



INFORME ANUAL DE GESTIÓN DE MEJORA
------------------------------------

Fecha 01/10/2020
------------------

<b>realizó</b>	<b>revisó</b>	<b>aprobó</b>
Calos Alberto rodríguez S.	Jusbleidy Vargas	Jusbleidy Vargas
Contratista Oficina de Control Interno	Jefe Oficina de Control Interno	Jefe Oficina de Control Interno

## **INFORME OPORTUNIDAD DE MEJORA**

De acuerdo con la Norma Internacional ISO 9001:2015, la Oficina de Control Interno de la Corporación Social de Cundinamarca, da cumplimiento con el informe anual de la Gestión de la mejora para el año 2019.

### **Justificación**

En el marco del Decreto 1477 de 2017 en el ARTÍCULO 2.2.22.3.12. Certificación de Calidad. Las entidades y organismos públicos, que lo consideren pertinente, podrán certificarse bajo las normas nacionales e internacionales de calidad y bajo los lineamientos de la Norma ISO 9001:2015 en el capítulo 9 seguimiento, por el cual se le da seguimiento a la implementación de las acciones de mejora de la entidad.

### **Objetivo**

Establecer la metodología para identificar, analizar y dar tratamiento a las causas de las No Conformidades reales o potenciales, observaciones u objeto de mejora del Sistema de Gestión de Calidad de la Corporación Social de Cundinamarca.

### **Alcance**

Evaluar los once (11) procesos, midiendo el grado de alcance de los compromisos establecidos en las acciones de mejora y correctivas producto de las auditorías internas y externas de la entidad.

### **Insumos.**

- Informe de auditoría ICONTEC.
- Informe de auditoría interna vigencia 2019

## AUDITORIA EXTERNA DE ICONTEC

Nuestro ente certificador **Icontec**, para la vigencia 2020 llevo a cabo **auditoria de seguimiento**

Tabla 1. Hallazgos de auditoria ICONTEC vigencia 2019.

NO CONFORMIDAD	ACCION CORRECTIVA	ESTADO
La Corporación no ha dado cumplimiento al programa de capacitación ordenado mediante resolución 00209 del 26 de enero de 2018, como tampoco evalúa la eficacia de las capacitaciones dictadas a los empleados para adquirir y mejorar las competencias requeridas.	Se ejecutaron las actividades respectivas	PENDIENTE POR CIERRE DE ICONTEC
La organización no determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.	Se ejecutaron las actividades respectivas	PENDIENTE POR CIERRE DE ICONTEC

La entidad en el año 2019 tuvo dos hallazgos constituidos en dos (2) no conformidades menores, las cuales ha tenido su respectivo tratamiento y a la espera para ser cerradas en la próxima auditoria interna de la entidad.

NO CONFORMIDADES				ESTADO	OBSERVACIONES
No	NUMERAL NORMA	PROCESO	DESCRIPCION		
1	8.5.3	GESTION DE LA INFORMACIÓN	CON RESPECTO A LA VERIFICACIÓN DE LA PROPIEDAD DE LOS CLIENTES O PROVEEDORES EXTERNOS, ES IMPORTANTE PRECISAR QUE SE ENCUENTRA INCLUIDA EN EL MANUAL DE CALIDAD E IDENTIFICA AQUELLAS PROPIEDADES QUE LA CORPORACIÓN SOCIAL TIENE COMO ES EL CASO DEL CONTRATO NOVASOF, CONTRATO NO 13 DE 2018, ASÍ COMO LA CUSTODIA DE LAS ESCRITURAS, CONTRATO DE NO 01 DE 2018 .SE RECOMIENDA A LA OFICINA ASESORA DE CONTRATACIÓN, DOCUMENTAR LA FORMA EN QUE SE VERIFICA, PROTEGE Y SALVAGUARDA LA PROPIEDAD DE LOS CLIENTES O DE LOS PROVEEDORES. POR QUÉ SOLO ESTÁ IDENTIFICA Y NO EXISTE UNA EVIDENCIA DE LOS CONTROLES. INCUMPLIENDO EL NUMERAL 8.5.3 DE LA NTC ISO 9001-2015 DE LA NTC ISO 9001-2015.	Cerrada	Se evidencia cumplimiento de las actividades pactadas en los formatos de acción correctiva cumpliendo así con las fechas establecidas y dando cumplimiento a los términos de ley que afectaban la No Conformidad. Con lo anterior se le da cierre a la acción correctiva.

