido para la realización de la Auditoría:

EQUIPO AUDITOR

Tabla 1

AUDITOR UNGRD	ROL	PROCESO AL QUE PERTENECE
Olga Yaneth Aragón Sánchez	Jefe Oficina de Control Interno	Evaluación y Seguimiento
Sandra Milena Reina Solano	Líder de Auditoria	Evaluación y Seguimiento
Ángela Patricia Calderón	Auditor	Evaluación y Seguimiento
Wilmar Mora Sanabria	Auditor	Evaluación y Seguimiento
José Sánchez	Auditor	Evaluación y Seguimiento
David Fernando Vargas	Auditor	Evaluación y Seguimiento
Santiago Núñez	Auditor	Cooperación Internacional
Marcela Zamudio	Auditor	Planeación
Patricia Arenas	Auditor	Planeación
Yanizza Lozano	Auditor	Planeación
Carmen Elena Pabón	Auditor	Manejo de Desastres
Daniel Suarez	Auditor	Manejo de Desastres
Carolina Giraldo	Auditor	Manejo de Desastres
Nelson Hernández	Auditor	Reducción del Riesgo
Miguel Angulo	Auditor	Reducción del Riesgo
Diana Alvarado	Auditor	Conocimiento del Riesgo
Bernardo Reyes	Auditor	Secretaria General
Nelson Botello	Auditor	Financiera
Natalia Reyes	Auditor	Contratación
Adriana Rodríguez	Auditor	Atención al Ciudadano
Laura amado	Auditor	Talento Humano
Lina Hernández	Auditor	Talento Humano
Eleonora Serna	Auditor	Control Disciplinario

Por parte de la firma Isoluciones:

Tabla 2

AUDITOR EXTERNO	ROL	FIRMA
Alexander Prato	Coordinador de Auditoria	Isoluciones
Jenny Hernández	Líder de Auditoria	Isoluciones
Lourdes Vivas	Auditor	Isoluciones
Catalina Mayorga	Auditor	Isoluciones

CRONOGRAMA DE AUDITORIA

UNIDAD NACIONAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES CRONOGRAMA AUDITORIAS INTERNAS SIPLAG															
DIA	LUNES 01/09/14		MARTES 02/09/14		MIÉRCOLES 03/09/14		JUEVES 04/09/14		VIERNES 05/09/14		AUDITOR LIDER UNGRD	AUDITOR ACOMPAÑANTE 1	AUDITOR ACOMPAÑANTE 2	AUDITOR LIDER ISOLUCIONES	
	HORA PROCESO	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM					PM
GESTION GERENCIAL										7:00 A 8:00		ANGELA CALDERON *	NELSON BOTELLO		YENNI HERNANDEZ
PLANEACION ESTRATEGICA						2:00 A 5:00						SANTIAGO NUÑEZ	NATALIA REYES	YOLIMA ROJAS	LOURDES VIVAS *
GESTION JURIDICA						2:00 A 5:00						MARCELA ZAMUDIO *	JOSE SANCHEZ	ELEONORA SERNA	CATALINA MAYORGA
GESTION DE COMUNICACIONES						2:00 A 5:00						WILMAR MORA	ADRIANA RODRIGUEZ	BERNARDO REYES	YENNI HERNANDEZ *
SIPLAG							8:00 A 11:00					SANTIAGO NUÑEZ	LAURA AMADO		YENNI HERNANDEZ *
GESTION DE REDUCCION DEL RIESGO										1:00 A 5:00		CARMEN E. PABON *	PATRICIA ARENAS	NELSON BOTELLO	CATALINA MAYORGA
GESTION DE MANEJO DE DESASTRES								1:00 A 5:00				NELSON HERNANDEZ	MIGUEL ANGULO	LAURA AMADO	YENNI HERNANDEZ
GESTION DE CONOCIMIENTO DEL RIESGO									8:00 A 12:00			NELSON HERNANDEZ *	DAVID VARGAS	CARMEN PABON	CATALINA MAYORGA
GESTION DEL TALENTO HUMANO									8:00 A 12:00			MAURICIO GOMEZ	BERNARDO REYES		YENNI HERNANDEZ *
GESTION SISTEMAS DE INFORMACION			3:00 A 5:00									DANIEL SUAREZ *	DAVID VARGAS		YENNI HERNANDEZ *
GESTION DE INFRAESTRUCTURA TECNOLOGICA								2:00 A 5:00				PATRICIA ARENAS *	DIANA ALVARADO		CATALINA MAYORGA
GESTION FINANCIERA								2:00 A 5:00				BERNARDO REYES *	SANDRA REINA	DAVID VARGAS	LOURDES VIVAS
GESTION DE SERVICIO AL CIUDADANO				2:00 A 5:00								SANTIAGO NUÑEZ *	MIGUEL ANGULO	GUSTAVO PAZ	CATALINA MAYORGA
GESTION DOCUMENTAL					8:00 A 11:00							YANIZZA LOZANO *	CAROLINA GIRALDO		LOURDES VIVAS
GESTION DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES	2:00 A 5:00											DAVID VARGAS *	SANDRA REINA		YENNI HERNANDEZ
GESTION DE CONTROL DISCIPLINARIO							8:00 A 11:00					JOSE SANCHEZ *	ANGELA CALDERON		LOURDES VIVAS
GESTION PARA COOPERACION INTERNACIONAL					8:00 A 11:00							JOSE SANCHEZ *	LINA HERNANDEZ	DAVID VARGAS	CATALINA MAYORGA
GESTION DE CONTRATACION				2:00 A 5:00								ANGELA CALDERON *	ELEONORA SERNA	JOSE SANCHEZ	LOURDES VIVAS
EVALUACION Y SEGUIMIENTO									8:00 A 10:00			YANIZZA LOZANO	MARCELA ZAMUDIO	CAROLINA GIRALDO	LOURDES VIVAS *

UNIDAD NACIONAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES CRONOGRAMA AUDITORIAS INTERNAS SIPLAG											
DIA	JUEVES 11/09/14		VIERNES 12/09/14		LUNES 15/09/2014		AUDITOR LIDER UNGRD	AUDITOR ACOMPAÑANTE 1	AUDITOR ACOMPAÑANTE 2	AUDITOR LIDER ISOLUCIONES	LUGAR
	HORA PROCESO	AM	PM	AM	PM	AM					
PROYECTOS CALLE 90	8:00 A 12:00						NELSON HERNANDEZ	MAGNOLIA VARGAS	FREDY VANEGAS	YENNI HERNANDEZ	Calle 90 N° 12-28 piso 2
BANCO DE MAQUINARIAS						3:00 A 5:00	FREDY VANEGAS	JOSE SANCHEZ	NATALIA REYES	POR CONFIRMAR	UNGRD
PGIR - AVG - PROYECTO GALERAS				8:00 A 11:00			MAGNOLIA VARGAS	FREDY VANEGAS	DAVID VARGAS	CATALINA MAYORGA	UNGRD (Sala de reuniones por confirmar)
GESTION DEL TALENTO HUMANO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO						1:00 A 3:00	OLGA ARAGON				UNGRD
GESTION AMBIENTAL						1:00 A 3:00	OLGA ARAGON				UNGRD
GESTION GERENCIAL				8:00 A 10:00			ANGELA CALDERON	NELSON BOTELLO	SANDRA REINA	YENNI HERNANDEZ	UNGRD
EVALUACION Y SEGUIMIENTO			2:30 A 5:00				YANIZZA LOZANO	MARCELA SAMUDIO	CAROLINA GIRALDO	YENNI HERNANDEZ	UNGRD

Para el desarrollo de la auditoria se plantearon cuatro fases que se describen en la tabla a continuación:

Tabla 2

ETAPAS DE LA AUDITORIA

FASE	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
PLANEACIÓN DE LA AUDITORÍA	Capacitación Auditores Internos	Olga Aragón	30/07/14 01/08/14 06/08/14 12/08/14 26/08/14
	Elaboración Planes de Auditoria	Jefe OCI Líder de Auditoria Auditores Internos	25 al 29 de Agosto de 2014
	Elaboración de Listas de Verificación	Jefe OCI Líder de Auditoria Auditores Internos	25 al 29 de Agosto de 2014
	Identificación de Riesgos	Líder de Auditoria	25 al 29 de Agosto de 2014
DESARROLLO DE LA AUDITORIA	Reunión de Apertura	Oficina de Control Interno	1 de Septiembre de 2014
	Verificación cumplimiento de requisitos normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, MECI 1000:2014, OHSAS 18001:2007, Gestión Ambiental 14001:2004 y Modelo Integrado de Planeación y Gestión Ley 489 de 1998	Equipo Auditor	1 al 15 de Septiembre de 2014.
	Reunión de Cierre	Oficina de Control Interno	22 de Septiembre de 2014.
INFORME DE LA AUDITORIA	Elaboración de Informes de Auditoria por procesos	Equipo Auditor	10 al 15 de Septiembre de 2014
	Consolidación de Informe de Auditoria	Líder de Auditoria	16 de Septiembre de 2014 al 3 de Octubre.
	Revisión del Informe	Jefe de Control Interno	06 al 08 de Octubre de 2014
	Presentación del Informe	Jefe de Control Interno	21 de Octubre de 2014
SEGUIMIENTO	Seguimiento acciones correctivas (de mejoramiento)	Equipo Auditor	24 al 28 de Noviembre de 2014

V. MARCO LEGAL

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 Ley 489 de 1998.
- ✓ Normatividad aplicables a los distintos procesos de la UNGRD de acuerdo a sus funciones.

VI. VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Teniendo en cuenta que la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres fue creada en el año 2011, mediante Decreto 4147 del 03 de Noviembre, y que bajo el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación e Información se planificó la integración de los Sistemas de Gestión en las que se incluye la Norma ISO 9001:2008, el Sistema de Gestión de Calidad a través de la NTCGP 1000:2009, Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2014, la norma OHSAS 18001:2007, Sistemas de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional, la Norma ISO 14001:2004 Sistema de Gestión Ambiental y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión Ley 489 de 1998, el presente informe corresponde a la primera Evaluación Institucional realizada al SIPLAG, de acuerdo con el Plan de trabajo de la Oficina de Control Interno.

VII. DESARROLLO DEL INFORME

INFORMACION GENERAL			
Nombre de la Entidad	Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres		
Dirección	Avenida Calle 26 N° 92-32 Edificio Gold 4 Piso 2		
N° de Teléfono	5529696		
Página Web	www.gestiondelriesgo.gov.co		
INFORMACION DE CONTACTO			
Nombre del Contacto	Yanizza Lozano		
Mail	yanizza.lozano@gestiondelriesgo.gov.co	Teléfono	5529696 Ext 609
INFORMACIÓN DE LA AUDITORÍA			
Normas Auditadas	<ul style="list-style-type: none"> • 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 Ley 489 de 1998. 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Normas Legales Asociadas a los distintos procesos de la UNGRD.
Alcance	Verificación del cumplimiento de los requisitos exigidos en las Normas 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 Ley 489 de 1998, Normas Legales Asociadas a los distintos procesos de la UNGRD, así como la efectividad de las medidas para su implementación y mejora continua en cada uno de los procesos de la UNGRD.
Procesos Auditados	Gestión Gerencial, Planeación Estratégica, Gestión Jurídica, Gestión de Comunicaciones, SIPLAG, Gestión de Reducción del Riesgo, Gestión de Manejo de Desastres, Gestión de conocimiento del Riesgo, Proyectos Calle 90, Casa Galeras, Banco de Maquinarias, Gestión de Talento Humano, Gestión de Sistemas de Información, Gestión de Infraestructura Tecnológica, Gestión Financiera, Gestión de Servicio al Ciudadano, Gestión Documental, Gestión de Bienes Muebles e Inmuebles, Gestión de Control Disciplinario, Gestión para la Cooperación Internacional, Gestión de contratación, Evaluación y Seguimiento.
Tipo de Auditoría	Seguimiento
EXCLUSIONES JUSTIFICADAS (Acorde al Manual del Sistema Integrado de Planeación y Gestión, código M-1300-SIPG-02 Versión 1, no se presenta ninguna exclusión)	

RESUMEN DE LA AUDITORIA

Objetivos de la auditoría

Los objetivos de esta auditoría son:

- Verificar que el Sistema Integrado de Gestión SIPLAG de la organización cumple con los requisitos de las normas auditadas.
- Evaluar el grado de madurez en la implementación del Sistema Integrado de Gestión SIPLAG.
- Identificar oportunidades de mejora que se presente para el mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión SIPLAG.

Etapas Desarrolladas

Planeación de la Auditoría

La UNGRD estructuró dentro del Plan anual de Auditoría la verificación de los requisitos del SIPLAG, acorde a los requisitos de cada uno de los sistemas que forman parte del mismo. Dio inicio a la formación de auditores internos durante los 11, 12, 17 y 18 de Junio de 2014, quienes bajo el acompañamiento y asesoría de la Oficina de control Interno liderarían la etapa de auditoría al sistema.

El objetivo principal en esta etapa de planificación consistió en determinar adecuada y razonablemente el alcance de auditoría a los procesos que le correspondan acorde a los

requisitos de las normas, cómo y cuándo se ejecutarán, para que se cumpla la actividad en forma eficiente y efectiva.

Durante esta etapa de preparación de la auditoría se fortalecieron las competencias del equipo de auditores profundizando sobre cada una de las normas objeto de auditoría (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 Ley 489 de 1998), realizando previamente la revisión documental que permitió tener el conocimiento asociado al proceso, así como toda la verificación documental específica del mismo (caracterización, procedimientos, formatos, documentos, etc) y realización del cronograma de verificación a cada uno de los procesos. (ver tabla 1)

Una vez definido el equipo auditor, se distribuyó el Plan de auditoría a fin de que cada auditor preparara sus listas de chequeo y demás papeles de trabajo para cada uno de los procesos y proyectos de la UNGRD, con el permanente acompañamiento de la Oficina de Control Interno, exceptuando la lista de verificación de la OCi la cual por transparencia no fue de conocimiento de dicha oficina la cual también fue objeto de auditoría.

Finalmente se realizó la identificación de los riesgos asociados a la Auditoría, con la cual se identificaron 5 riesgos asociados al ejercicio de auditoría, así:

1. Incumplimiento del cronograma de auditoría
2. No contar con la totalidad de auditores para el desarrollo del ejercicio auditor
3. Cambios en el cronograma de auditoría por cambios imprevistos en la agenda de los jefes de área.
4. Falta de objetividad al realizar el ejercicio auditor
5. Demora en la presentación de informes de auditoría por parte de los responsables.

Desarrollo de la Auditoría:

La auditoría se llevó a cabo durante los días 1, 2, 3, 4, 5, 11,12 y 15 de Septiembre de 2014, bajo los estándares de las normas relacionadas a continuación:

NORMA	APLICA	
	SI	NO
ISO 9001: 2008	X	
ISO 14001: 2004	X	
OHSAS 18001: 2007	X	
MECI 1000:2014	X	
MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION (Ley 489 de 1998)	X	

Dentro del proceso del Sistema Integrado de Planeación y Gestión, el alcance del proceso se observa en el Manual Integrado de Planeación y Gestión el cual 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.

De este modo, en el SIPLAG se han definido herramientas que permiten realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos, implementando las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y garantizar así la mejora continua de los mismos.

1. REUNIÓN DE APERTURA

La reunión inicial se desarrolló el día 1 de Septiembre de 2014, en el Comité Directivo en el marco del Comité de Coordinación de Control Interno, en el cual se contó con la presencia de todos los Directivos, Jefes de Áreas y Coordinadores. En ella se mencionó en el punto IV INTERVENCIONES DE LAS AREAS, 6 OFICINA DE CONTROL INTERNO: *“La Dra. Olga Aragón solicita un espacio en el marco de las funciones del Comité de Coordinación de Control Interno y SIPLAG, a fin de socializar a la alta gerencia, los directivos de la Unidad y Jefes de área el programa de Auditorías y como reunión de apertura, dar inicio primer ciclo de auditorías internas del SIPLAG, manifiesta que en compañía de la Oficina Asesora de Planeación el día de hoy, 1 de septiembre de 2014, se comienza este primer ciclo de auditorías internas. Al respecto informa que se auditarán 19 procesos bajos las normas del SIPLAG con el grupo de auditores formados por la unidad y por quienes de acuerdo a su competencia accedieron a la denominación de auditores, y el equipo de la firma ISOLUCIONES, así mismo informa que al finalizar la auditoría se realizarán dos informes de cierre en el que se señalarán los resultados del sistema integrado de la Unidad.(unos por los auditores internos liderados por la Oficina de Control Interno y otro informe de tipo externo por la firma ISOLUCIONES. Lo anterior de acuerdo al cronograma de auditorías de la Oficina de Control Interno y a la socialización del plan de auditoría aprobado por la Dirección General. Se adjunta presentación del Comité de Coordinación de Control Interno” Tomado de texto Acta N° 37 de 1 de Septiembre de 2014, Comité Directivo*

2. EJECUCIÓN DE LA AUDITORIA

El equipo auditor dio inicio a la auditoría en las instalaciones de la UNGRD, en la cual acorde a cronograma previamente establecido realizo la verificación de la implementación de la implementación de los Sistemas Integrados de Planeación y Gestión, acorde a los establecido en el MIG, se realizó la verificación transversal del proceso en cual incluye aspectos transversales como: Caracterizaciones de procesos, procedimientos asociados al proceso, normograma asociado al proceso, aspectos básicos de implementación de la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Ambiental y la comprensión de los requisitos mínimos. Se realizó intercambio de información con el personal de la organización con el fin de determinar su comprensión de los requisitos especificados, en particular en lo que

concierno a la identificación del desempeño clave o de aspectos, procesos, objetivos y operación significativos del modelo integrado de planeación y gestión y evaluar el estado de preparación de la Organización para la auditoria a realizarse próximamente por el equipo auditor externo o certificador.

Una vez finalizadas las etapas de Auditoria, los auditores dan inicio al informe correspondiente en donde se incluyen los resultados y conclusiones en relación con la viabilidad de realizar la Auditoria en Sitio.

3. REUNION DE CIERRE

La reunión de cierre se desarrolló el día 22 de Septiembre de 2014, en el Comité Directivo en el marco del Comité de Coordinación de Control Interno, en el cual se contó con la presencia de todos los Directivos, Jefes de Áreas y Coordinadores, en ella se mencionó en el punto 3: *“Finalmente informa que se culminó el ciclo de auditorías internas del SIPLAG y en el marco del comité se da el cierre oficial, quedando como registro en la presente acta, así mismo expresa que la OCI está a la espera del informe de ISOLUCIONES como resultado de la auditoria interna realizada con el fin de hacer un diagnóstico del estado en el cual se encuentra la Unidad para el proceso de certificación”.* **Tomado de texto Acta N° 40 de 22 de Septiembre de 2014, Comité Directivo.**

INFORME DE AUDITORIA:

1. Elaboración de Informes de Auditoria por procesos

Una vez finalizadas las auditorías internas por parte de cada uno de los auditores internos, cada grupo auditor adelantó el informe correspondiente al proceso auditado acorde a cronograma para cada uno de los procesos de la UNGRD, el cual fue enviado vía correo electrónico a la Oficina de Control Interno, quien a través de la Líder de Auditoria procedido a la correspondiente revisión y consolidación.

2. Consolidación del Informe

La Líder de Auditoria designada por la Oficina de Control Interno realizó la revisión de cada uno de los informes de auditoría con el fin de evaluar la pertinencia frente a las observaciones y no conformidades detectadas por parte de los auditores. Teniendo en cuenta que se trata del primer ejercicio de auditoría con los auditores recientemente formados por la UNGRD, fue necesario desde el liderazgo de la OCI fortalecer la redacción de los hallazgos, aplicación de los requisitos específicos de cada norma así como la consolidación y preparación del informe preliminar. Situación que nos da un panorama para el emprendimiento de acciones a fin de fortalecer competencias y habilidades de los auditores previo a la correspondiente evaluación de los auditores de acuerdo al procedimiento establecido para tal fin.

3. Revisión del Informe de Auditoría

Una vez realizado el informe preliminar por parte del líder de auditoría se procedió a la revisión del mismo a cargo de la Jefe de la Oficina de Control Interno para su aprobación y posterior distribución al interior de la Unidad acorde al procedimiento de la OCI.

A continuación como anexo del presente informe se dan a conocer los resultados de Auditoría acorde a formato: CODIGO FR-1400-OCI-08; Versión 01.

RESULTADOS DE LA AUDITORIA

MACRO PROCESOS ESTRATEGICOS

PROCESO DE GESTION GERENCIAL

	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI-08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Ángela Patricia Calderón		Auditor	
Nelson Botello		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS	REQUISITO DE LA NORMA
No se identificaron	

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 2
Dentro del ejercicio de auditoría se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. El proceso cuenta con el compromiso de la Dirección en el establecimiento del Sistema Integrado de Planeación y Gestión a través de la asignación de los recursos para el proceso de implementación del SIPLAG. Así mismo se recomienda continuar con dicho compromiso para el mantenimiento del sistema. 2. El proceso cuenta con la documentación obligatoria de acuerdo a las normas y modelos implementados en el marco del Sistema Integrado de Planeación y Gestión de la UNGRD. 	
OBSERVACIONES	No. 2
En cumplimiento del ejercicio de auditoría el equipo auditor observa:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se debe realizar la verificación del Manual Único de Rendición de Cuentas elaborado por la 	

- Secretaría de Transparencia, el DAFP y el DNP; a fin de que este sirva como insumo para el desarrollo del procedimiento PR-1100-DG-06 del proceso de Gestión Gerencial de la Entidad.
2. Se observó que en la caracterización del proceso dentro de las actividades del Ciclo PHVA, especialmente del Hacer, se encuentran actividades inmersas en otros procesos como el ejercicio del control disciplinario en segunda instancia, por lo cual se debe considerar la posibilidad de actualizar la versión de la caracterización con la verificación de estos aspectos.

PROCESO DE GESTION JURIDICA

<p>NGRD Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Colombia Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
José Sánchez		Auditor	
Marcela Zamudio		Auditor Acompañante	
Eleonora Serna		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (4)	REQUISITO DE LA NORMA
1. En la auditoría realizada al proceso de Gestión Jurídica, se pudo evidenciar que se desconoce por parte de los responsables del proceso el procedimiento de control documental, por lo cual se genera una No Conformidad al numeral 5.5.3 Comunicación Interna, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual cita “La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.”	ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 5.5.3 Comunicación Interna.
2. En la auditoría realizada al proceso de Gestión Jurídica, se pudo evidenciar la falta de conocimiento de los auditados frente a las políticas que integran el Sistema Integrado de Planeación y Gestión de la unidad, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el numeral 5.5.3 Comunicación interna, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual establece “La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la	ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009. Numeral 5.5.3 Comunicación interna. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación.

comunicación se efectúa considerando la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad”.	
3. En la auditoría realizada al proceso de Gestión Jurídica, se pudo evidenciar que los auditados no tiene conocimiento respecto del objetivo y programas desarrollados en cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.3.1 Comunicación, de la norma OHSAS 18001:2007, el cual determina “Con respecto a los peligros S&SO y sistema de gestión S&SO, la organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para: a) Comunicación interna entre los varios niveles y funciones de la organización”.	OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.3.1 Comunicación. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación.
4. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión Jurídica, se pudo evidenciar que los auditados no conocen la matriz de valoración de riesgo y definición de controles establecidos para el requisito, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.3.1 Comunicación, de la norma OHSAS 18001:2007, el cual determina “Con respecto a los peligros S&SO y sistema de gestión S&SO, la organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para: a) Comunicación interna entre los varios niveles y funciones de la organización”.	OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.3.1 Comunicación. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación.

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION

No. 5

Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:

1. Manejo de la normatividad asociada a su proceso.
2. Conocimiento de conceptos generales asociados a los requisitos generales de la NTCGP: 1000: 2009 – ISO 9001: 2008, medios de comunicación interna, mecanismos de participación y consulta.
3. Identificación de la norma de Seguridad y Salud en el trabajo OSHAS 18001: 2007, conocimiento de la política de SST, identificación de peligros asociados al proceso, identificación y manejo de los controles asociados al proceso.
4. Conocimiento del objetivo asociado al proceso respecto a la implementación de las ISO 14001: 2004 Tienen identificado las políticas y los planes del mismo.
5. En relación al MECI identifica el componente del talento humano, direccionamiento estratégico.

OBSERVACIONES	No. 4
<p>En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para el desarrollo de esta auditoría, se observó que el responsable del proceso de conciliación no contaba con la información que se genera de los comités, por cuanto no fue posible la verificación en términos de cumplimiento procedimental. 2. Se observó que en el proceso no existe suficiente despliegue de lo contenido en el SIPAG. 3. Se observó la falta de manejo y dominio de la herramienta NeoGestión en lo que concierne al SIPLAG. 4. En relación al normograma se recomienda la incorporación de las normas Decreto 2591 de 1991, por la cual se reglamenta las acciones de Tutela y Decreto 1795 de 2007. se adopta el Sistema Único de Información para la gestión jurídica del Estado 	

PROCESO DE GESTION DE COMUNICACIONES

<p>NGRD Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Colombia Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Wilmar Mora		Auditor	
Adriana Rodríguez		Auditor Acompañante	
Bernardo Reyes		Observador	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (4)	REQUISITO DE LA NORMA
<p>1. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Comunicaciones, se pudo evidenciar que en el cumplimiento de lo establecido en la caracterización del proceso de gestión de comunicaciones, no se cuenta con: Plan Estratégico de Comunicaciones, Plan de Edu comunicación, Política de la Alta Dirección en materia de comunicaciones, políticas de comunicaciones con entes externos, medios de comunicación, información a la comunidad, Protocolo Institucional y Organización de Eventos Corporativos, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el numeral 5.5.3 Comunicación interna, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual establece "La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009. Numeral 5.5.3 Comunicación interna. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación.</p>

comunicación se efectúa considerando la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad”.	
2. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Comunicaciones, se pudo evidenciar el desconocimiento por parte de los auditados respecto de la Política SIPLAG (Mapa de Procesos, Listado Maestro de Documentos y Registros, Mapa de Riesgo por Procesos y por Corrupción, Matriz de Riesgos y Peligros), lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.3. Comunicación, de las normas ISO 14001:2004, OHSAS 18001:2007, el cual determina “Con respecto a los peligros S&SO y sistema de gestión S&SO, la organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para: a) Comunicación interna entre los varios niveles y funciones de la organización”.	ISO 14001:2004, OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.3. Comunicación. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación
3. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Comunicaciones, se pudo evidenciar el desconocimiento por parte de los auditados de aspectos relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo (desconocimiento del COPASO, ubicación de camillas de emergencia, botiquines, Políticas de bienestar), lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.3.1 Comunicación, de la norma OHSAS 18001:2007, el cual determina “Con respecto a los peligros S&SO y sistema de gestión S&SO, la organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para: a) Comunicación interna entre los varios niveles y funciones de la organización”.	OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.3.1 Comunicación. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación
4. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Comunicaciones, se pudo evidenciar la falta de interiorización respecto de los aspectos referentes al Manejo ambiental y Políticas de la Unidad, respecto a la ubicación de puntos ecológicos, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.3. Comunicación, de la norma ISO 14001:2004, el cual determina “En relación con sus aspectos ambientales y su sistema de gestión ambiental, la organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para: a) La comunicación interna entre los diversos niveles y funciones de la organización”.	ISO 14001 Numeral 4.4.3. Comunicación. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación
FORTALEZAS	No. 1
Dentro del ejercicio auditora se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso 1. La líder del Proceso tiene el conocimiento general del manejo de cada una de las acciones	

desarrolladas en la Oficina Asesora de Comunicaciones.	
OBSERVACIONES	No. 1
En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:	
1. Falta mayor sensibilización respecto a la Política del SIPLAG y las normas que la componen.	

PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA


<p>NGRD Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Colombia Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Santiago Núñez Ramírez		Auditor	
Yolima Rojas		Auditor Acompañante	
Natalia Reyes		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (1)	REQUISITO DE LA NORMA
1. En la auditoría realizada al proceso de Planeación Estratégica, con respecto a la matriz de riesgos de corrupción, solo se identificó un riesgo; “Estudios previos o de factibilidad superficiales”, en la pestaña de identificación no se encontró la descripción del riesgo, por otra parte en la matriz no había evidencias del seguimiento por parte del representante de la Alta Dirección. No se otorgó por parte de los auditados, evidencia que soporte el cumplimiento del control establecido para el riesgo “Conformar un equipo multidisciplinario con diferentes tipos de conocimiento técnico y normativo que determine la óptima construcción de los estudios previos”. lo cual genera una no conformidad al Módulo Control de Evaluación y Seguimiento, Componente Autoevaluación Institucional, elemento 2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2014, el cual cita “La Autoevaluación, comprende el monitoreo que se le debe realizar a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos,	MECI 1000:2014 2. Módulo de evaluación y seguimiento 2.1 Componente autoevaluación institucional 2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

los planes de mejoramiento, entre otros.”

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 3
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se evidencia, por parte de los auditados, un conocimiento general del proceso, conocen los objetivos, los procedimientos, formatos y demás documentos asociados. 2. Se pudo observar la relación directa entre los insumos relacionados en la caracterización del proceso y las actividades que se desarrollan a lo largo de este. Sobre todo en asuntos específicos como el establecimiento de planes institucionales, derivados y acoplados al Plan Nacional de Desarrollo, evidenciando una continuidad entre los asuntos gubernamentales de orden Nacional e institucional. 3. Se constató en SIPLAG, la existencia de documentos transversales importantes para el cumplimiento del proceso, como el listado maestro de documentos, el formato de aprobación de documentos, la caracterización del proceso y procedimientos asociados. 	
OBSERVACIONES	No. 6
<p>En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se debe hacer un fortalecimiento en todos los temas transversales, aunque los auditados identifican algunos temas en el aplicativo NeoGestión, no tenían totalmente claro a cuál de los procesos transversales pertenecían. No se tenía evidencia de la socialización de estos temas al interior del grupo a pesar de manifestar que se habían difundido a todos los integrantes de la oficina de Planeación. 2. Para las próximas reuniones se sugiere, diligenciar actas de reunión y registros de asistencia. 3. Se debe realizar el fortalecimiento en las Matrices de riesgo y corrupción dado que no se tiene claro cuáles son las acciones y los tiempos. 4. Se observó al realizar la auditoria que el Plan Estratégico no estaba disponible en la página Web de la Entidad, para observarlo fue necesario remitirse a la página Web anterior, que ya se encuentra obsoleta. 5. Se observó entre los indicadores, algunos con periodicidad anual. Esta situación impide que el seguimiento sea efectivo, dado que al ser diligenciado únicamente a final de año, no hay posibilidad de controlar la ejecución ni de mejorar en caso de ser necesario 6. Se observó que el riesgo de corrupción identificado en el Proceso, no es claro, y no es posible determinar a través de la identificación, las implicaciones de este riesgo para el proceso. 	

PROCESO DE SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI-08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Santiago Núñez Ramírez		Auditor	
Laura Amado		Auditor Acompañante	
Ángela Calderón		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (10)	REQUISITO DE LA NORMA
1. En la auditoría realizada al proceso de Sistema Integrado de Planeación y Gestión, se evidencio que no es clara la información, comunicación y contacto con la Alta Dirección. Los auditados manifiestan que en diferentes reuniones (Comité Directivo) se rinde información, sin embargo esto no se pudo constatar debido a la falta de evidencias, lo cual incumple con el artículo 16, literal c) y artículo 17, de la resolución 1155 del 29 de agosto de 2013 emitida por al UNGRD, debido a que no se evidencian las actas de las reuniones del Equipo Líder SIPLAG y no se realizan mensualmente tal como lo exige dicho acto administrativo.	No se cumple con el artículo 16, literal c) y artículo 17, de la resolución 1155 del 29 de agosto de 2013 emitida por al UNGRD.
2. Durante la auditoría realizada al proceso SIPLAG, al indagar sobre el conocimiento del Punto de Encuentro, se evidencio que los auditados manifiestan o responden; "Afuera en la cancha de atrás", con ello se pudo constatar que no se ha actualizado la información al personal sobre la reubicación del punto de encuentro, lo cual genera una no conformidad al numeral 4.4.7 Preparación y Respuesta ante Emergencias de la norma OHSAS 18001:2007, el cual cita "La organización debe revisar periódicamente y, cuando sea necesario, revisar su procedimiento(s) de preparación y respuesta, en particular, después de la revisión periódica y después de la ocurrencia de situaciones de emergencia".	OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.7 Preparación y Respuesta ante Emergencias.
3. En la auditoría realizada al proceso de Sistema Integrado de Planeación y Gestión, se evidencio que la disposición	ISO 14001:2004 Numeral 4.3.3. Objetivos, metas y programas.

<p>de los residuos sólidos, en las canecas de las oficinas no se realiza acorde al programa establecido por la Unidad, ya que se encontraron residuos orgánicos, empaques, vasos y tarros de bebidas, lo cual genera una no conformidad al Numeral 4.3.3. Objetivos, metas y programas de la norma ISO 14001:2004, el cual establece “Los objetivos y metas deben ser medibles cuando sea factible y deben ser coherentes con la política ambiental, incluidos los compromisos de prevención de la contaminación, el cumplimiento con los requisitos legales aplicables y otros requisitos que la organización suscriba, y con la mejora continua.”</p>	
<p>4. Durante la auditoría realizada al proceso de Sistema Integrado de Planeación y Gestión, se encontró que el formato FR-SIPG-1300-17 Formato Comunicación Informativa, se le asignó el encabezado de “documento”, no el de Formato de registro, como lo indica la Guía de Parametrización G-1300-SIPG-01. La misma situación se presenta en los formatos FR-SIPG-1300-18, FR-SIPG-1300-19 y FR-SIPG-1300-20, por lo cual se genera una No Conformidad al numeral 4.2.4 Control de los registros, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual dice “Los registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos y la operación eficaz deben controlarse.”</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.4 Control de los registros.</p>
<p>5. Durante la auditoría realizada al proceso de Sistema Integrado de Planeación y Gestión, se encontró que en la entidad no se cuenta con tablas de retención documental. (Gestión Documental). Las tablas de retención documental son un documento transversal a la organización y por esta razón es competencia de todos los procesos contar con ellas y su debida implementación. por lo cual se genera una No Conformidad al numeral 4.2.4 Control de los registros, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual dice “Los registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos y la operación eficaz deben controlarse.”</p>	<p>NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.4 Control de los registros. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación.</p>
<p>6. En la auditoría realizada al proceso de Sistema Integrado de Planeación y Gestión, se evidencio que en la Guía de Parametrización G-1300-SIPG-01 publicada en NeoGestión, se registra una fecha de aprobación (27/07/2014) diferente a la establecida en el acta de aprobación de documentos (27/06/2014). De igual manera se evidencia que en los siguientes documentos, el instructivo para la evaluación de impactos ambientales I –</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.3 Control de documentos.</p>

<p>1300- SIPG – 01 (27/07/2014) (27/06/2014) y para el Manual De Procedimientos M-1300-SIPG-03 (27/06/2014) (acta del 22/08/2014), por lo cual se genera una No Conformidad al numeral 4.2.3 Control de documentos, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual dice “Los documentos requeridos deben controlarse. Los registros son un tipo especial de documento y deben controlarse de acuerdo a lo establecido en el numeral 4.2.4 Control de Registros.”</p>	
<p>7. Durante la auditoría realizada al Sistema de Gestión Ambiental, se evidencia que los programas de Gestión Ambiental, Programa de Gestión para el Uso Eficiente del Agua y Uso Eficiente de Energía, cuentan con indicadores de cumplimiento, no obstante no se cuenta con indicadores que permitan evidenciar la eficacia de las acciones realizadas o propuestas en estos planes, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.3.3 Objetivos, metas y programas, de la norma ISO 14001:2004, que determina “La organización debe establecer y mantener uno o varios programas para alcanzar sus objetivos y metas. Estos programas deben incluir: a) La asignación de responsabilidades para lograr los objetivos y metas en las funciones y niveles pertinentes de la organización; y b) Los medios y los plazos para lograrlos”.</p>	<p>ISO 14001:2004 Numeral 4.3.3 Objetivos, metas y programas. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos. Eje transversal Información y comunicación.</p>
<p>8. En la auditoría realizada al Sistema de Gestión Ambiental, se evidencia que se realiza la revisión de la aplicación del programa de sustancias peligrosas, para los productos de aseo y se identifica que el área de servicios generales no cuenta con un lugar o espacio de almacenamiento para las sustancias líquidas, en donde se tienen sustancias de características oxidantes (hipoclorito de sodio), compartiendo espacio con sustancias de características combustibles como los líquidos removedores, generando problema de incompatibilidad química, adicionalmente no se cuentan con sistemas de contención en los almacenamientos, no se tiene equipamiento para atender posibles derrames de las sustancias químicas y se tiene ubicados sustancias líquidas (productos de aseo) en garrafas en las partes superiores del almacenamiento, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.6 Control Operacional, de la norma ISO 14001:2004, que determina “La organización debe identificar y planificar aquellas operaciones que están asociadas con los aspectos ambientales significativos</p>	<p>ISO 14001:2004 Numeral 4.4.6 Control Operacional. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos. Eje transversal Información y comunicación.</p>

<p>identificados, de acuerdo con su política ambiental, objetivos y metas, con el objetivo de asegurarse de que se efectúan bajo las condiciones especificadas mediante: c) El establecimiento, implementación y mantenimiento de procedimientos relacionados con aspectos ambientales significativos identificables de los bienes y servicios utilizados por la organización.”</p>	
<p>9. Durante la auditoría realizada al Sistema de Gestión Ambiental, se evidencio la presencia de envases con sustancias químicas en donde no se cuenta con elementos o etiquetas que realicen la comunicación de peligros incumpliendo lo previsto en la Ley 55 de 1993, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.6 Control Operacional, de la norma ISO 14001:2004, que determina “La organización debe identificar y planificar aquellas operaciones que están asociadas con los aspectos ambientales significativos identificados, de acuerdo con su política ambiental, objetivos y metas, con el objetivo de asegurarse de que se efectúan bajo las condiciones especificadas mediante: c) El establecimiento, implementación y mantenimiento de procedimientos relacionados con aspectos ambientales significativos identificables de los bienes y servicios utilizados por la organización.”</p>	<p>ISO 14001:2004 Numeral 4.4.6 Control Operacional. MECI 1000:2014 Eje transversal Información y comunicación.</p>
<p>10. Durante la auditoría realizada al Sistema de Gestión Ambiental, se evidencio que se cuenta con un programa de Gestión para el Manejo Integral de Residuos, no obstante se presenta el incumplimiento de la separación de los residuos, situación que se evidencia en las canecas ubicadas en los puestos de trabajo y los puntos ecológicos, condición que no permite el posible aprovechamiento de material reciclable, como el papel o cartón, toda vez que este es contaminado con otros materiales como bebidas y residuos de alimento, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.3.3 Objetivos, Metas y Programas, de la norma ISO 14001:2004, que determina “Los objetivos y metas deben ser medibles cuando sea factible y deben ser coherentes con la política ambiental, incluidos los compromisos de prevención de la contaminación, el cumplimiento con los requisitos legales aplicables y otros requisitos que la organización suscriba, y con la mejora continua.”</p>	<p>ISO 14001:2004 Numeral 4.3.3 Objetivos, Metas y Programas. MECI 1000:2014 Eje transversal Información y comunicación</p>

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 7
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se evidenció la planeación frente al proceso, dado que cuentan con cronogramas, planes y han establecido una línea de trabajo clara con respecto al SIPLAG, identificando las diferentes etapas de planeación, implementación y evaluación que se deben llevar a cabo para su buen funcionamiento y mejoramiento continuo. 2. Al solicitar evidencia de la divulgación de los temas, se presentó por parte de los auditados la información referente a la campaña “Así va nuestro SIPLAG” en la cual se dio a conocer a todos los funcionarios de la Entidad lo referente con el Sistema. Adicional, se está llevando a cabo, en el momento, una campaña de socialización y despliegue con el fin de que todos los servidores la estrategia de SIPLAG y premiar a los grupos a través de un concurso, lo cual ha permitido que los grupos creen estrategias de comunicación y se conozca más sobre el Sistema. 3. Fue posible identificar por los documentos cargados en el SIPLAG el mapa de procesos, la caracterización, la destinación o asignación de recursos y demás elementos relacionados como indicadores. 4. Se evidenció por parte del equipo del área encargado de las actividades del Sistema, un compromiso con el cumplimiento de los objetivos y metas, especialmente en lo que se refiere a las tareas relacionadas con la planeación e implementación del sistema y la comunicación a los demás procesos de la Entidad 5. Los funcionarios auditados conocen los temas relacionados con Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo, y Gestión Ambiental, así como la información referente a los demás sistemas que componen el SIPLAG. 6. Se constató en SIPLAG, la existencia de documentos transversales importantes para el cumplimiento del proceso, como el listado maestro de documentos, el formato de aprobación de documentos, la caracterización del proceso y procedimientos asociados. 7. Se evidencia, por parte de los auditados, un conocimiento general del proceso, conocen los objetivos, los procedimientos, formatos y demás documentos asociados. 	
OBSERVACIONES	No. 8
<p>En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se observó que al solicitar la información sobre el objetivo del proceso no se cuenta con la caracterización del mismo, y se muestra el objetivo del Manual del SIPLAG. Al realizar la verificación de los 2 documentos (C-1300-SIPG-01 Caracterización del Proceso SIPLAG y M-1300-SIPG-02 Manual Sistema Integrado De Planeación Y Gestión) se observó que los 2 objetivos son diferentes. Falta, conforme a lo evidenciado una clara identificación de los documentos del SIPLAG por parte de los auditados, así como comunicación y divulgación, de tal manera que los funcionarios diferencien entre los documentos del proceso y los del Sistema. 2. Se observó que al indagar sobre el conocimiento de los canales de comunicación internos en la UNGRD, el auditado se remite al Procedimiento del SIPLAG PR-1300-SIPG-03 “participación, comunicación y consulta”, pero no se mencionan los canales de comunicación interna. 	

3. Al indagar sobre el conocimiento de los principios de la UNGRD, el auditado menciona “prima el bien general sobre el particular y siempre tener actitud de servicio”. De acuerdo al Código de Ética y Buen Gobierno, el primero sí corresponde a un principio, sin embargo el segundo corresponde a un valor. Se debe trabajar en la diferenciación de los dos componentes.
4. En la caracterización en requisitos legales, no se tienen incluidos todos los numerales de la NTC GP 1000:2009 y la ISO 9001:2008 que aplican al proceso. Adicionalmente se incluyen los numerales 8.2.2 y 8.2.4 que no aplican para este proceso. Es necesario, en este orden de ideas, revisar la caracterización y complementarla.
5. Al realizar la verificación de los documentos cargados en NeoGestión contra el listado maestro de documentos y las actas de aprobación de documentos se observa que: Algunos nombres no coinciden con lo registrado en el acta de aprobación. (ver anexos: listado maestro de documentos, aprobación 22082014 y aprobación 27062014).
6. En el acta de aprobación del 27 de junio se menciona el formato FR-1300-SIPG-16 Cronograma de actividades Gestión Ambiental, se observa que no aparece cargado en NeoGestión.
7. Los auditados no conocen el protocolo de atención del proceso SIPLAG de acuerdo a los procedimientos de Gestión de Servicio al Ciudadano. No se pudo identificar si no se encuentra elaborado o no se ha compartido con el proceso correspondiente.
8. La organización cuenta con un programa de GA, no obstante el responsable informa que su implementación no se ha iniciado y que se tiene previstos su ejecución a partir de septiembre.

PROCESO DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

<p>NGRD Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Colombia Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Daniel Suarez		Auditor	
David Vargas		Auditor Acompañante	


NO CONFORMIDADES DETECTADAS (3)	REQUISITO DE LA NORMA
1. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Sistemas de Información, se evidenció que no se cuenta con la formulación del Plan Estratégico de Informática y la Gestión de Tecnologías de la Información UNGRD, por lo cual se genera una No Conformidad al numeral 5.4.2. Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual dice “La alta dirección debe asegurarse de que: a) la planificación del	ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y

Sistema de Gestión de la Calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1, así como los objetivos de la calidad.”	Proyectos.
2. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión de Sistemas de Información, no se evidencia planificación del sistema de gestión de seguridad de la información, por lo cual se genera una No Conformidad al numeral 5.4.2. Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual dice “La alta dirección debe asegurarse de que: a) la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1, así como los objetivos de la calidad.”	ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.
3. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Sistemas de Información, no se evidencia los registros de actualización, ni los registros del seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de Informática y la Gestión de Tecnologías de la Información en el Listado Maestro de Registros, lo cual incumple con el numeral 4.2.4 Control de los registros, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual cita “Los registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos y la operación eficaz deben controlarse.”	ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.4 Control de registros.

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 4
Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento de los procesos que administran. 2. Disposición del responsable del proceso y de los funcionarios del área para la realización de auditoria 3. Receptividad a las recomendaciones dadas por la Auditoría 4. Se evidencia manejo de actas y comunicaciones de entrega y capacitaciones, se maneja informe o reporte de infraestructura tecnológica entregada, y se identifica el conocimiento de los registros de calidad FR-1300-GSI-02. 	
OBSERVACIONES	No. 1
En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se observó que en el Listado Maestro de Registros no se encuentran los registros de Formulación de proyectos de sistemas de información, los cuales son utilizados en el proceso, de acuerdo a la verificación durante la auditoría. 	

MACRO PROCESOS MISIONALES

PROCESO GESTION DE CONOCIMIENTO DEL RIESGO

	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI-08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Nelson Hernández M.		Auditor	
David Fernando Vargas		Auditor Acompañante	
Carmen Elena Pabón.		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (4)	REQUISITO DE LA NORMA
1. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión de Conocimiento del Riesgo, no se evidenciaron los registros: “Formato Histórico de Eventos”, “Formato Análisis Multi-Impacto” y “Formato Análisis Multi-Impacto Priorizado por municipios”, citados en el Punto 5- DESARROLLO del “Procedimiento de Caracterizar Escenarios de Riesgo”, documento PR-1701-SCR-02, por lo cual se genera una No Conformidad al numeral 4.2.4 Control de los registros, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual dice “Los registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos y la operación eficaz deben controlarse.”	ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.4 Control de registros.
2. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Conocimiento del Riesgo, específicamente en el desarrollo del “Procedimiento de Caracterizar Escenarios de Riesgo” (documento PR-1701-SCR-02), el registro “Base de Estandarización” aparece con el nombre de “Registro Emergencias y Desastres en Colombia 1998-2014”, en el listado Maestro de Registros, lo cual incumple con lo establecido en el “Procedimiento Control de Registros” (documento PR-1300-SIPG-06) con respecto a la identificación de registros de acuerdo a la Guía de Parametrización de Documentos. Caso similar se evidencia	ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.4 Control de registros.

<p>con el registro “Documento de Caracterización de Escenarios de Riesgo” del “Procedimiento Gestión para la Evaluación y Análisis del Riesgo” (documento PR-1701-SCR—05), lo cual se genera una No Conformidad al numeral 4.2.4 Control de los registros, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual cita “Los registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos y la operación eficaz deben controlarse.”</p>	
<p>3. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión de Conocimiento del Riesgo, se pudo evidenciar que en el documento RG-1701-SCR-02 “Matriz de Indicadores de Gestión Conocimiento del Riesgo”, los indicadores propuestos no demuestran la capacidad del proceso para alcanzar resultados con manejo de los recursos disponibles (eficiencia), ni hacen seguimiento o miden el impacto de la gestión, tanto en el logro de los resultados planificados como en el manejo de los recursos utilizados- (efectividad), de acuerdo con el Requisito 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos, de las Normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.</p>
<p>4. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Conocimiento del Riesgo, se pudo evidenciar que el Proceso no presenta una Tabla de Retención Documental, de acuerdo con lo previsto en el “Programa de Gestión Documental 2014” de la Entidad, lo cual incumple con el numeral 4.2.4 Control de los registros, de la norma NTCGP 1000:2009, el cual cita “Los registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos y la operación eficaz deben controlarse.”</p>	<p>NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.4 Control de los registros. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación.</p>

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 3
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los funcionarios/contratistas auditados mostraron disposición y receptividad en la auditoría. 2. Los funcionarios/contratistas auditados tienen conocimiento de su quehacer diario. 3. La mayoría de los funcionarios/contratistas auditados saben cómo ubicar cualquier documento en el Sistema de NeoGestión. 	

OBSERVACIONES	No. 4
En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Al revisar la caracterización del proceso, se observó que el HACER del subproceso “Caracterización de Escenarios” (Página 4) en la “Caracterización Gestión Conocimiento del Riesgo”, documento C-1701-SCR-01, registrando la “Base de datos, donde se identifica y prioriza los escenarios de riesgo” estos están como una ENTRADA al proceso, y no como SALIDA, según lo observado se hace necesario ajustar la caracterización y realizar los respectivos cambios. 2. Al realizar la verificación del proceso, se observó que funcionarios/contratistas auditados no conocen la aplicación de los procedimientos PR-1300- SIPG – 06 (“Procedimiento Control de Registros”) y PR-1300-SIPG-07 (“Procedimiento Control de Documentos”), según lo observado se deben desarrollar actividades tendientes a mejorar los conocimientos de los procedimientos verificados . 3. Al realizar la verificación del proceso, se observó que se debe fortalecer el entrenamiento –y evaluar la efectividad del mismo- sobre el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Entidad, pues funcionarios/contratistas auditados afirman no haber recibido formación al respecto. 4. Al realizar la verificación del proceso, se observó que se debe fortalecer los mecanismos de información y comunicación de las instancias de participación de la Entidad, pues algunos funcionarios/contratistas auditados afirman no conocer la existencia del Comité Coordinador de Control Interno y afirman conocer la existencia del equipo SIPLAG pero no saben quiénes lo conforman. 	

PROCESO GESTION DE REDUCCION DEL RIESGO

<p>NGRD Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Colombia Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI-08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		

EQUIPO AUDITOR	ROL
Carmen Elena Pabón	Auditor
Patricia Arenas	Auditor Acompañante
Nelson Botello	Auditor Acompañante

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (2)	REQUISITO DE LA NORMA
1. En la auditoría efectuada al proceso de Reducción del Riesgo, se pudo evidenciar que para la planificación de la realización del producto o servicio; esta se realiza a través	ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 7.1 Planificación de la realización del producto o servicio.

<p>de los procedimientos establecidos, hasta lograr los resultados que permitan la mejora continua de los procesos, teniendo en cuenta que el proceso de acciones correctivas no se encuentra en desarrollo, ya que se encuentra en la etapa de diagnóstico, como lo informó el líder del proceso, este no se encuentra en la caracterización del proceso de reducción del riesgo, lo cual genera una No Conformidad al numeral 7.1 Planificación de la realización del producto o servicio, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual cita “La entidad debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto y/o la prestación del servicio. La planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad”.</p>	<p>MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.</p>
<p>2. Durante la auditoría realizada al proceso de Reducción del Riesgo, se pudo evidenciar que para el enfoque del Cliente, se identifican los requisitos del cliente, amparados en el marco legal, sin embargo no se cuenta con un documento que soporte la identificación de los requisitos específicos para el proceso de Gestión de Reducción del Riesgo, con lo establecido en el proceso SIPLAG, es necesario determinar claramente los requisitos del cliente, lo cual genera una no conformidad al Numeral 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009.</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio.</p>

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 3
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Proceso para la reducción del riesgo, siendo un proceso misional que en los últimos meses ha sufrido transformaciones de fondo, se evidencia el compromiso de su equipo en el mantenimiento y desarrollo del mismo, el cual continua comprometido con el desarrollo de la Implementación del SIPLAG. 2. Identifica como se realiza el control de documentos externos cumpliendo con el procedimiento de gestión de comunicaciones oficiales externas e internas, recibidas y enviadas, se evidenció en la herramienta SIGOB, soporte de este procedimiento. 3. La calidad del talento humano perteneciente a este proceso, lo cual demuestra, compromiso con llevar a cabo la implementación del SIPLAG y la mejora continua del mismo. 	
OBSERVACIONES	No. 4
<p>En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se observó que hay que reforzar la socialización y difusión, por parte del proceso responsable, 	

- los temas como Gestión Ambiental, Salud y seguridad en el trabajo, Control de registros. Se debe realizar al equipo SIPLAG de reducción del riesgo el empalme con los responsables de proceso y en conjunto realizar la socialización de los mismos.
2. En la revisión de la caracterización del proceso adoptado en las actividades desarrolladas, se observa que los conceptos técnicos y/o guías técnicas son necesarios para la construcción y adopción por parte de la entidad teniendo en cuenta que son parte fundamental del punto de partida de los subprocesos de acciones prospectivas de la reducción del riesgo. Se debe contar con los lineamientos generales, instructivo o documento que evidencie el paso a paso del hacer de la existencia técnica y demás.
 3. Al realizar la verificación se observa que a la fecha no se aplica el procedimiento de producto no conforme, lo cual puede obedecer a la falta de difusión por parte del responsable de este procedimiento, así mismo no se observa publicación de los formatos establecidos para tal fin, se recomienda realizar la implementación del procedimiento del producto o servicio no conforme y hacerle el respectivo seguimiento.
 4. En la auditoría realizada al proceso de Gestión del Riesgo se observó que al revisar los formatos funcionales que son utilizados en el proceso, estos no se encuentran dentro del listado maestro perteneciente al proceso de Gestión Documental, se recomienda revisarlos y hacer su actualización.

PROCESO DE GESTION DE MANEJO DE DESASTRES

<p>NGRD Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Colombia Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Nelson Hernández		Auditor	
Miguel Angulo		Auditor Acompañante	
Laura Amado		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (3)	REQUISITO DE LA NORMA
1. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión de Manejo de Desastres, se pudo evidenciar que en el documento RG-1703-SMD-01 "Matriz de Indicadores de Gestión Manejo de Desastres", los indicadores propuestos no demuestran la capacidad del proceso para alcanzar resultados con manejo de los recursos disponibles (eficiencia), ni hacen seguimiento o miden el impacto de la gestión -tanto en el logro de los resultados planificados	ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.

<p>como en el manejo de los recursos utilizados- (efectividad), por lo cual se da una No Conformidad de acuerdo con el Requisito 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, la cual cita “La entidad debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, y cuando sea posible, su medición. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia)”.</p>	
<p>2. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Manejo de Desastres, al comparar el documento “Formato de Aprobación de Documentos SIPLAG Gestión Manejo Desastres” (RG-1703-SMD-02) con el Listado Maestro de Documentos del Proceso (en la herramienta NeoGestión) se evidenció diferencia en el código, , lo cual no permiten la identificación de los documentos allí mencionados, incumpliendo con lo establecido por el “Procedimiento Control de Documentos” (PR-1300-SIPG-07), y el Numeral 4.2.3 Control de documentos de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 el cual cita “Los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse. Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para: a) aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión”.</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.3 Control de documentos.</p>
<p>3. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Manejo de Desastres se evidenció que la mayoría de los contratistas y dos visitantes- auditados desconocen los riesgos y peligros a los que están expuestos en el área de trabajo, así como los respectivos controles que la Entidad implementó para el manejo de los riesgos, en cumplimiento de los requisitos 4.4.3.1 Comunicación y 4.4.6 “Control Operacional” de la Norma OHSAS 18001:2007, el cual establece “La organización debe determinar las operaciones y actividades que están asociadas con el (los) peligro(s) identificado(s), en donde la implementación de controles es necesaria para manejar el riesgo(s) S&SO. Esto debe incluir la gestión del cambio; literal d) Los controles relacionados con contratistas y otros visitantes al sitio de trabajo“, y como evidencia se tiene que no se está realizando lo establecido en el procedimiento PR-1300-SIPG-03 la comunicación a los contratistas y visitantes debe darse en todos los sitios de trabajo, siendo esta una responsabilidad de todos los funcionarios identificar y</p>	<p>MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos. OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.6 Control operacional. Numeral. 4.4.3.1 Comunicación</p>

conocer lo que allí se establece para garantizar su debida implementación, por lo cual se debe trabajar de manera conjunta con los procesos respectivos.

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 2
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Proceso auditado aplica una estrategia de comunicación interna denominada “GRETA Informa”, para fortalecer la implementación del SIPLAG. 2. El Proceso adoptó e implementa de manera proactiva acciones de monitoreo y control para que los equipos electrónicos no queden encendidos mientras no se estén usando. 	
OBSERVACIONES	No. 4
<p>En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Al efectuar la verificación del proceso, se observó que hay que desarrollar con mayor efectividad acciones de sensibilización y capacitación sobre el SIPLAG en general y la caracterización y demás documentos del Proceso entre la mayoría de los funcionarios/contratistas. La Auditoría evidenció que estos temas se conocen y manejan con mayor propiedad entre unos pocos, incluyendo los líderes de las diferentes líneas o áreas de trabajo. 2. Al efectuar la verificación del proceso, se observó que hay que mantener libre la ruta de evacuación y las salidas de emergencia en el área donde opera el Proceso. Durante la auditoria se evidenció que la salida de emergencia se encontraba obstaculizada con una silla y unas repisas. 3. Al efectuar la verificación del proceso, se observó la necesidad de gestionar con el área de Talento Humano de la Entidad el desarrollo de actividades para lograr que los servidores tomen conciencia con respecto a la importancia de sus actividades, los aspectos ambientales significativos, comportamiento y beneficios obtenidos por un mejor desempeño personal. La Auditoría evidenció una mala disposición de los residuos en las canecas de basura ubicadas en el área de trabajo. 4. Al efectuar la verificación del proceso, se observó que hay que revisar el proceso de Gestión de Manejo de Desastres, ya que se pudo evidenciar un procedimiento para el manejo de subsidios y arriendos temporales, de acuerdo a Circular de la UNGRD del 10 de julio de 2013, este procedimiento no fue creado de acuerdo con los lineamientos establecidos en el “Procedimiento Control de Documentos” (PR-1300-SIPG-07) 	

BANCO DE MAQUINARIAS

	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Fredy Vanegas		Auditor	
José Sánchez		Auditor Acompañante	
Natalia Reyes		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS	REQUISITO DE LA NORMA
No se detectaron	

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 7
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A pesar de no estar considerado como un proceso de la entidad, el encuestado mostró conocimientos generales al dar respuesta a las preguntas transversales establecidas sobre el Sistema Integrado de Planeación y Gestión. 2. Se pudo observar que los integrantes del grupo auditado conocen el alcance y objetivo de su gestión, en la medida en que se delimitó con claridad las labores que desarrollan, identificando las etapas contractuales en las cuales intervienen. 3. El proyecto ha logrado casi su objetivo final, sus indicadores de entrega han sido validados en su desarrollo y a la fecha cuenta con un alto porcentaje de cumplimiento. 4. El proyecto Banco Maquinaria, a pesar de no pertenecer a un área dentro del organigrama de la entidad, ha apoyado procesos adicionales de áreas de la entidad, situación que ha permitido la consecución de logros en las acciones de atención de emergencias y recuperación de las mismas. 5. El proyecto ha realizado la consignación de información tanto física como digital de todos los procesos que se han ejecutado en el ámbito de su función. 6. La gestión realizada por el grupo de integrantes del Proyecto Banco Maquinaria, ha permitido entre otros ampliar el alcance de sus logros al interior de la entidad, situación evidenciada en la implementación de modelos de contratación que han sido efectivos. 7. Si bien a la fecha no se cuenta con formatos codificados, se hace uso de los documentos requeridos por el Estatuto de Contratación para la modalidad de contratación que se requiere, dando cumplimiento a los principios que guían la contratación estatal. 	

OBSERVACIONES	No. 5
En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Al efectuar la verificación del proceso, se observó que hay que hacer un fortalecimiento en todos los temas transversales, aunque los auditados identifican algunos temas en el aplicativo NeoGestión, no tenían totalmente claro la evidencia de la socialización de estos temas al interior del grupo a pesar de manifestar que se habían difundido. Lo anterior se debe a la falta de ubicación de este grupo dentro de los procesos de la entidad. 2. Se identifica que el Proyecto Banco Maquinaria no ha sido involucrado dentro de los procesos de la entidad, aun cuando sus funciones y objetivo ha no solo dado alcance tanto a su meta establecida como a otras temáticas solicitadas por la alta dirección de la entidad. 3. Se identifica que existe la percepción de ser un proyecto que si bien es temporal, en el largo plazo demandará el empalme al detalle con otras áreas de manera detallada, situación que puede demandar entre otros, un largo espacio de tiempo para su ejecución y/o la decisión de involucrar al proyecto a un área específica de la entidad 4. En lo que respecta a alcance de conocimientos del SIPLAG, se identifica la necesidad de reforzar conocimientos específicos del sistema, así como de la identificación de formatos y herramientas existentes en el portal NeoGestión. 5. Al indagar acerca del método de medición de sus actividades, es claro que fue necesario establecer indicadores al interior del grupo, los cuales deben ser formalizados e incluidos en el sistema. 	

PROGRAMA PGIR-AVG

<p>NGRD Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Colombia Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Magnolia Vargas		Auditor	
Sandra Reina		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS	REQUISITO DE LA NORMA
No se detectaron	


FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 5
Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. El grupo conoce al detalle el procedimiento para la El Reasentamiento Individual de la 	

<p>Población en la Zona de Amenaza Volcánica Alta del Volcán Galeras lo que permite llevar una trazabilidad de cada uno de sus procedimientos</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. A pesar de que el Grupo de trabajo no ha podido acceder a la herramienta Neogestión, El auditor pudo validar que los formatos que actualmente tienen implementados en esta herramienta son los que utilizan en su procedimiento diariamente 3. Los auditados presentan excelente disposición para escuchar y fortalecer el proceso en los temas a mejorar, asumiendo una actitud positiva y asertiva de las recomendaciones dadas por el equipo auditor 4. El personal auditado, a pesar de no conocer la política de cero papel, está comprometido con la Entidad, dónde se presentaron evidencias de uso de papel reciclado, impresión a doble cara y manejo de carpetas digitales como registros del proceso y no dar lugar a imprimir lo que no es necesario 5. El PGIR AVG ha implementado un mecanismo propio para el manejo organizado y sistematizado de la correspondencia. 	
OBSERVACIONES	No. 13
<p>En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se observó que desde la OAPI y el SIPLAG se han realizado importantes actividades de despliegue del sistema, acorde a los soportes presentados por parte de la responsable del proceso SIPLAG, como evidencia muestra las socializaciones realizadas, soportes de videoconferencias realizadas, correos enviados a líderes SIPLAG con la información para la implementación de fechas 5 de marzo a través del cual se envió Circular 001 del 5 marzo de 2014, dando a conocer el compromiso en la implementación del sistema integrado de Planeación y Gestión de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, correo del 7 de marzo de 2014 donde se invita a participar en el espacio realizado por la OAPI para la presentación del SIPLAG y conforme a los compromisos establecidos se remite la presentación en Power Point que fue utilizada para continuar el despliegue por parte de los líderes SIPLAG, de igual manera la Guía de Parametrización de Documentos, el cual contiene en la página No.5 la Plantilla para documentación de Procedimientos, correo de 11 de marzo de 2014, donde se da alcance al Memorando OAPI-3-2014-029 remitido por Dr. Gerardo Jaramillo - Jefe de la OAPI en el que se da a conocer el esquema de trabajo a ejecutar con el propósito de llevar a cabo la implementación del SIPLAG, y conforme lo referencia el mencionado memorando, se estarán remitiendo las invitaciones de reunión por la herramienta Google Calendar, correo del 5 de mayo de 2014 donde conforme al compromiso adquirido se envía la presentación de los resultados de la Fase de Diseño y Documentación realizada, también se remite la presentación utilizada por el Director del Proyecto como ayuda en la actividad de duplicación al interior de sus dependencias, correo del 1 de septiembre de 2014 donde la Alta Dirección comprometida con los diferentes lineamientos y responsabilidades que tiene la UNGRD ha declarado las Políticas SIPLAG, Cero Papel, No Alcohol, Drogas y Tabaquismo, establecidas en el marco de las normas y modelos que integran el SIPLAG, el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial. Adicionalmente se evidencia la presentación del concurso DESAFIO - SIPLAG y la conformación de los Equipos, se verifican listas de asistencia con fecha 20/08/2014 en donde se confirma la asistencia a la videoconferencia del proceso PGIR AVG para la socialización del SIPLAG, así mismo la lista de asistencia con fecha 11/09/2014 donde participaron en la socialización del SIPLAG, evidencias que permiten verificar que se ha hecho el despliegue de los temas relacionados con el SIPLAG. Verificado lo anterior, y en la auditoría realizada al 	

- programa de PGIR-AVG, los auditados manifestaron no conocer el Manual HSEQ para contratistas, por lo cual se recomienda realizar las acciones preventivas pertinentes en el proyecto PGIR AVG y fortalecer el proceso de socialización entre el personal perteneciente a dicho proyecto.
2. Se observó que durante la auditoría realizada al programa de PGIR-AVG, los auditados no presentan evidencia de la identificación de los aspectos ambientales generado por el desarrollo de sus actividades.
 3. Se observó que en la auditoría realizada al programa de PGIR-AVG, los auditados no conocen el Proceso de Gestión Documental. Adicionalmente no cuentan con la herramienta SIGOB para la trazabilidad y manejo de la documentación.
 4. Se observó que durante la auditoría realizada al programa de PGIR-AVG, se desconoce lo establecido en el sistema de gestión de calidad, estructurado en proceso SIPLAG de la UNGRD.
 5. Se observó que desde la OAPI y el SIPLAG se han realizado importantes actividades de despliegue del sistema, acorde a los soportes presentados como evidencia de las socializaciones realizadas por parte de la OPAI y el proceso SIPLAG como videoconferencias, correos enviados con la información para la implementación de fechas 5 de marzo donde se envió la circular 001 del 5 marzo de 2014, donde se da a conocer el compromiso en la implementación del SIPLAG, correo del 7 de marzo de 2014 donde se invita a participar en el espacio realizado por la OAPI para la presentación del SIPLAG el cual incluye y conforme a los compromisos establecidos en el sistema de Gestión Ambiental, se muestra la presentación en Power Point que fue utilizada, listas de asistencia con fecha 20/08/2014 en donde se confirma la asistencia a la videoconferencia para la socialización del SIPLAG del líder SIPLAG del proyecto PGIR AVG, así mismo la lista de asistencia con fecha 11/09/2014 donde participaron en la socialización del SIPLAG, evidencias que permiten verificar que se ha hecho el despliegue de los temas relacionados el sistema de Gestión Ambiental. Verificado lo anterior, durante la auditoría realizada al programa de PGIR-AVG, se desconoce lo establecido en el sistema de gestión Ambiental, estructurado en el proceso SIPLAG de la UNGRD, por lo cual se recomienda realizar las acciones preventivas pertinentes en el proyecto PGIR AVG y fortalecer el proceso de socialización entre el personal perteneciente a dicho proyecto.
 6. Se observó que en la auditoría realizada al programa de PGIR-AVG, que se desconoce lo establecido en el Sistema de Gestión S&SO estructurado en el proceso SIPLAG de la UNGRD
 7. Se observó que en la auditoría realizada al programa de PGIR-AVG, los servidores que hacen parte del proceso, no ha sido objeto de participación en aquellas iniciativas de la Entidad, desarrolladas para crear una cultura organizacional frente a los aspectos éticos.
 8. Ninguno de los auditados conoce la misión y visión de la entidad. Tampoco conocen el código de ética y buen gobierno. Por lo que se recomienda retroalimentar al equipo en estos aspectos de primera mano para el conocimiento de la entidad.
 9. Se observó que durante la auditoría realizada al programa de PGIR-AVG, se pudo evidenciar que no se conocen los indicadores establecidos de eficiencia, eficacia y efectividad, los cuales permiten tomar decisiones para evitar desviaciones al programa, adicionalmente dentro de los indicadores propuestos no se encuentra ninguno relacionado el reasentamiento individual en la ZAVA.
 10. Al realizar la verificación del proceso, se observó que los formatos que actualmente tienen implementados en su procedimiento, se lleven a los formatos institucionales de la Entidad. Y que tan pronto tengan la herramienta de NeoGestión realicen un comparativo para determinar acciones de mejora.

11. Fue repetitivo el desconocimiento de la gestión realizada por la Entidad, encaminada a mitigación de los Aspectos Ambientales, así como el control sobre los Peligros identificados en el proceso, se recomienda fortalecer a servidores y contratistas, en temas relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo, así como la Gestión Ambiental realizada en la Entidad.
12. Durante la reunión de apertura se presentó inconformidad por parte del Coordinador de Grupo al manifestar desacuerdo con la metodología utilizada por parte del área líder del Proceso al no ser tenidos en cuenta desde el inicio en la implementación del SIPLAG. No encontró un proceso de articulación ni con el área líder de la actividad ni con el representante del SIPLAG en la SRRD. Adicionalmente manifestó que una sola capacitación que se brindó no permitirá que su grupo de trabajo quedara involucrado en la implementación del SIPLAG y menos aún esperar que se tuviera todo el conocimiento.
13. Se observó la necesidad de realizar la capacitación al PGIR AVG en todo el proceso de gestión documental, toda vez que si bien es cierto tienen de manera organizada el archivo (expedientes catastrales), el Grupo del Proyecto no conoce si es la metodología correcta.

PROYECTOS ESPECIALES

	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Nelson Hernández M.		Auditor	
Magnolia Vargas.		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS	REQUISITO DE LA NORMA
No se detectaron	

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 4
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tienen implementado un mecanismo propio para el manejo organizado y sistematizado de la correspondencia. 2. En el sentido de que aún no han implementado su procedimiento, para el caso del Grupo INVÍAS, se basan en el Manual Operativo definido a través del Convenio, lo que permite llevar una trazabilidad de cada uno de sus procedimientos. 3. Los auditados presentan excelente disposición para escuchar y fortalecer el proceso en los temas a mejorar, asumiendo una actitud positiva y asertiva de las recomendaciones dadas por el equipo auditor 4. El personal auditado, a pesar de no conocer la política de cero papel, está comprometido con la 	

Entidad, dónde se presentaron evidencias de uso de papel reciclado, impresión a doble cara y manejo de carpetas digitales como registros del proceso y no dar lugar a imprimir lo que no es necesario	
OBSERVACIONES	No. 11
En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:	
<p>Desde la OAPI y el SIPLAG se han realizado importantes actividades de despliegue del sistema, acorde a los soportes presentados por parte de la responsable del proceso SIPLAG, como evidencia muestra las socializaciones realizadas, correos enviados a líderes SIPLAG con la información para la implementación de SIPLAG de fechas 5 de marzo a través del cual se envió Circular 001 del 5 marzo de 2014, dando a conocer el compromiso en la implementación del sistema integrado de Planeación y Gestión de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, correo del 7 de marzo de 2014 donde se invita a participar en el espacio realizado por la OAPI para la presentación del SIPLAG y conforme a los compromisos establecidos se remite la presentación en Power Point que fue utilizada para continuar el despliegue por parte de los líderes SIPLAG, de igual manera la Guía de Parametrización de Documentos, el cual contiene en la página No.5 la Plantilla para documentación de Procedimientos, correo de 11 de marzo de 2014, donde se da alcance al Memorando OAPI-3-2014-029 remitido por el Dr. Gerardo Jaramillo - Jefe de la OAPI en el que se da a conocer el esquema de trabajo a ejecutar con el propósito de llevar a cabo la implementación del SIPLAG, y conforme lo referencia el mencionado memorando, se estarán remitiendo las invitaciones de reunión por la herramienta Google Calendar, correo del 5 de mayo de 2014 donde conforme al compromiso adquirido se envía la presentación de los resultados de la Fase de Diseño y Documentación realizada, también se remite la presentación utilizada por el Director del Proyecto como ayuda en la actividad de duplicación al interior de sus dependencias, correo del 1 de septiembre de 2014 donde la Alta Dirección comprometida con los diferentes lineamientos y responsabilidades que tiene la UNGRD ha declarado las Políticas SIPLAG, Cero Papel, No Alcohol, Drogas y Tabaquismo, establecidas en el marco de las normas y modelos que integran el SIPLAG, el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial. Adicionalmente se evidencia la presentación del concurso DESAFIO - SIPLAG y la conformación de los Equipos, evidencias que permiten verificar que se ha hecho el despliegue de los temas relacionados con el SIPLAG en Proyectos especiales.</p>	
No obstante lo anterior, se identificaron las siguientes observaciones:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se observó que en la auditoría realizada a proyectos especiales, que se desconoce lo establecido en el sistema de gestión de calidad, estructurado en el proceso SIPLAG de la UNGRD. 2. Se observó que en la auditoría realizada a proyectos especiales, se desconoce lo establecido en el sistema de gestión S&SO estructurado en el proceso SIPLAG de la UNGRD. 3. Se observó que en la auditoría realizada a proyectos especiales, se desconoce lo establecido en el sistema de gestión Ambiental, estructurado en el proceso SIPLAG de la UNGRD. 4. Se observó que en la auditoría realizada a proyectos especiales, el personal que hace parte del proceso, no ha sido objeto de participación en aquellas iniciativas de la Entidad, desarrolladas para crear una cultura organizacional frente a los aspectos éticos. 5. Se observó que en la auditoría realizada a proyectos especiales, que Proyectos Especiales no están reflejados en el Mapa de Procesos, ni se establecieron procedimientos que les permitan evaluar permanentemente la satisfacción de los clientes con respecto a los servicios ofrecidos. 6. Se observó que en la auditoría realizada a proyectos especiales, no se conocen los indicadores establecidos de eficiencia, eficacia y efectividad, los cuales permiten tomar decisiones para evitar desviaciones al programa. 	

7. Se observó que en la auditoría realizada a proyectos especiales, se pudo evidenciar que los auditados no conocen el Manual HSEQ para contratistas.
8. Se observó que en la auditoría realizada proyectos especiales, los auditados no conocen el Proceso de Gestión Documental emitido por la líder del proceso Yolima Rojas, no han realizado la implementación del mismo. Adicionalmente no cuentan con la herramienta SIGOB para la trazabilidad y manejo de la documentación.
9. Se sugiere adoptar los mecanismos establecidos por la Entidad para la identificación de las fuentes de información externa e internas.
10. Fue repetitivo el desconocimiento de la gestión realizada por la Entidad, encaminada a mitigación de los Aspectos Ambientales, así como el control sobre los Peligros identificados en el proceso, se recomienda fortalecer a servidores y contratistas, en temas relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo, así como la Gestión Ambiental realizada en la Entidad.
11. Durante la reunión de apertura se presentó inconformidad por parte del Coordinador de Grupo de Proyectos Especiales al manifestar desacuerdo total de la metodología utilizada por parte del área líder del Proceso teniendo en cuenta que la mayoría de los contratistas en momentos determinados durante el mes, deben salir de la ciudad a realizar visitas de campo. Adicionalmente manifestó que una sola capacitación que brindó un representante de ISOLUCIONES con una presentación de 48 diapositivas no permitiría que su grupo de trabajo quedara involucrado en la implementación del SIPLAG y menos aún esperar que se tuviera todo el conocimiento. Así mismo manifestó ser consiente de no retroalimentar dichas inconformidades.

MACRO PROCESOS DE APOYO

PROCESO DE BIENES MUEBLES E INVENTARIOS

	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI-08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Sandra Milena Reina Solano		Auditor	
David Vargas		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (4)	REQUISITO DE LA NORMA
1. Durante la auditoría realizada al proceso de bienes muebles e inventarios, se evidenció que se cuenta con el Plan Anual de Adquisiciones, pero este documento no se encuentra codificado, ni incluido en el sistema Neo gestión, lo cual genera una no conformidad a lo estipulado en el Numeral	ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.3 Control de documentos

<p>4.2.3 Control de Documentos; de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, por lo cual “Los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse, d) asegurarse de que las versiones vigentes y pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso”.</p>	
<p>2. En la auditoría realizada al proceso de bienes muebles e inventarios, no se evidenció el Plan anual de Mantenimiento Preventivo y correctivo, de igual forma se verificó el mantenimiento realizado a la camioneta Mitsubishi nativa de placas CYY220, el cual se encuentra en el archivo 5.10.7.5 carpeta 01, se verifica el registro “acta revisión de mantenimiento y entrega de vehículos versión 1”, el cual se encuentra sin codificación, el registro corresponde a una versión obsoleta, el nuevo formato se encuentra en vigencia desde el día 16 de julio de 2014, y el mantenimiento se realizó el 18 de julio de 2014, lo cual genera una no conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.2.3 Control de Documentos; de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 por lo cual “Los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse, d) asegurarse de que las versiones vigentes y pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso”.</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.3 Control de documentos.</p>
<p>3. Durante la auditoría realizada al proceso de bienes muebles e inventarios, se evidenció que no se cuenta con un kárdex que registre todos los bienes muebles e inmuebles de la UNGRD que entren o salgan de la entidad, lo cual genera una no conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.2.4 Control de Registros; de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 que cita “Los registros son un tipo especial de documento y se establecen para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad deben controlarse”.</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.4 Control de los registros.</p>
<p>4. En la auditoría realizada al proceso de bienes muebles e inventarios, se evidenció que no se han llevado la evaluación de proveedores, la evaluación inicial y las posteriores que se deriven de la necesidad de evaluar el desempeño del proveedor (re-evaluaciones), lo cual genera una no conformidad a lo estipulado en el Numeral 7.4.1 Proceso de adquisición de bienes y servicios.; de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 el cual determina, “La entidad debe evaluar y seleccionar a los proveedores con base en una selección objetiva y en</p>	<p>ISO 9001:2008 Numeral 7.4.1 Proceso de compras, NTCGP 1000:2009 Numeral 7.4.1 Proceso de adquisición de bienes y servicios. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.</p>

función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios, de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad. Deben establecerse los criterios para la selección y la evaluación de proveedores. Deben mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria derivada de éstas	Eje transversal Información y comunicación.
---	---

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 2
Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disposición del personal para atender la auditoria 2. Se evidencia un proceso en permanente mejora y ajuste de procesos, viendo la auditoría como una oportunidad para fortalecer dicha mejora. 	
OBSERVACIONES	No. 4
En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. En la revisión realizada a la documentación se observó que no se identifica las normas contenidas en el Normograma institucional. 2. Se verifica donación 8907 del 21-10-2013, se tiene con entrada a almacén 4093 del 1 de octubre de 2013, pero se observa que aún no está culminado el proceso, el cual permita identificar a la UNGRD, el tramite interno dado a las donaciones con respecto a su legalización, lo que podría generar demoras en el procedimiento. 3. Se verifica Donación de Gasolina en el mes de agosto, a la fecha se observó que no se encuentra registrada en el formato para tal fin aun cuando el proceso se encuentra en curso. 4. Se observó que el procedimiento de bienes inmuebles no especifica los requisitos o los soportes para dar entrada al almacén, lo que podría generar demoras en el procedimiento. 	

PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL

<p>NGRD Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Colombia Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Yanizza Lozano		Auditor	
Carolina Giraldo		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (7)	REQUISITO DE LA NORMA
<p>1. En la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, se evidenció que la caracterización del proceso incorpora en el aparte “Documentos Internos”, el Programa Integral de conservación de documentos, el Cuadro de Clasificación Documental, las Tablas de Retención Documental, las Tablas de Valoración Documental, y como documento de Entrada la Política de Gestión Documental de la UNGRD, aún cuando a la fecha de la auditoría estos documentos no se encuentran elaborados ni adoptados en la Entidad, lo cual genera una no conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.2.3 Control de documentos; de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 el cual determina, “Los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse; literal a) aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión”.</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.3 Control de Documentos. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos. Eje transversal Información y comunicación.</p>
<p>2. En la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, se evidenció que no se tiene establecida la fecha límite para reporte de los resultados de medición para ninguno de los indicadores y todas las metas formuladas, están en el 100%, Medio 80% y Alerta 60%. Por otra parte existen indicadores que no corresponden a la clasificación del proceso inadecuadamente catalogados, (clasificado como indicador de Eficacia y es de Eficiencia), por lo que se recomienda su revisión. Las anteriores situaciones afectan lo establecido en el numeral 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual establece, “La entidad debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, y cuando sea posible, su medición. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia)”.</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.</p>
<p>3. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, se evidenció que los auditados no identifican el Procedimiento de Control de Documentos, establecido en el proceso SIPLAG, ni cómo se identifican los documentos obsoletos, ni las versiones de los documentos, tampoco identifican cómo se lleva a cabo el control de documentos externos lo cual genera una no conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.2.3 Control de Documentos; de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 por lo cual “Los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.3 Control de Documentos.</p>

<p>Calidad deben controlarse, d) asegurarse de que las versiones vigentes y pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso”.</p>	
<p>4. En la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, se evidenció que los auditados no tienen conocimiento del procedimiento para informar las acciones de mejora de su proceso, ni la forma en que se deben reportar, lo cual genera una no conformidad a lo estipulado en el Numeral 5.5.3 Comunicación Interna; de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual estipula “La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad”.</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 5.5.3. Comunicación Interna.</p>
<p>5. En la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, se evidenció que no se ha llevado a cabo el control de plagas conforme la Ley General de Archivos ley 594 de 2000, establece en su artículo 21 los programas de gestión documental que deben implementar las instituciones. Así mismo las pautas para el control de plagas se encuentran establecidas en el acuerdo 006 del archivo general de la nación, en el artículo 6 literal C siendo un tema de responsabilidad del proceso de gestión documental. El mismo acuerdo estipula que se debe realizar un sistema integrado de conservación, acorde en lo definido en el artículo 8, donde se establece que este debe ser articulado y armonizado con otros sistemas de gestión, como evidencia se tiene que al solicitar el plan de mantenimiento de la UNGRD, este no se encuentra a la fecha de la auditoria establecido con el control de plagas para ejecutar en el archivo de gestión, lo cual genera una no conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.2.4 Control de los registros de la norma NTCGP 1000:2009.</p>	<p>NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.4 Control de los registros. MECI 1000:2014 2. Módulo de evaluación y seguimiento 2.1 Componente autoevaluación institucional 2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión.</p>
<p>6. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, se evidenció que no se cuenta con espacios e instalaciones necesarias y adecuadas para el correcto funcionamiento de los archivos que se gestionan en la sede de la Calle 90, no se cuenta con espacios necesarios con el fin de disponer adecuadamente de los archivos generados, así mismo una vez indagado con el grupo de apoyo administrativo fue informado a la OCI, que la Unidad carece de inventario documental que permita determinar que parte del archivo pertenece a la Unidad y que parte corresponde al Fondo a fin de establecer si el espacio con el que se</p>	<p>NTCGP 1000:2009 Numeral 6.3 Infraestructura. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.</p>

<p>cuenta actualmente es suficiente, lo cual genera una no conformidad a lo estipulado en el Numeral 6.3 Infraestructura de la norma NTCGP 1000:2009.</p>	
<p>7. En la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, se evidenció que el Programa de Gestión Documental se encuentra elaborado, está pendiente de aprobación, no se encuentra articulado con el Plan Estratégico de la UNGRD, incumpliendo lo establecido en el artículo 10 de la Ley 594 de 2000. Como evidencia se tiene que el responsable del proceso de Gestión Documental al momento de la auditoría desconocía la articulación del Programa de Gestión Documental con el Plan estratégico de la UNGRD, lo cual genera una no conformidad a lo estipulado en el Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos, y al eje transversal Información y comunicación del MECI 1000:2014.</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.3 Control de Documentos MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos. Eje transversal Información y comunicación.</p>

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 3
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se resalta el conocimiento general del Equipo Auditado respecto a algunos elementos que integran el SIPLAG y su Representante ante la Alta Dirección, así como los relacionados con el proceso auditado: objetivo del proceso, canales de comunicación internos en la Entidad; en lo relativo a la norma de SST, se identifican aspectos como: controles asociados a peligros del proceso, canal de comunicación para reporte de nuevos de peligros, brigada de emergencias, punto de encuentro. Así mismo reconocen el protocolo de atención al ciudadano y la matriz de riesgos de corrupción y de su proceso, como también las funciones asociadas al cargo desempeñado y lo relativo al proceso de inducción que se realiza en la entidad. 2. Reflejan conocimiento general en lo relacionado con la norma, ISO 14001:2004: en cuanto a Requisitos Generales, la Política Ambiental, Aspectos e Impactos Ambientales, Comunicación, participación y consulta y el Control operacional. 3. Aplican de manera general la documentación establecida para el proceso y reconocen su respectiva codificación, haciendo uso de la herramienta NeoGestion. 	
OBSERVACIONES	No. 14
<p>En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A la fecha de la auditoría no se tiene una Política de Gestión Documental en la Entidad, conforme a lo establecido en el Decreto 2609 de 2012. Se recomienda gestionar las actividades requeridas en la entidad para dar cumplimiento a lo establecido en el Plan de Acción en lo relacionado con la formulación de esta política, su adopción y divulgación al interior de la Entidad. 2. A la fecha de la auditoría se observó que no se tiene el Programa Específico de Conservación 	

- y el Programa de Gestión de Documentos Electrónicos aunque éstos se tienen contemplados en el Programa de Gestión Documental el cual no se encuentra aprobado en la Entidad. Lo anterior genera incumplimiento en lo establecido en el artículo 10 de la Ley 594 de 2000. Se recomienda solicitar la realización del Comité del Sistema Integrado de Planeación y Gestión en la Entidad para que sea aprobado el Programa de Gestión Documental que se tiene elaborado en su versión inicial y de esta manera cumplir lo establecido en la Ley 594 de 2000 y dar lugar a las actividades incluidas en el citado Programa.
3. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, se evidencio que se está ejecutando lo establecido en la Actividad 6 del Procedimiento de Control de Documentos y de Registros, a través del Procedimiento de Transferencia y Eliminación de Documentos, sin embargo lo relacionado con los tiempos de retención establecido en el citado procedimiento no se está ejecutando.
 4. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, se observó que el registro de comunicaciones oficiales enviadas, no se está llevando cabo conforme a lo estipulado en el procedimiento, debido a que aún no se cuenta con la herramienta para el desarrollo de esta actividad, razón por la cual no se tiene control de las comunicaciones oficiales externas enviadas por parte de la Entidad.
 5. En la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, no se evidencio el conocimiento del equipo auditado, sobre la Política y Objetivos del SIPLAG, y la contribución del proceso a los objetivos mencionados.
 6. En la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, se evidencio que los auditados no identifican claramente el Mapa de Procesos de la UNGRD alojado en la herramienta NeoGestión y la ubicación de su proceso en éste, no reflejan claridad frente a lo que significa el ciclo PHVA.
 7. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, se evidencio que los auditados no conocen el Plan de Acción de su proceso.
 8. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental, se evidencio que con respecto al sistema de seguridad y salud en el trabajo, no se conoce: la Política del SST, los programas de vigilancia epidemiológica establecidos en la UNGRD, así como los espacios de formación del sistema de seguridad y salud en el trabajo, COPASST y sus miembros, y el comité de convivencia.
 9. Se está cumpliendo parcialmente lo establecido en el artículo 9 de la ley 594 de 2000, con los procedimientos establecidos, no obstante lo relacionado con las Tablas de Retención Documental y los Cuadros de Clasificación Documental, aún no se encuentran elaborados generando incumplimiento en el artículo 8 del decreto 2609 de 2012. Conforme a lo indicado por el auditado, la contratación para la elaboración de estos instrumentos se encuentra en proceso pre-contractual publicado en la página CCE # FNGRD-SAMC-007-2014.
 10. El procedimiento gestión de comunicaciones externas e internas, recibidas y enviadas se observó que no se usa el formato FR-1603-GD-06, el uso se realiza de forma manual en caso de que SIGOB tenga una falla operacional, afectando lo establecido en el numeral 4.2.1 literal c) de la norma NTC GP1000:2009 por lo cual se recomienda la actualización del procedimiento respecto a este formato, para asegurar la adecuada operación del proceso.
 11. Se observó el desconocimiento general de los auditados frente a todos los indicadores que miden el Proceso de Gestión Documental, afectando lo establecido en el numeral 8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos de la norma NTC GP1000:2009. Por lo anterior se recomienda la difusión transversal de los indicadores a todos los integrantes del Proceso, su aplicación y seguimiento.

12. Se observó el desconocimiento general de los auditados respecto al canal de reporte y el instrumento establecido (Tarjeta STOP) cuando se identifican nuevos aspectos ambientales, afectando el numeral 4.4.4 Documentación de la norma ISO 14001:2004. Se recomienda realizar la divulgación de estos elementos al interior del proceso.
13. Se observó que no se han establecido actividades específicas relacionadas con documentos electrónicos y firma digital, conforme lo establece la Estrategia de Gobierno en Línea del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, por lo cual se recomienda gestionar articuladamente estas actividades con los procesos relacionados en la Entidad con el citado Modelo.
14. Se observó que no se tiene claridad frente el seguimiento que se debe realizar a los riesgos del proceso, establecidos en la matriz de riesgos del proceso conforme a lo establecido en el 2.3.1 (Autoevaluación) y 2.3.3 (Planes de Mejoramiento) MECI.

PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA

<p>NGRD Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Colombia Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Sandra Milena Reina Solano		Auditor	
Bernardo Iván Reyes Villamizar		Auditor Acompañante	
David Fernando Vargas		Auditor Acompañante	
NO CONFORMIDADES DETECTADAS (3)		REQUISITO DE LA NORMA	
<p>1. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión Financiera, se evidencio que no se tiene conocimiento de los riesgos asociados al proceso, y se desconoce la existencia de la matriz de riesgos de la Unidad, lo cual genera una no conformidad al Módulo de control de planeación y gestión, Componente administración del riesgo del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2014, el cual cita “Este componente faculta a la entidad para emprender las acciones de control necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales. Es importante considerar que un evento puede representar una oportunidad de mejora para la organización, pero si no se maneja adecuadamente y a tiempo, puede generar consecuencias negativas”.</p>		<p>MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.3. Componente administración del riesgo. Eje transversal enfocado a la información y comunicación.</p>	

<p>2. En la auditoría realizada al proceso de Gestión Financiera, se pudo evidenciar que los auditados no conocen los peligros asociados al proceso y por parte de uno de los auditados se desconoce la matriz de peligros, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.3.1 Comunicación, de la norma OHSAS 18001:2007, el cual determina "Con respecto a los peligros S&SO y sistema de gestión S&SO, la organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para: a) Comunicación interna entre los varios niveles y funciones de la organización".</p>	<p>OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.3.1 Comunicación. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación.</p>
<p>3. En la auditoría realizada al proceso de Gestión Financiera, se pudo evidenciar que los auditados no tienen conocimiento respecto a las políticas existentes de Seguridad y Salud en el trabajo y Gestión Ambiental, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.2 Política, Literal f, de las normas ISO 14001:2004, OHSAS 18001:2007, el cual determina "f) Es comunicada a todas las personas que trabajan bajo el control de la organización, con la intención de que sean conscientes de sus obligaciones individuales".</p>	<p>ISO 14001:2004, OHSAS 18001:2007 Numeral 4.2 Política. Literal f. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación.</p>

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 5
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El proceso que precisa las actividades del Planear, Hacer, Verificar y Actuar, en desarrollo de lo dispuesto en el Plan de Acción de la UNGRD. Además, el Proceso tiene definido un conjunto de procedimientos haciendo uso de formatos que son debidamente aplicados en su gestión. Todo lo anterior en cumplimiento de las normas ISO 9001:2008 y GP 1000:2009. 2. Desde la dirección del Proceso a cargo de la Coordinadora se estableció una estructura funcional para su desarrollo en tres componentes: presupuestal, contable y tesorería, con funcionarios responsables para cada uno de ellos; así se garantiza un manejo articulado de éstos. La Coordinadora del Grupo mediante reuniones semanales establece acuerdos y compromisos que le apuntan a la ejecución del Plan de Acción y del Plan de Mejoramiento y realiza el seguimiento respectivo para su cumplimiento. 3. El personal auditado muestra disposición para atender la auditoria. 4. Muestran interés sobre aspectos de mejora que puedan ser implementados al interior del proceso. 5. Muestra conocimiento respecto de las actividades procedimentales propias de sus funciones. 	
OBSERVACIONES	No. 5
<p>En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En la revisión del proceso se observó que es necesario asegurar que las conciliaciones contables con las distintas dependencias de la UNGRD se realicen a tiempo para garantizar la rendición oportuna de informes y declaraciones. 2. En el caso del Mapa de Riesgos de Corrupción para poder avanzar en la tarea de Seguimiento y Monitoreo, se observó que se requiere corregir las fechas que están registradas en la 	

- respectiva pestaña del aplicativo, por cuanto éstas no corresponden al presente año.
3. En el caso de la Matriz de Indicadores de Gestión planteada para el proceso en el seguimiento que se realiza a los indicadores formulados, los procedimientos vinculados a éstos no registran términos o plazos que sirvan como referentes para la verificación del cumplimiento del indicador asociado a las metas.
 4. Se muestra desconocimiento respecto de la herramienta NEOGESTION, por lo cual no es fácilmente identificado el mapa de procesos de la UNGRD.
 5. No se tienen identificados claramente los aspectos contenidos el Código de Ética de la entidad, se desconocen los principios y valores de la UNGRD.

PROCESO DE GESTIÓN TALENTO HUMANO

	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Bernardo Iván Reyes Villamizar		Auditor	
Sandra Reina		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (3)	REQUISITO DE LA NORMA
1. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Talento Humano, se pudo evidenciar que los auditados no conocen los peligros asociados al proceso, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.3.1 Comunicación, de la norma OHSAS 18001:2007, el cual determina “Con respecto a los peligros S&SO y sistema de gestión S&SO, la organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para: a) Comunicación interna entre los varios niveles y funciones de la organización”.	OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.3.1 Comunicación. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación.
2. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión de Talento Humano, se pudo evidenciar que no se cuenta con los mecanismos o medios de comunicación que informen a los visitantes sobre el Plan de Emergencias de la UNGRD, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.3.1 Comunicación, de la norma OHSAS 18001:2007, el cual determina “Con respecto a los	OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.3.1 Comunicación. MECI 1000:2014 Eje transversal Información y comunicación.


<p>peligros S&SO y sistema de gestión S&SO, la organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para: Literal b) Comunicación con los contratistas y otros visitantes al sitio de trabajo”.</p>	
<p>3. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Talento Humano, al verificar la ejecución del Plan de Bienestar Social se observa que durante el mes de agosto no se cumplió con la actividad propuesta, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.3.3 Objetivos y programas, de la norma OHSAS 18001:2007, el cual determina “Los objetivos deben ser medibles, siempre que sea factible y consistentes con la política S&SO, incluyendo los compromisos para la prevención de lesión y enfermedad, el cumplimiento con los requisitos legales aplicables y con otros requisitos que la organización suscribe, y con la mejora continua”.</p>	<p>OHSAS 18001:2007 Numeral 4.3.3 Objetivos y programas. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.1.2 Componente Talento Humano.</p>

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 2
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La Profesional responsable del componente de Capacitación, del Área de Talento Humano, utiliza en la formulación del Plan Institucional de Capacitación (Incluido el diagnóstico) un aplicativo ofimático en Google Drive, que le permite reducir de forma significativa los tiempos de tabulación y generación de resultados de las encuestas aplicadas; el citado aplicativo también se emplea para la evaluación de la eficacia de la capacitación de empleados. Además, con esta práctica el procedimiento contribuye a la política de cero papel. 2. El Profesional responsable del tema de Seguridad y Salud Ocupacional del Área de Talento hace uso del aplicativo “Caracterización de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Común”, que maneja una base de datos de todos los empleados de planta central de la UNGRD y procesa la información correspondiente a las novedades e incidentes de 2014. Esta herramienta ofimática permite hacer seguimiento y plantear acciones preventivas y correctivas, si es del caso. 	
OBSERVACIONES	No. 3
<p>En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Al solicitar las evidencias del Simulacro de Evacuación de empleados, contratistas y visitantes de las instalaciones de la UNGRD, realizado por ISOLUCIONES el día 01/08/2014, éstas no fueron presentadas. 2. Al verificar las evidencias de los registros del Diagnóstico realizado para la formulación del Plan 	

de Bienestar Social, se observa que éstos carecen de la fecha de realización de la consulta a los funcionarios de la UNGRD.

3. Al realizar la verificación de la Hoja de Vida del Sr. Jorge Buelvas, funcionario inscrito en carrera administrativa de la UNGRD, no se encontró de la Evaluación de Desempeño del primer semestre de 2014. Por tanto, existe incumplimiento de las disposiciones que regulan la materia como la Ley 909 de 2004 y demás decretos reglamentarios.

PROCESO DE INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Diana Alvarado		Auditor	
Patricia Arenas		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (4)	REQUISITO DE LA NORMA
<p>1. En la auditoría realizada al proceso de Infraestructura Tecnológica, se evidencia que así los auditados manifiesten haber realizado la identificación de los Aspectos Ambientales del proceso, no presentan evidencia de la identificación de los aspectos ambientales generado por el desarrollo de sus actividades, se han realizado importantes actividades de despliegue del sistema que se encuentran respaldadas en correos de despliegue del sistema, actas de reunión, listas de asistencia, etc. Sin embargo al momento de la auditoría, según la entrevista realizada, los auditados desconocen los aspectos ambientales asociados al proceso lo cual permite evidenciar que dichas socializaciones no han sido lo suficientemente efectivas en el proceso de Infraestructura Tecnológica, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.3. Comunicación, de la norma ISO 14001:2004, el cual determina “En relación con sus aspectos ambientales y su sistema de gestión ambiental, la organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para: a) La comunicación interna entre los diversos niveles y funciones de la organización”.</p>	<p>ISO 14001:2004 Numeral 4.4.3. Comunicación. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación.</p>

<p>2. En la auditoría realizada al proceso de Infraestructura Tecnológica, se evidencia que al momento de la auditoría los auditados desconocían la disposición de Residuos eléctricos y electrónicos ya que en el proceso no se encuentra planificado un sitio adecuado de disposición permanente para estos residuos, por otro lado no se cuenta con un proveedor para su debida recolección y disposición final. Lo anterior incumpliendo lo establecido en la ley 1512 de 2010 sobre la responsabilidad en el manejo y disposición adecuada de los RAES, que hacen parte de la caracterización del proceso de Infraestructura Tecnológica, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.3.3. Objetivos, metas y programas de la norma ISO 14001:2004.</p>	<p>ISO 14001:2004 4.3.3. Objetivos, metas y programas de la norma ISO 14001:2004. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico, 1.2.5 Políticas de Operación.</p>
<p>3. En la auditoría realizada al proceso de Infraestructura Tecnológica, se evidencia que no se tiene un cronograma de mantenimiento preventivos a equipos y servidores para garantizar la prestación del servicio, que hacen parte de la caracterización del proceso de Infraestructura Tecnológica, lo cual genera una No Conformidad en la implementación de sistema de gestión ambiental, como evidencia se tiene que el mantenimiento a los servidores establecido para la última semana de Agosto de 2014 no fue realizado, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el 6.3 Infraestructura de las normas NTC: ISO: 9001:2008 y GP: 1000:2009.el cual cita “La entidad debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 6.3 Infraestructura. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico, 1.2.5 Políticas de Operación.</p>
<p>4. En la auditoría realizada al proceso de Infraestructura Tecnológica, se evidencia que La medición al desempeño del proceso se realiza mediante 5 indicadores que se alimentan mediante la herramienta tecnológica NEOGESTIÓN, sin embargo, no se evidencia seguimiento a los indicadores, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual determina “La entidad debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, y cuando sea posible, su medición. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia)”.</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.</p>

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 4
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los auditados se identifican de forma correcta dentro del mapa de procesos y reconocen el objetivo y la interacción del proceso enmarcado dentro del ciclo PHVA, así como el insumo directo del proceso a la revisión por la dirección “modernidad y rendimientos en la Infraestructura de la UNGRD”. 2. Los auditados presentan excelente disposición para escuchar y fortalecer el proceso en los temas a mejorar, asumiendo una actitud positiva y asertiva de las recomendaciones dadas por el equipo auditor. 3. Los auditados manejan con propiedad herramientas tecnológicas, por lo tanto se puede aprovechar esta fortaleza para el manejo del Software NEOGESTIÓN, facilitando la mejora continua del Sistema Integrado de Planeación y Gestión – SIPLAG - de la Entidad. 4. El personal auditado, está comprometido con la Política cero papel implementada y adoptada por la Entidad, dónde se presentaron evidencias de uso de papel reciclado, impresión a doble cara y manejo de carpetas digitales como registros del proceso y no dar lugar a imprimir lo que no es necesario. 	
OBSERVACIONES	No. 7
<p>En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De acuerdo con las evidencias recolectadas en la auditoria al proceso de Infraestructura Tecnológica, se recomienda fortalecer a los servidores y contratistas del proceso, en los temas enmarcados dentro del Sistema Integrado de Planeación y Gestión, y en general en los mecanismos y herramientas que facilitan la Gestión realizada en la UNGRD para la mejora del mismo. 2. Se observó que durante el proceso de realización de auditoria, fue repetitivo el desconocimiento de la gestión realizada por la Entidad, encaminada a mitigación de los Aspectos Ambientales, así como el control sobre los Peligros identificados en el proceso, se recomienda fortalecer a servidores y contratistas, en temas relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo, así como la Gestión Ambiental realizada en la Entidad. 3. De acuerdo con el numeral 8.5 de la NTC:ISO:9001:2008 y GP:1000:2009, y a lo establecido en el Plan Estratégico de la UNGRD, el instrumento que determina la planeación del proceso, es el Plan estratégico de Informática y Gestión de Tecnología, sin embargo no fue posible tener acceso a este, por lo tanto se recomienda que el proceso auditado tenga acceso directo y continuo a dicho Plan. 4. No se tienen documentadas la identificación de los riesgos en la prestación del servicio de internet, así como las medidas de contingencia para garantizar la continuidad del servicio, sin embargo los auditados reconocen los riesgos a los que está expuesto la prestación del servicio, y además reconocen la necesidad de tenerlas documentadas, por ende se recomienda que esta actividad se planifique y ejecute ya que es prioridad para el proceso. 5. En cumplimiento al numeral 8.2.1 de GP:1000:2009 e ISO:9001:2008, se presenta por parte del auditado una encuesta general, sobre la identificación de necesidades del cliente, la cual se pretende realizar por google una vez se implemente el sistema de aseguramiento de la información en los PC, a Septiembre 30 de 2014, y realizarla dos veces al año. Sin embargo, es necesario evaluar la prestación del servicio una vez se haya efectuado el requerimiento de los usuarios, con el fin de evaluar el resultado de la prestación del servicio a satisfacción, y con el resultado se podría medir el desempeño de una de las actividades del proceso. 	

6. Se tiene identificada una acción de mejora, “Se ha evidenciado que los usuarios tienen diferentes formatos de autorización de salida de equipos de cómputo”, y cuenta con la formulación del plan de mejoramiento evidenciado a través de la herramienta tecnológica NeoGestión, sin embargo, se observó que no se han ejecutado las acciones programadas para el cierre de esta acción, lo cual podría generar incumplimiento de las acciones planificadas y demoras en el proceso.
7. De acuerdo a la matriz de peligros y riesgos del proceso RG-1603-SIS-06, se identifica riesgo por radiaciones, y se encuentra calificado en un nivel medio, no obstante, la medición no se realizó para definir dicho nivel, por lo cual, se hace necesario tomar las medidas de prevención y de ser necesario actualizar Matriz.

PROCESO DE GESTIÓN DE SERVICIO AL CIUDADANO

	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Santiago Núñez Ramírez		Auditor	
Miguel Angulo		Auditor Acompañante	
Gustavo Paz		Auditor Acompañante	
NO CONFORMIDADES DETECTADAS (3)		REQUISITO DE LA NORMA	
<p>1. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión de Servicio al Ciudadano, se pudo evidenciar que no se está garantizando la atención oportuna de los requerimientos de los ciudadanos, ya que al revisar el Ticket SGC-2014-751, la respuesta debió remitirse al peticionario el 21 de julio y a la fecha no ha sido enviada, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 7.2.3 Comunicación con el cliente, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual determina “La entidad debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a: c) la retroalimentación del cliente, incluidas sus peticiones, quejas, reclamos, percepciones y sugerencias, y d) mecanismos de participación ciudadana, según sea aplicable</p>		<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 7.2.3 Comunicación con el cliente. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación.</p>	
<p>2. En la auditoría realizada al proceso de Gestión de Servicio al Ciudadano, se pudo evidenciar que no se están realizando mediciones encaminadas a controlar el Producto o Servicio No Conforme, de acuerdo con el numeral 8.3 de</p>		<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 8.3 Control del producto y/o servicio no conforme. MECI 1000:2014 Módulo de</p>	

<p>las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual cita “La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos establecidos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto y/o servicio no conforme”.</p>	<p>evaluación y seguimiento, 2.1 componente autoevaluación institucional, 2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión.</p>
<p>3. Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión de Servicio al Ciudadano, se pudo evidenciar que no se están aplicando métodos de satisfacción del cliente conforme a lo estipulado en el numeral 8.2.1 de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual cita “Como una de las medidas del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, la entidad debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información”.</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 8.2.1 Satisfacción del cliente. MECI 1000:2014 Eje transversal enfocado a la información y comunicación.</p>

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN	No. 8
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se evidencia, por parte de los auditados, un conocimiento profundo del proceso, conocen los objetivos, los procedimientos, mapa de procesos (se ubica en el mismo), formatos y demás documentos asociados, 2. Hay un claro conocimiento de la normatividad que le aplica al proceso y evidencias de la gestión que se ha hecho para fortalecer los asuntos relacionados con el servicio al ciudadano. 3. Se encontró un conocimiento general de la herramienta Neogestión, donde se ubicaban diferentes documentos como la matriz de aspectos ambientales, la matriz de peligros relacionados con salud ocupacional, matrices de riesgos tanto de procesos como de corrupción y elementos transversales que conciernen a todos los procesos de la Entidad. 4. Es claro el esfuerzo que está realizando la Entidad frente al Servicio al Ciudadano, a fin de fortalecer el proceso y los procedimientos relacionados, especialmente con el establecimiento de una oficina para atender al ciudadano, que aunque no se ha logrado, hay personal dedicado exclusivamente a los temas mencionados. 5. Las personas auditadas conocen, de manera general, el SIPLAG y los sistemas que lo componen, especialmente lo que respecta a la normatividad ISO9001, ISO14001:2004, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. 6. Se evidenció el esfuerzo por parte del proceso de ampliar la cobertura y atención a mayor cantidad de población, dado que la auditada manifestó la creación de una línea telefónica gratuita para atender al territorio. 7. Se tiene claridad del control de la documentación con los códigos en Neogestión, se evidencia el seguimiento de los documentos externos mediante el aplicativo de la UNGRD- SIGOB, se utiliza el servidor como medio para garantizar la seguridad de la información y se manejan 	

documentos en la nube como la base de datos de registros.

8. De acuerdo a la revisión del Ticket GSC 2014 991, se verificó conformidad en el envío y la respuesta al solicitante. La solicitud no era competencia de la Unidad, y al peticionario se le contestó estableciendo que por no ser competencia, sería remitido al funcionario encargado.

OBSERVACIONES

No. 8

En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:

1. El manejo de las respuestas a los peticionarios se realiza de forma manual. De acuerdo a lo anterior, se evidencia la necesidad de automatizar el proceso a fin de evitar riesgos innecesarios, especialmente en asuntos relacionados con la respuesta oportuna. A pesar de que a las áreas, cuando se les solicita que generen respuesta a una solicitud se les informa cuanto tiempo tienen para remitirla, esto no está siendo efectivo, y se encuentran demasiadas solicitudes represadas que no se contestan.
2. En el aplicativo SIPLAG solo se encontraron dos protocolos de primer nivel cargados, y a pesar de que los demás protocolos existen, se tienen archivados en una carpeta física. Estos protocolos deberían encontrarse cargados en el aplicativo, de tal manera que se formalice la actuación bajo dichos protocolos.
3. Existe una encuesta de servicio al ciudadano, pero la misma no está siendo aplicada. De acuerdo a la información otorgada por la auditada, la encuesta no está bien estructurada y por eso la medición es errónea. Sobre el asunto es necesario que se tomen los correctivos necesarios para poder realizar la medición necesaria.
4. En el formato FR-1300-SIPG-13, correspondiente a la matriz de indicadores, en el espacio del responsable se evidenció el uso de nombres propios. Esa situación no es recomendable dada la rotación de personal. Para evitar que esto suceda, en los responsables se debe mencionar cargos, no personas.
5. Aunque se observó un desconocimiento generalizado sobre las preguntas transversales relacionadas con OHSAS18001:2007, se identificó la matriz de peligros y la política de SST.
6. Estando en la auditoría, el auditado recibió varias llamadas de la ciudadanía, sin embargo no se actuó de acuerdo a lo estipulado explícitamente en el procedimiento de llamada telefónica.
7. Se evidenció que al momento de recibir las llamadas durante el tiempo de la auditoria no se registraron las mismas en Formato de Registro PQRSD – Atención Telefónica FR-1603-GSC-03, de la misma manera no se dio cumplimiento al paso 1 del procedimiento “PROCEDIMIENTO ATENCIÓN TELEFÓNICA” al no informar el nombre a los usuarios.
8. Se observó en el proceso, y fue expresado por los auditados, que el personal asignado para el servicio al ciudadano no es suficiente para atender las obligaciones correspondientes. En este sentido es necesario evaluar si la cantidad de funcionarios relacionados con el proceso es suficiente para cumplir con lo estipulado.

PROCESO DE CONTRATACION


	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Ángela Calderón Palacio		Auditor	
José Antonio Sánchez López		Auditor Acompañante	
Eleonora Serna Rey		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (3)	REQUISITO DE LA NORMA
<p>1. Durante la auditoría realizada al proceso de Contratación, se pudo evidenciar que de acuerdo con la verificación realizada al contrato No. 10 de 2014, el cual fue elaborado posterior a la implementación del SIPLAG, se evidenció que los estudios previos no fueron elaborados en el formato establecido FR-1604-GCON-06 de "<u>Estudios previos para contratación directa-contratos de prestación de servicios y de apoyo a la gestión</u>", por lo cual, no se da cumplimiento al numeral 4.2.4 Control de los registros, de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual cita "Los registros son un tipo especial de documento y se establecen para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad deben controlarse".</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 4.2.4 Control de los registros.</p>
<p>2. En la auditoría realizada al proceso de Contratación, se pudo evidenciar que de acuerdo se adelanta el proceso de selección de proveedores de la Entidad de acuerdo a los procedimientos establecidos para tal fin, no se evidencia lineamientos ni registro de Evaluación de Proveedores inicial y posterior, que se deriven de la necesidad de evaluar el desempeño del proveedor, incumplimiento así con lo establecido en el numeral 7.4 de la norma de calidad NTCGP 1000:2009, el cual determina "La entidad debe evaluar y seleccionar a los proveedores con base en una selección objetiva y en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios, de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad".</p>	<p>NTCGP 1000:2009 Numeral 7.4.1 Proceso de adquisición de bienes y servicios. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos. Eje transversal Información y comunicación.</p>
<p>3. En la auditoría realizada al proceso de Contratación, se</p>	<p>ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 Numeral 5.5.3</p>

<p>pudo evidenciar de acuerdo con las entrevistas realizadas a la Coordinación y Equipo de Trabajo de Gestión Contractual, se evidencian debilidades en la socialización y toma de conciencia por parte del personal en relación con el SIPLAG, incumpliendo así el numeral 5.5.3 de Comunicación Interna de las normas de calidad ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el cual determina “La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad”.</p>	<p>Comunicación interna. MECI 1000:2014 Eje transversal Información y comunicación.</p>
---	---

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 2
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se evidenció conocimiento frente a las actividades inherentes al proceso. 2. Al interior de la Coordinación se definió la responsabilidad de seguimiento de indicadores, lo cual permitirá mayor control frente al cumplimiento de las acciones establecidas en la ficha de indicadores. 	
OBSERVACIONES	No. 4
<p>En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En la caracterización del proceso se relaciona la actividad de “Direccionar la contratación acorde a las modalidades que indica la Ley”, ésta no incluye la información referente a la planificación específica previa a la elaboración de contratos como lo son los estudios previos. En tal sentido, se recomienda realizar la verificación de la caracterización y estudiar la viabilidad de realizar un cambio de versión a fin de dar mayor alcance al proceso de Planeación del ciclo de mejora continua PHVA. 2. En la caracterización del proceso de Gestión Contractual, específicamente en la fase de ejecución del ciclo PHVA se observan actividades que no corresponden a dicho proceso, tales como “Expedir la certificación de insuficiencia de personal” y “Expedir el Certificado de Disponibilidad Presupuestal”, al respecto, se recomienda considerar la posibilidad de modificar la versión de la caracterización con los ajustes a que haya lugar. 3. Se observa que el Normograma no incluye el Decreto 791 de 2014, por el cual se reglamenta el artículo 72 de la Ley 1682 de 2013 y se modifica el artículo 18 del Decreto 1510 de 2013, por lo cual se recomienda realizar la inclusión y aplicabilidad respectiva. 4. De acuerdo a lo presentado por la Coordinación del Grupo de Gestión Contractual, se elaboró Manual de Contratación acorde a lo establecido en el Decreto 1510 de 2013, sin embargo, al momento de la auditoría, dicho documento no se encontraba aprobado, por lo cual se recomienda adelantar las gestiones pertinentes para su aprobación y adopción y una vez realizada esta actividad, se recomienda adelantar la socialización al interior de la Entidad. 	


PROCESO DE CONTROL DISCIPLINARIO

 <p>NGRD Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Colombia Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI-08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
José Sánchez López		Auditor	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS (1)	REQUISITO DE LA NORMA
1. No se evidencia la aplicación de tablas de retención documental, incumpliendo el numeral 4.2.4 de la norma NTCGP 1000:2009.	NTCGP 1000:2009. numeral 4.2.4

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 1
Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:	
1. Dentro del ejercicio auditor se identificó la adherencia de los procesos que conforman el SIPLAG por parte de la auditada en los en el Ciclo PHVA, el normograma que regula su proceso, los requisitos generales de la GP: 1000: 2009 – ISO 9001: 2008. Igualmente presente fortalezas en cuanto a la identificación de la norma OSHAS 18001: 2007 en las políticas de SST, identificación de peligros, valoración de controles, objetivos, comunicación, participación y consulta. Frente las ISO 14001: 2004, se tienen identificado las políticas y los planes del mismo. En relación al MECI identifica el componente del talento humano, direccionamiento estratégico, salvo los planes de acción con que no cuenta y las tablas de retención documental.	
OBSERVACIONES	No. 3
En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:	
1. En cuanto a las planillas con que se cuenta por el proceso de Control Interno disciplinario, no se encuentran documentadas con el código del mencionado proceso. 2. El cuadro que registra los procesos disciplinarios no se encuentra incluido en neo gestión se recomienda incorporarlo. 3. Los indicadores del proceso no son claros en el resultado de cada variable, por ejemplo, en el total de procesos en curso señala 5 y cumplimiento dentro de los plazos 10, se recomienda verificar dicha información y hacer los ajustes a que haya lugar. De igual manera no refleja los indicadores metas y análisis de las mismas.	

PROCESO DE COOPERACION INTERNACIONAL

 <p>Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Colombia Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
José Sánchez López		Auditor	
Lina Hernández		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS	REQUISITO DE LA NORMA
No se detectaron	

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 2
Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:	
<ol style="list-style-type: none"> Dentro del ejercicio auditor se identificó la adherencia de los procesos que conforman el SIPLAG por parte de la auditada cabeza del proceso y de los demás integrantes. Conocen la caracterización del proceso y los requisitos de las normas auditadas GP: 1000:2009 – ISO 9001: 2008. OSHAS 18001: 2007. ISO 14001: 2004. MECI 1000 – 2014. El auditor identificó la adherencia de los procesos que conforman el SIPLAG por parte del responsable del proceso y demás integrantes del equipo Conocen la caracterización del proceso y los requisitos de las normas auditadas GP: 1000:2009 – ISO 9001: 2008. OSHAS 18001: 2007. ISO 14001: 2004. MECI 1000 – 2014. 	
OBSERVACIONES	No. 1
En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:	
<ol style="list-style-type: none"> El código caracterización C – 1602 no está en acorde con los demás códigos del proceso. C – 1602, como lo estipula el procedimiento de control documental, establecido en el SIPLAG. 	

MACRO PROCESOS DE EVALUACION

PROCESO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI-08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Carolina Giraldo		Auditor	
Yanizza Lozano Orjuela		Auditor Acompañante	
Marcela Zamudio Caicedo		Auditor Acompañante	

NO CONFORMIDADES DETECTADAS	REQUISITO DE LA NORMA
No se detectaron	

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 4
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> De manera general se resalta la disposición del equipo auditado en la atención de la auditoria y se evidencia buen conocimiento tanto del proceso auditado como de los diferentes modelos y normas que integran el SIPLAG, su representante ante la Alta Dirección, elementos generales como el objetivo del proceso, el aporte a los objetivos del SIPLAG, los canales de comunicación internos en la Entidad, la Política del SIPLAG. En lo relativo a la norma de SST identifican aspectos como: controles asociados a peligros del proceso, canal de comunicación para reporte de nuevos de peligros, brigada de emergencias, punto de encuentro. Reflejan conocimiento general en la norma ISO 14001:2004 como los requisitos generales, política ambiental, aspectos e impactos ambientales y lo relacionado con los procedimientos de Comunicación, Participación y Consulta y el Control Operacional. Por otra parte reconocen los instrumentos establecidos en la Entidad para atención al ciudadano, tienen conocimiento de los riesgos de su proceso y los de corrupción, así como las funciones asociadas al cargo desempeñado y lo relativo al proceso de inducción que se realiza en la entidad. Se evidencia un adecuado trabajo en la divulgación y socialización al interior de la Oficina por parte del Líder SIPLAG en lo relacionado con el SIPLAG y con el proceso auditado. Aplican la documentación establecida para el proceso y reconocen su respectiva codificación, haciendo uso de la herramienta NeoGestion y cuentan con adecuado manejo de registros (evidencias) lo cual facilitó la realización de la auditoria. Tienen diferentes instrumentos de planificación del proceso que permiten dar cobertura a las actividades propias de la Oficina de acuerdo los roles y responsabilidades que le han sido asignadas. 	

OBSERVACIONES	No. 0

SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

<p>NGRD Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Colombia Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	INFORME DE AUDITORIAS	CODIGO: FR-1400-OCI- 08	Versión 01
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		
EQUIPO AUDITOR		ROL	
Olga Yaneth Aragón Sánchez		Auditor	
Mauricio Gómez Triana		Auditor Acompañante	
NO CONFORMIDADES DETECTADAS (8)		REQUISITO DE LA NORMA	
1. En la auditoría realizada al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, se evidencia que la organización no realiza la publicación del Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y la Política de No Alcohol, Drogas y Tabaquismo, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.3.1 Comunicación, de la norma OHSAS 18001:2007, el cual determina “Con respecto a los peligros S&SO y sistema de gestión S&SO, la organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para: a) Comunicación interna entre los varios niveles y funciones de la organización. B) Comunicación con los contratistas y otros visitantes al sitio de trabajo”.		OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.3.1 Comunicación. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos. Eje transversal Información y comunicación.	
2. Durante la auditoría realizada al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, se evidencia que la organización cuenta con el COPASST y con mecanismos como la tarjeta STOP para GA y de ICAI, para SYSO, no obstante, según entrevistas, no se evidencia la comunicación y/o conocimiento de estos mecanismos de participación por parte de los funcionarios, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.3.1 Comunicación, de la norma OHSAS 18001:2007, el cual determina “Con respecto a los peligros S&SO y sistema de gestión S&SO, la organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para: a) Comunicación interna entre los varios niveles y funciones de la organización		OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.3.1 Comunicación literal a. MECI 1000:2014 Eje transversal Información y comunicación.	
3. En la auditoría realizada al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, se evidencia que la organización no realiza la		OHSAS 18001:2007 Numeral 4.3.1 Identificación de peligro,	

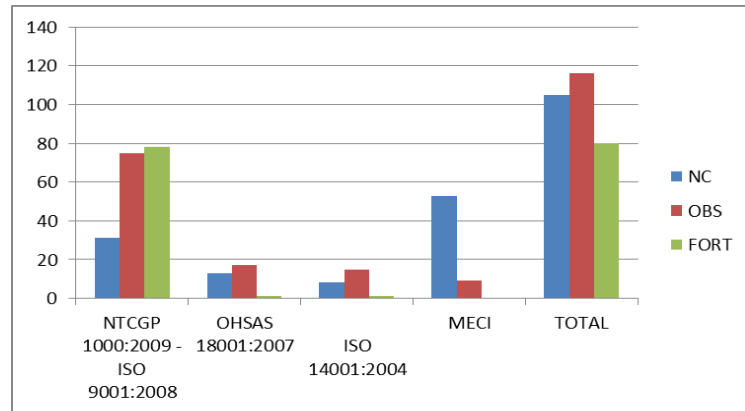
<p>identificación de peligros, ni la valoración de riesgo, ni toma los controles necesarios para las actividades misionales que realizan los contratistas en la sede del proyecto PGIR-AVG, en la ciudad de Pasto – Nariño. Lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.3.1 Identificación de peligro, evaluación de riesgo y determinación de controles, de la norma OHSAS 18001:2007, el cual determina “La organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para la continua identificación de peligros, evaluación de riesgo y determinación de los controles necesarios: d) Peligros identificados que se originan fuera del sitio de trabajo capaces de afectar adversamente la salud y seguridad de las personas bajo control de la organización dentro del sitio de trabajo”.</p>	<p>evaluación de riesgo y determinación de controles. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos. Eje transversal Información y comunicación.</p>
<p>4. Durante la auditoría realizada al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, se evidencio que no se realiza un almacenamiento acorde al programa establecido por la Unidad, respecto a los elementos de protección personal, con la ubicación de la protección visual con los guantes en uso, lo que genera un riesgo potencial de contaminación por contacto, lo cual causa una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.6 Control Operacional, de la norma OHSAS 18001:2007, que determina “La organización debe determinar las operaciones y actividades que están asociadas con el (los) peligro(s) identificado(s), en donde la implementación de controles es necesaria para manejar el riesgo(s) S&SO. Esto debe incluir la gestión del cambio. Para esas operaciones y actividades, la organización debe implementar y mantener: a) Los controles operacionales, aplicables a la organización y sus actividades; la organización debe integrar estos controles operacionales en todo su sistema de gestión S&SO”.</p>	<p>OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.6 Control Operacional. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos. Eje transversal Información y comunicación.</p>
<p>5. En la auditoría realizada al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, se evidencio que no se cuenta, en las áreas de trabajo, con las hojas de seguridad o con otro mecanismo para la comunicación de las acciones a seguir en caso de situaciones de emergencia, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.6 Control Operacional, de la norma OHSAS 18001:2007, que determina “La organización debe determinar las operaciones y actividades que están asociadas con el (los) peligro(s) identificado(s), en donde la implementación de controles es necesaria para manejar el riesgo(s) S&SO. Esto debe incluir la gestión del cambio. Para esas operaciones y actividades, la organización debe implementar y mantener: a) Los controles operacionales, aplicables a la organización y sus actividades; la organización debe integrar estos controles operacionales en todo su sistema de gestión S&SO”.</p>	<p>OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.6 Control Operacional. MECI 1000:2014 Eje transversal Información y comunicación.</p>

<p>6. Durante la auditoría realizada al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, se evidenció que la organización cuenta con un sistema para control de incendios, aunque se evidencia que no se cuenta con extintores en las áreas, lo que no permite la atención de los posibles conatos según las características de los distintos incendios, contraviniendo los Art. 221 y 226 de la Res. 2400 / 79, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.4.7 Preparación y Respuesta ante Emergencias de la norma OHSAS 18001:2007, el cual cita “La organización debe revisar periódicamente y, cuando sea necesario, revisar su procedimiento(s) de preparación y respuesta, en particular, después de la revisión periódica y después de la ocurrencia de situaciones de emergencia</p>	<p>OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.7 Preparación y Respuesta ante Emergencias MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos. Eje transversal Información y comunicación.</p>
<p>7. En la auditoría realizada al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, se identificó en el almacén que se están manejando actividades de carga con pesos por encima del hombro, condición que puede generar lesiones osteomusculares y peligro por caída de objetos, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.6 Control Operacional, de la norma OHSAS 18001:2007, que determina “La organización debe determinar las operaciones y actividades que están asociadas con el (los) peligro(s) identificado(s), en donde la implementación de controles es necesaria para manejar el riesgo(s) S&SO. Esto debe incluir la gestión del cambio. Para esas operaciones y actividades, la organización debe implementar y mantener: a) Los controles operacionales, aplicables a la organización y sus actividades; la organización debe integrar estos controles operacionales en todo su sistema de gestión S&SO”.</p>	<p>OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.6 Control operacional. MECI 1000:2014 1. Módulo de control de planeación y gestión, 1.2 Componente direccionamiento estratégico 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos. Eje transversal Información y comunicación.</p>
<p>8. Se identificó un peligro, no considerado en la matriz, en el área documental por caída de objetos, dada la acumulación de impresos en la parte alta de las estanterías en donde se observa adicionalmente que la estantería no se encuentra fija o empotrada con el riesgo de volcamiento del sistema portante, lo cual genera una No Conformidad a lo estipulado en el Numeral 4.4.6 Control Operacional, de la norma OHSAS 18001:2007, que determina “La organización debe determinar las operaciones y actividades que están asociadas con el (los) peligro(s) identificado(s), en donde la implementación de controles es necesaria para manejar el riesgo(s) S&SO. Esto debe incluir la gestión del cambio. Para esas operaciones y actividades, la organización debe implementar y mantener: a) Los controles operacionales, aplicables a la organización y sus actividades; la organización debe integrar estos controles operacionales en todo su sistema de gestión S&SO”.</p>	<p>OHSAS 18001:2007 Numeral 4.4.6 Control operacional.</p>

FORTALEZAS QUE APOYAN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE GESTION	No. 1
<p>Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas asociadas al proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con un procedimiento para la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, y se tiene un mecanismo para participación de las partes interesadas, mediante la tarjeta ICAI 	
OBSERVACIONES	No. 4
<p>En cumplimiento del ejercicio de auditoria el equipo auditor observa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se observó que la organización cuenta con una Política de Gestión Integral, la cual se encuentra de consulta en el sistema de información SIPLAG, para funcionarios y particulares que desempeñan funciones públicas, pero no se evidencia que se cuente con mecanismos de comunicación de la misma para otras partes interesadas. 2. La organización cuenta con un procedimiento para la identificación de los requisitos legales y otros que le son aplicables, así como con un instrumento para revisar el grado de conformidad y cumplimiento de los requerimientos, no obstante esta actividad aún se encuentra en proceso de revisión. 	

RESULTADOS GENERAL CONSOLIDADO

NORMAS	NC	OBS	FORT
NTCGP 1000:2009 - ISO 9001:2008	31	75	78
OHSAS 18001:2007	13	17	1
ISO 14001:2004	8	15	1
MECI	53	9	0
TOTAL	105	116	80

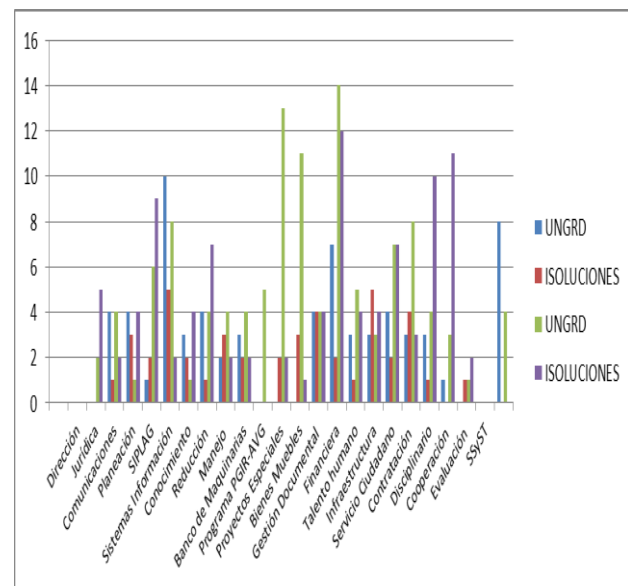


Consolidado de hallazgos por requisito de norma

Resultados Consolidado

PROCESO	NO CONFORMIDAD		FORTALEZAS	OBSERVACIONES	
	UNGRD	ISOLUCIONES		UNGRD	ISOLUCIONES
Dirección	0	0	2	2	5
Jurídica	4	1	5	4	2
Comunicaciones	4	3	1	1	4
Planeación	1	2	3	6	9
SIPLAG	10	5	7	8	2
Sistemas Información	3	2	4	1	4
Conocimiento	4	1	3	4	7
Reducción	2	3	3	4	2
Manejo	3	2	2	4	2
Banco de Maquinarias	0	0	7	5	0
Programa PGIR-AVG	0	2	5	13	2
Proyectos Especiales	0	3	4	11	1
Bienes Muebles	4	4	2	4	4
Gestión Documental	7	2	3	14	12
Financiera	3	1	5	5	4
Talento humano	3	5	2	3	4
Infraestructura	4	2	4	7	7
Servicio Ciudadano	3	4	8	8	3
Contratación	3	1	2	4	10
Disciplinario	1	0	1	3	11
Cooperación	0	1	2	1	2
Evaluación	0	0	4	0	0
SSYST	8	0	1	4	0
TOTAL	67	44	80	116	97

Hallazgos por Requisitos de Norma

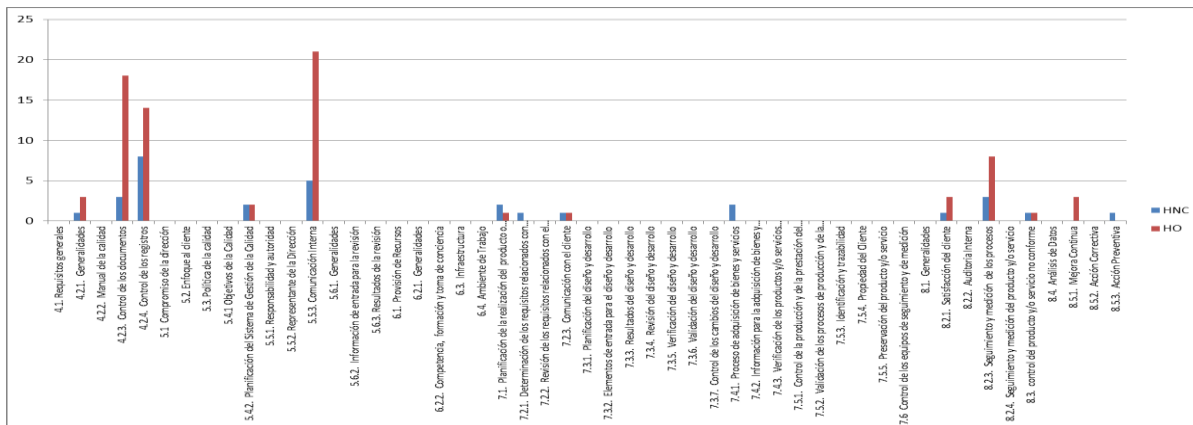


Es importante precisar que del total de 67 no conformidades registradas por proceso, algunas pueden incumplir más de una norma, por cuanto estas fueron tenidas en cuenta en el resultado general consolidado donde se reflejan las no conformidades por cada sistema.

RESULTADOS ISO 9001:2008 Y NTCGP 1000:2009

ID	CRITERIOS NTC-ISO 9001:2008; NTCGP 1000:2009	HNC	HO
1	4.1. Requisitos generales		
2	4.2.1. Generalidades	1	3
3	4.2.2. Manual de la calidad		
4	4.2.3. Control de los documentos	3	18
5	4.2.4. Control de los registros	6	14
6	5.1. Compromiso de la dirección		
7	5.2. Enfoque al cliente		
8	5.3. Política de la calidad		
9	5.4.1 Objetivos de la Calidad		
10	5.4.2. Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad	2	2
11	5.5.1. Responsabilidad y autoridad		
12	5.5.2. Representante de la Dirección		
13	5.5.3. Comunicación Interna	7	21
14	5.6.1. Generalidades		
15	5.6.2. Información de entrada para la revisión		
16	5.6.3. Resultados de la revisión		
17	6.1. Provisión de Recursos		
18	6.2.1. Generalidades		
19	6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia		
20	6.3. Infraestructura		
21	6.4. Ambiente de Trabajo		
22	7.1. Planificación de la realización del producto o prestación del servicio	2	1
23	7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	1	
24	7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio		
25	7.2.3. Comunicación con el cliente	1	1
26	7.3.1. Planificación del diseño y desarrollo		
27	7.3.2. Elementos de entrada para el diseño y desarrollo		
28	7.3.3. Resultados del diseño y desarrollo		
29	7.3.4. Revisión del diseño y desarrollo		
30	7.3.5. Verificación del diseño y desarrollo		
31	7.3.6. Validación del diseño y desarrollo		
32	7.3.7. Control de los cambios del diseño y desarrollo		
33	7.4.1. Proceso de adquisición de bienes y servicios	2	
34	7.4.2. Información para la adquisición de bienes y servicios		
35	7.4.3. Verificación de los productos y/o servicios adquiridos		
36	7.5.1. Control de la producción y de la prestación del servicio		
37	7.5.2. Validación de los procesos de producción y de la prestación del servicio		
38	7.5.3. Identificación y trazabilidad		
39	7.5.4. Propiedad del Cliente		
40	7.5.5. Preservación del producto y/o servicio		
41	7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición		
42	8.1. Generalidades		
43	8.2.1. Satisfacción del cliente	1	3
44	8.2.2. Auditoria Interna		
45	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	3	8
46	8.2.4. Seguimiento y medición del producto y/o servicio		
47	8.3. control del producto y/o servicio no conforme	1	1
48	8.4. Análisis de Datos		
49	8.5.1. Mejora Continua		3
50	8.5.2. Acción Correctiva		
51	8.5.3. Acción Preventiva	1	
TOTAL		31	75

No conformidades y Observaciones Por requisito de norma ISO 9001-NTCGP 1000:2009

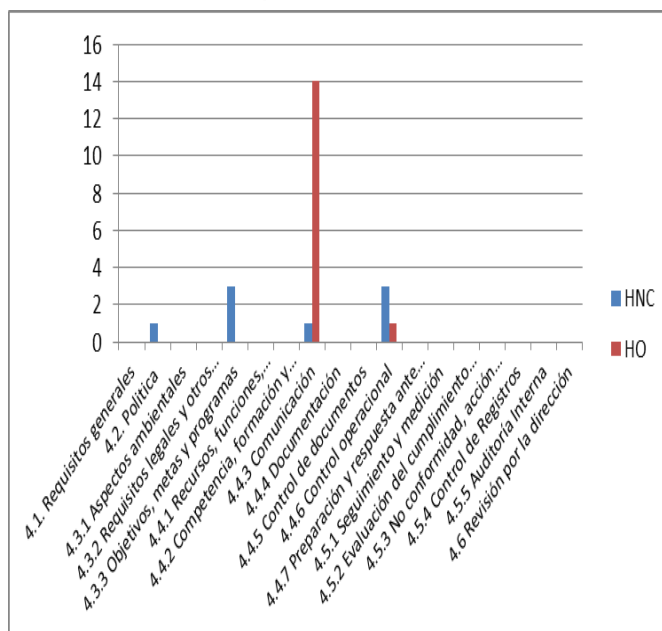


De la relación de no conformidades detectadas en la evaluación a la Norma ISO 9001:2008 y NTCGP 1000:2009 se puede concluir que el mayor porcentaje está representado en el numeral 5.3.3 Comunicación Interna ya que fue este el que en la mayoría de procesos auditados presentó las mayores falencias, tal como se describe en cada una de las auditorías, por cuanto este será uno de los puntos prioritarios para adelantar acciones de mejora con el fin de dar cierre de las mismas y no tener observaciones al momento de que se adelante la auditoría de certificación.

ISO 14001:2004

ID	CRITERIOS NTC-ISO 14001:2004	HNC	HO
1	4.1. Requisitos generales		
2	4.2. Política	1	
3	4.3.1 Aspectos ambientales		
4	4.3.2 Requisitos legales y otros requisitos		
5	4.3.3 Objetivos, metas y programas	3	
6	4.4.1 Recursos, funciones, responsabilidad y autoridad		
7	4.4.2 Competencia, formación y toma de conciencia		
8	4.4.3 Comunicación	1	14
9	4.4.4 Documentación		
10	4.4.5 Control de documentos		
11	4.4.6 Control operacional	3	1
12	4.4.7 Preparación y respuesta ante emergencias		
13	4.5.1 Seguimiento y medición		
14	4.5.2 Evaluación del cumplimiento legal		
15	4.5.3 No conformidad, acción correctiva y acción preventiva		
16	4.5.4 Control de Registros		
17	4.5.5 Auditoría Interna		
18	4.6 Revisión por la dirección		
TOTAL		8	15

No conformidades y Observaciones Por requisito de norma ISO14001:2004



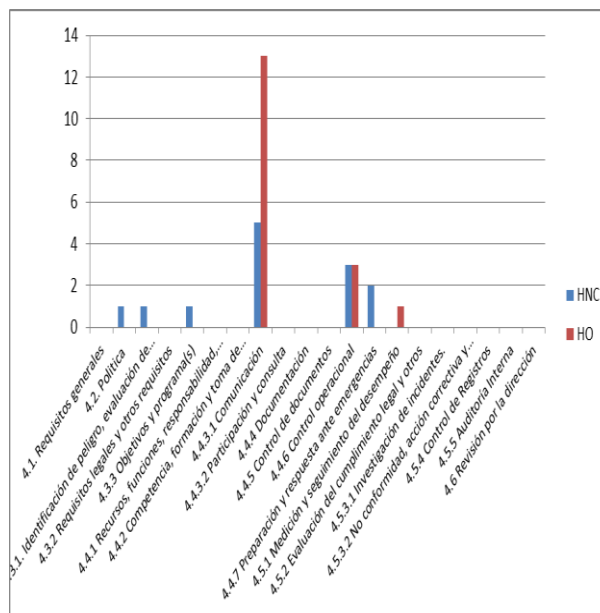
De las no conformidades identificadas una vez auditados los requisitos de la Norma ISO 14001:2004, se puede concluir que el numeral 4.3.3 Objetivos, Metas y Programas y el numeral 4.4.6 Control Operacional son los que presentan el mayor porcentaje de incumplimiento por cuanto

se recomienda centrar en estos numerales todas las acciones necesarias que apunten a su cumplimiento

OHSAS 18001:2007

ID	CRITERIOS OHSAS 18001:2007	HNC	HO
1	4.1. Requisitos generales		
2	4.2. Política	1	
3	4.3.1. Identificación de peligro, evaluación de riesgo y determinación de controles	1	
4	4.3.2 Requisitos legales y otros requisitos		
5	4.3.3 Objetivos y programa(s)	1	
6	4.4.1 Recursos, funciones, responsabilidad, rendición de cuentas y autoridad		
7	4.4.2 Competencia, formación y toma de conciencia		
8	4.4.3.1 Comunicación	5	13
9	4.4.3.2 Participación y consulta		
10	4.4.4 Documentación		
11	4.4.5 Control de documentos		
12	4.4.6 Control operacional	3	3
13	4.4.7 Preparación y respuesta ante emergencias	2	
14	4.5.1 Medición y seguimiento del desempeño		1
15	4.5.2 Evaluación del cumplimiento legal y otros		
16	4.5.3.1 Investigación de incidentes.		
17	4.5.3.2 No conformidad, acción correctiva y acción preventiva		
18	4.5.4 Control de Registros		
19	4.5.5 Auditoría Interna		
20	4.6 Revisión por la dirección		
TOTAL		13	17

No conformidades y Observaciones
Por requisito de norma OHSAS 18001:2007

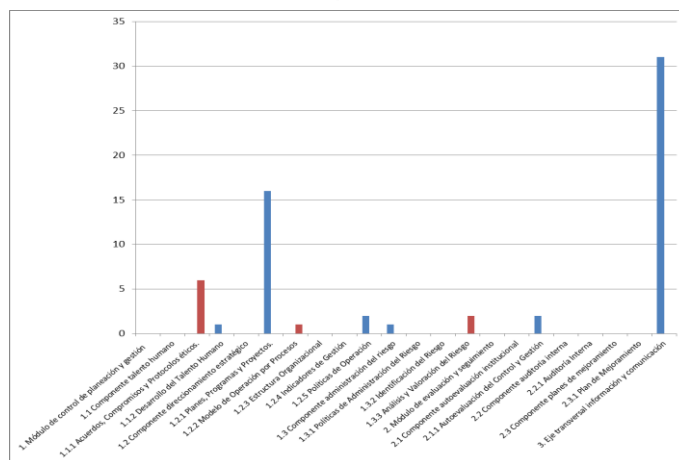


De las no conformidades identificadas una vez auditados los requisitos de la Norma ISO 18001:2007, se puede concluir que el numeral 4.4.3.1 Comunicación es aquel que presenta el mayor porcentaje de incumplimiento ya que en algunos de los procesos auditado, por cuanto se recomienda generar las acciones de despliegue y socialización necesarias que apunten al cumplimiento de este numeral.

MECI 1000:2014

ID	CRITERIOS MECI	HNC	HO
1	1. Módulo de control de planeación y gestión		
2	1.1 Componente talento humano		
3	1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos		6
4	1.1.2 Desarrollo del Talento Humano	1	
5	1.2 Componente direccionamiento estratégico		
6	1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.	16	
7	1.2.2 Modelo de Operación por Procesos		1
8	1.2.3 Estructura Organizacional		
9	1.2.4 Indicadores de Gestión		
10	1.2.5 Políticas de Operación	2	
11	1.3 Componente administración del riesgo	1	
12	1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo		
13	1.3.2 Identificación del Riesgo		
14	1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo		2
15	2. Módulo de evaluación y seguimiento		
16	2.1 Componente autoevaluación institucional		
17	2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión	2	
18	2.2 Componente auditoría interna		
19	2.2.1 Auditoría Interna		
20	2.3 Componente planes de mejoramiento		
21	2.3.1 Plan de Mejoramiento		
22	3. Eje transversal información y comunicación	31	
TOTAL		53	9

No conformidades y Observaciones
Por requisito MECI 1000:2014



De los elementos auditados del MECI se puede establecer que el mayor porcentaje de observaciones se encuentran en el Eje Transversal de Información y Comunicación, por cuanto se recomienda adelantar las acciones que permitan la mejora y el cumplimiento del elemento.

VIII. CONTROLES ESTABLECIDOS

La Oficina Asesora de Planeación en el marco de la implementación y evaluación al proceso de implementación del SIPLAG, estableció conjuntamente con la Oficina de Control Interno la realización dentro del Programa Anual de Auditoria de aquellas que corresponde al primer ciclo de Auditorías Internas del SIPLAG, para lo cual realizó inicialmente un proceso de formación de Auditores quienes bajo la Coordinación y fortalecimiento técnico de la OCI en cuanto a capacitación y desarrollo del ciclo auditor.

Para el desarrollo de las Auditorías y como puntos de control específicos, la Oficina de control Interno incluyó acciones para los responsables de la realización de Auditorías que comprenden tanto la revisión de los procedimientos existentes en la Unidad, la revisión de los Manuales, Guías, Políticas y demás documentos asociados al proceso, como el estudio minucioso de las Caracterizaciones asociadas a los procesos con el fin de abordar cada proceso auditor con todo el soportes técnico para su realización.

De otra parte a fin de garantizar el cumplimiento del objetivo de auditora y evitar la materialización de los riesgos identificados, la Oficina de Control Interno realizó una revisión exhaustiva y complementó las listas de verificación para cada auditor acorde a los requisitos de las respectivas normas y a los documentos aplicables a cada proceso.

Si bien es cierto, la Unidad viene adelantando las acciones necesarias para la adecuada implementación del sistema Integrado de la Unidad a través de cada una de las áreas de la UNGRD, se hace necesario el fortalecimiento de actividades de autocontrol con el fin de buscar la efectividad de sus procesos, así como la aplicación de los registros y documentos inherentes a cada proceso, así como el sentido de adecuación y pertinencia aplicado a los mismos conforme a lo reglamentado por la unidad.

IX. RIESGOS IDENTIFICADOS

El Análisis de Riesgos constituye una herramienta muy importante para el trabajo de auditoría desde la fase de planeación, por cuanto implica la identificación de los mismos para velar por su posible manifestación. Por ello, dentro de las etapas de auditoría al SIPLAG se establecieron los riesgos asociados al desarrollo de las mismas, definiéndolos como aquellos inherentes en el ejercicio auditor, generando la posibilidad de que la misma presente fallas, afectando el logro de los objetivos planteados.

Dentro de los riesgos identificados para desarrollar la Auditoría SIPLAG se encuentran los relacionados a continuación, así:

UNIDAD NACIONAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES									
OFICINA CONTROL INTERNO									
APLICATIVO PARA EL LEVANTAMIENTO DEL MAPA DE RIESGOS POR PROCESO									
FASE:		CALIFICACION Y EVALUACION							
FECHA:		26/08/2014							
NOMBRE DEL PROCESO		AUDITORIA INTERNA SIPLAG							
EVALUACION Y SEGUIMIENTO									
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CALIFICACION		TIPO IMPACTO		EVALUACION		MEDIDAS DE RESPUESTA	
		PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	PERFIL DEL RIESGO (1-100)	ZONA RIESGO	MEDIDA	DESCRIPCIÓN DE LA MEDIDA ANTES DE VALORACION DEL CONTROL
R1	Incumplimiento del cronograma de auditoria	4	3	CREDIBILIDAD	TODOS LOS FUNCIONARIOS	48	ZONA RIESGO ALTA	EVITAR EL RIESGO	Socialización de cronograma de auditoria en el marco del Comité Directivo presentando el mismo ante el Director, Jefes y Coordinadores de Área.
R2	No contar con la totalidad de auditores para el desarrollo del ejercicio auditor	3	4	OPERATIVO	AJUSTES DE UNA ACTIVIDAD CONCRETA	48	ZONA RIESGO EXTREMA	EVITAR EL RIESGO	Formación integral de los auditores internos en las normas HSEQ, con el fin de atender las distintas auditorias, ante la ausencia involuntaria de un auditor.
R3	Cambios en el cronograma de auditoria por cambios imprevistos en la agenda de los jefes de área.	2	3	OPERATIVO	AJUSTES DE UNA ACTIVIDAD CONCRETA	24	ZONA RIESGO MODERADA	EVITAR EL RIESGO	Socialización de cronograma de auditoria en el marco del Comité Directivo presentando el mismo ante el Director, Jefes y Coordinadores de Área.
R4	Falta de objetividad al realizar el ejercicio auditor	3	4	CREDIBILIDAD	TODOS LOS FUNCIONARIOS	48	ZONA RIESGO EXTREMA	EVITAR EL RIESGO	Fortalecimiento de competencias de los auditores internos de la UNGRD en las normas objeto de auditoria. (ISO 9001, NTC:GP 1000:2009, OHSAS 18001 Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, ISO 14001 Gestión Ambiental, MECI 1000:2014, MIPG, por parte de la Jefe OCI)
R5	Demora en la presentación de informes de auditoria por parte de los responsables.	3	4	OPERATIVO	AJUSTES DE UNA ACTIVIDAD CONCRETA	48	ZONA RIESGO EXTREMA	EVITAR EL RIESGO	Socialización del cronograma de ciclo auditor al equipo de auditores internos de la UNGRD.

Una vez culminado el ejercicio de auditoría, de acuerdo a los controles establecidos, ninguno de los riesgos identificados fue materializado permitiendo así culminar satisfactoriamente dicho ejercicio.

X. CONCLUSIONES

La Oficina de Control Interno de la Unidad, como responsable de la Coordinación de la realización del primer ciclo de Auditoría Interna al Sistema Integrado de Planeación y Gestión, culminó su ciclo Auditor resaltando los aspectos relacionados a continuación:

1. En el ejercicio inicial de consolidación y tomando como base la información registrada por parte de cada uno de los Auditores internos, se identificaron un total de 159 no conformidades asociadas a los 19 procesos de la UNGRD y 105 Observaciones. Una vez presentado el informe preliminar se establecieron observaciones por parte de los Jefes y Coordinadores de la dependencias de la UNGRD relacionadas a continuación:

RELACION OBSERVACIONES AUDITORIA SIPLAG	
PROCESO	CANTIDAD
PGIR AVG	13
GESTION DE REDUCCION DEL RIESGO	6
PROYECTOS ESPECIALES	9
GESTION DOCUMENTAL	10
GESTIÓN DE SERVICIO AL CIUDADANO	1
INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	4
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	2
SIPLAG	9
TALENTO HUMANO (SS&O)	4
MANEJO DE DESASTRES	4
TOTAL	62

Un vez finalizado la revisión por parte de la Oficina de Control Interno tomando como referencia las observaciones realizadas por los Auditores Internos y las evidencias verificadas por parte de la OCI se concluye, que una vez finalizado el primer ejercicio de Auditoría Interna al SIPLAG, la Unidad finaliza con un total de 105 No conformidades, 116 Observaciones y 80 Fortalezas, que demuestran que pese a que la Unidad ha tenido un avance significativo en el SIPLAG respecto a la implementación de los requisitos asociados a las normas auditadas GP: 1000:2009 – ISO 9001: 2008, OSHAS 18001: 2007, ISO 14001: 2004, MECI 1000 – 2014 y MIPG, deben generarse los planes de mejora con el fin de subsanar aquellas debilidades presentes en el sistema y evitar de esta forma No conformidades detectadas por parte del Ente Certificador.

2. Se deben fortalecer los procesos asociados a Gestión Documental ya que pese a que la documentación se encuentra dispuesta, en algunos casos estos no están llevados acorde a lo establecido en el proceso por parte de los encargados de su realización.
3. Se resalta el interés y compromiso de los Auditores en las actividades de capacitación, desarrollo de las auditorias y entrega de informes.
4. Se observó el compromiso por parte de los Jefes, Coordinadores de área y su personal a cargo durante la Auditoría, en las reuniones de apertura, desarrollo y cierre de las mismas, como evidencia del compromiso con la implementación del SIPLAG.
5. Se evidencia el mejoramiento en cuanto a la documentación de procesos y procedimientos y el avance en el conocimiento por parte del personal de la UNGRD en temas relacionados con las normas objeto de la auditoría.
6. Se observó en la mayoría de los auditados una apropiación respecto a los lineamientos generales que hacen parte del SIPLAG.
7. Aunque se han adelantado actividades de divulgación, en algunas dependencias se observó desconocimiento respecto de las Políticas y Objetivos del SIPLAG si bien es cierto un buen número de personal de la UNGRD cuentan con este conocimiento, persiste un grupo de personas vinculadas a la Unidad que desconocen los aspectos relacionados con el Sistema, especialmente aquellas que por estar desarrollando sus

actividades en sitios diferentes a las instalaciones de la Unidad no han apropiado dichos aspectos y que con miras a la realización de una auditoría externa por parte del ente certificador se convierten el riesgo para la otorgación o no de la Certificación, por cuanto deben fortalecerse la capacitación del personal en aspectos básicos de la implementación del SIPLAG, que le permitan a la UNGRD un mejor y adecuado mantenimiento del sistema en términos de eficiencia y eficacia.

8. Fortalecer aspectos relacionados con la Gestión Documental de la unidad y fortalecer las disposiciones planificadas para el control de los documentos internos del sistema.
9. Fortalecer estrategias que permitan un mejor control de los procesos especialmente en lo que respecta a la herramienta Neogestión y como optimizar su uso.
10. Implementar estrategias que permitan a la Unidad la medición y seguimiento de sus indicadores y que los resultados sean tenidos en cuenta para la adecuada toma de decisiones.
11. Se deben continuar con los procesos de capacitación y formación de auditores internos con el fin de fortalecer los futuros procesos de Auditoría Interna.
12. Culminar el proceso de Gestión Documental el fin de culminar la elaboración de tablas de retención documental.

XI. RECOMENDACIONES

1. Se deben generar mecanismos que permitan el fortalecimiento de la implementación y análisis de los procesos que hacen parte del sistema teniendo en cuenta que la unidad se encuentra próxima a proceso de presentación para el otorgamiento a la certificación.
2. Fortalecer al interior de los procesos de la UNGRD, la implementación de procedimientos de Control de Documentos y Registros ya que es uno de los principales hallazgos detectados por la Auditoría Interna.
3. Fortalecer las estrategias de capacitación con el fin de que la totalidad del personal apropie los conceptos relacionados con las normas objeto de certificación.
4. Mejorar el análisis de datos y toma de decisiones de acuerdo al resultado de los indicadores existentes en cada proceso.
5. Implementar los mecanismos de socialización al interior de cada proceso que le permita a todo el personal conocer los riesgos y peligros asociados a su proceso.
6. Culminar el proceso de elaboración de tablas de retención documental.
7. Comprometer a los líderes de proceso en la ejecución inmediata de acciones que permitan el tratamiento oportuno de las no conformidades detectadas por parte del grupo auditor.
8. Se recomienda desde esta oficina documentar en Neo gestión con el código del proceso de gestión disciplinaria las planillas de control, con que cuentan y el cuadro de procesos. Así mismo, se recomienda ajustar los indicadores dado que los resultados de estos no son claros e incluirles las metas de cada uno de ellos. Se recomienda realizar las tablas de retención documental.

9. En el marco del Sistema de Gestión de Calidad, se recomienda fortalecer los mecanismos que garanticen que la Alta Dirección identifica continuamente las necesidades y expectativas de los usuarios.
10. Se recomienda a través de la herramienta Neo gestión realizar el despliegue necesario con el fin de conocer el procedimiento o Manual de Respuesta a Peticiones a fin de sensibilizar a los funcionarios respecto de la importancia e implicaciones de no dar cumplimiento y respuesta oportuna a las PQR.
11. Pese a que dentro del proceso se cuenta con SIGOB se recomienda que dentro de la OAJ se tomen acciones de control frente a las peticiones a fin de garantizar
12. Para el Proceso de Gestión de Manejo de Desastres, se sugiere ajustar el OBJETIVO DEL PROCESO en la “Caracterización Gestión Manejo de Desastres”, documento C-1703-SMD-01, para que sean reconocidos los subprocesos relacionados con la Preparación (para la respuesta y para la recuperación).
13. Para el Proceso de Gestión de Manejo de Desastres, se sugiere ampliar la definición de CDGRD, CMGRD, SAT, SNGRD y UNGRD, en el punto 3.- DEFINICIONES del Procedimiento PR-1703-SMD-01 “Procedimiento de Preparación y Ejecución para la Respuesta”.
14. Para el Proceso de Gestión de Manejo de Desastres, se sugiere ampliar la definición de CDGRD, CMGRD, FNGRD, SNGRD y UNGRD, en el punto 3.- DEFINICIONES de la Guía G-1703-SMD-02 “Guía Metodológica para la elaboración del Plan de Acción Específico”.
15. Para el Proceso de Gestión de Manejo de Desastres , se sugiere incluir la definición de los términos “Recuperación Temprana”, “Recuperación para el Desarrollo” y “Líneas de Intervención”, en el punto 3.- DEFINICIONES de la Guía G-1703-SMD-02 “Guía Metodológica para la elaboración del Plan de Acción Específico”.
16. Es importante dar a conocer los mecanismos creados por la Entidad como facilitadores en la mejora y optimización de los modelos y sistemas que enmarcan el SIPLAG, tales como: Representante del SIPLAG en la Subdirección de Reducción de Riesgo, COPASST, equipo MECI, Comité Coordinador de Control Interno, ECOSIPLAG y comité de Convivencia, esto dado que no se tiene conocimiento de la existencia de dichos mecanismos.
17. Se sugiere adoptar los mecanismos establecidos por la Entidad para la identificación de las fuentes de información externa e internas.
18. Se recomienda definir el proceso en el cual serán incorporados los Proyectos Especiales de la Entidad. En relación a la pregunta ¿a qué proceso debería estar atado su procedimiento actual? : Los auditores contestaron que el ideal sería estar vinculados con la “Subdirección de Reducción del Riesgo de Desastres”.
19. Se recomienda realizar una verificación al correo institucional de la entidad contratistas@gestiondelriesgo.gov.co debido a que la mayoría de los auditados confirmaron que no reciben la información diaria emitida por las diferentes áreas para mantenerse enterado de las diferentes implementaciones o campañas realizadas al interior de la entidad, en especial para la implementación del SIPLAG.

20. En el caso del componente de Gestión Financiera del Plan de Acción UNGRD 2014, se observó la necesidad de fortalecer la retroalimentación del seguimiento de la ejecución del citado plan que realiza la OAPI.
21. De acuerdo con lo manifestado por el auditado del Grupo de Infraestructura Tecnológica, se recomienda implementar el Plan de Ajuste Tecnológico, así como socializar el conocimiento y divulgación de Estrategias y Programas para mejorar el desempeño de los procesos.
22. Para el proceso de Evaluación y control se recomienda llevar el Plan de Trabajo de la OCI del 2014 y el Programa de Auditorías al Comité de Control Interno a realizarse en lo que resta del 2014 para su aprobación en esta instancia, en cumplimiento de las funciones del Comité establecidas en el Artículo 4 numeral a) de la Resolución 348 de 2012 mediante la cual se creó el Comité de Coordinación de Control Interno y conforme a lo establecido en el Decreto 1826 de 1994. No obstante lo anterior, es preciso aclarar que estos instrumentos de planificación fueron previamente presentados al Comité Directivo de la UNGRD.
23. Para el proceso de Evaluación y control se recomienda incorporar en la caracterización las actividades del HACER lo relacionado con las actividades de Evaluación al Control Interno Contable y con las Auditorias de Gestión, dado que estas no se encuentran reflejadas en este documento y constituyen actividades propias desarrolladas por la OCI. Numeral 4.1 Requisitos Generales.
24. Teniendo en cuenta que se evidenció desconocimiento del objetivo y contenido del procedimiento control de registros (PR-1300- SIPG - 06) por parte de uno de los auditados, se recomienda socializar nuevamente con el equipo de la OCI la información y aplicabilidad de este procedimiento al proceso auditado.
25. En la actividad 7 del procedimiento de Seguimiento y Evaluación a Planes de Mejoramiento Institucional y por Procesos, se recomienda incluir como insumo los registros, además de los listados de asistencia, los correos electrónicos, dado que esta actividad de acuerdo con la evidencia suministrada se realiza por medio de correo electrónico la mayoría de las veces. Por otra parte, es importante revisar la redacción de las actividades 9 y 10 con el propósito que sean diferenciados los informes de los planes de mejoramiento.
26. Para el proceso de Gestión de Talento Humano, específicamente frente al componente del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, se recomienda fortalecer las competencias para S Y SO.

XII. PAPELES DE TRABAJO

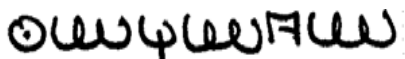
Para el desarrollo de este informe se utilizaron papeles de trabajo entre los que se encuentran las listas de verificación acorde a cada proceso, las cuales se encuentran organizadas de forma magnética en la carpeta compartida de la Oficina de Control Interno SIPLAG, informes de Auditoria, soportes de auditoria, las cuales son parte integral del

informe y reposan en la OCI de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.

XIII. PLAN DE MEJORAMIENTO

Teniendo en cuenta que el Plan de Mejoramiento, es el instrumento que recoge y articula todas las acciones prioritarias que se deben emprender para mejorar aquellas características que tendrán mayor impacto en las prácticas vinculadas con los resultados y el logro de los objetivos de la Entidad, es necesario que desde el proceso de SIPLAG se realice junto con los líderes de proceso el levantamiento de las acciones que permitan a la Unidad subsanar las No conformidades presentadas y se atiendan las observaciones presentadas.

Es importante precisar que cada acción o conjunto de acciones determinadas en este Plan, debe tener asignado claramente objetivo, acciones, metas, cronograma, responsables, indicadores, recursos, y un medio de verificación; así como un cronograma de monitoreo y control que garanticen la mejora en un corto plazo con miras al proceso de certificación de la UNGRD.



OLGA YANETH ARAGÓN SÁNCHEZ
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO UNGRD

C.C. Dr. Gerardo Jaramillo - Jefe OAPI

Elaboró: Sandra Milena Reina Solano /OCI. Luis Alberto Sosa Gómez/OCI
Revisó: Olga Yaneth Aragón Sánchez /OCI.
Aprobó: Olga Yaneth Aragón Sánchez/OCI