2	8.1	<b>ATENCIÓN AL CLIENTE</b>	<p>DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN NO. 5751 DEL 2012, LA FUNCIÓN DEL SEGUIMIENTO A LAS PQRS ÉSTA ASIGNADA AL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO; POR OTRO LADO EL PROCEDIMIENTO CSC-AC-PR-01 ACTIVIDAD NO 18 DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, ASIGNA EL REPORTE A TRAVÉS DE INFORME MENSUAL AL ASESOR Y/O PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA GERENCIA, Y EL MANUAL DE FUNCIONES LE DA UNA DIRECTA INTERRELACIÓN A LA OFICINA DE PRENSA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO CON LAS PETICIONES DE LOS CLIENTES, POR LO TANTO SE EVIDENCIA QUE EXISTE MULTIPLICIDAD DE ACTIVIDADES EN EL SEGUIMIENTO DE LAS PQRS, QUE DEBEN CONCENTRARSE EN EL ÁREA QUE REALMENTE TIENE EL ESPÍRITU DE ATENCIÓN AL CIUDADANO, SE REQUIERE UNA ARMONIZACIÓN DE LA RESOLUCIÓN NO 5151 DE 2012, EL MANUAL DE FUNCIONES Y EL PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN MATERIA DE MEDICIÓN Y SEGUIMIENTOS DE LAS PQRS. INCUMPLIENDO EL NUMERAL 8.1. PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL LITERAL B) Y D) DE LA NTC ISO 9001-2015.</p>	Cerrada	<p>Se evidenció cumplimiento en el plan propuesto en el formato de acción correctiva, se evidencia que la oficina realizó la modificación de los procedimientos presentando un ajuste a la realidad del contexto externo de la entidad y sus implicaciones de ley.</p>
3	8.5.3	<b>CRÉDITO Y CARTERA</b>	<p>CON RESPECTO A LA VERIFICACIÓN DE LA PROPIEDAD DE LOS CLIENTES O PROVEEDORES EXTERNOS, ES IMPORTANTE PRECISAR QUE SE ENCUENTRA INCLUIDA EN EL MANUAL DE CALIDAD E IDENTIFICA AQUELLAS PROPIEDADES QUE LA CORPORACIÓN SOCIAL TIENE COMO ES EL CASO DEL CONTRATO NOVASOF, CONTRATO NO 13 DE 2018, ASÍ COMO LA CUSTODIA DE LAS ESCRITURAS, CONTRATO DE NO 01 DE 2018 .SE RECOMIENDA A LA OFICINA ASESORA DE CONTRATACIÓN, DOCUMENTAR LA FORMA EN QUE SE VERIFICA, PROTEGE Y SALVAGUARDA LA PROPIEDAD DE LOS CLIENTES O DE LOS PROVEEDORES. POR QUÉ SOLO ESTÁ IDENTIFICA Y NO EXISTE UNA EVIDENCIA DE LOS CONTROLES. INCUMPLIENDO EL NUMERAL 8.5.3 DE LA NTC ISO 9001-2015 DE LA NTC ISO 9001-2015.</p>	Cerrada	<p>Se evidencia cumplimiento de las actividades pactadas en los formatos de acción correctiva cumpliendo así con las fechas establecidas y dando cumplimiento a los términos de ley que afectaban la No Conformidad. Con lo anterior se le da cierre a la acción correctiva.</p>

El proceso de Auditoria interna integral de la vigencia 2018, arroja un total de 3 No conformidades, las cuales se encuentran relacionadas en la siguiente información. Es importante precisar que 2 de estas No conformidades es la misma pero aplicada a los procesos de gestión de la información y el proceso de crédito y cartera, los cuales debían implementar las correcciones y acciones correctivas para subsanar dicha No conformidad.

OBSERVACIONES			
PROCESO	HALLAZGO	ESTADO	SEGUIMIENTO
<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	SE EVIDENCIA QUE LOS INDICADORES DE CALIDAD ASOCIADOS AL PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO (HOJA DE VIDA DEL INDICADOR) REQUIEREN MAYOR SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN, EN MATERIA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO, SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN.	Cerrada	Se evidencia un control y seguimiento desde planeación estratégica, se evidencia un cuadro consolidado en el cual se administra los indicadores de toda la entidad.
<b>CREDITO Y CARTERA</b>	SE EVIDENCIA LISTAS DE CHEQUEO PARA LOS CRÉDITOS LAS CUALES NO ESTÁN SOPORTADAS EN EL SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD. SGC. "LISTA DE VERIFICACION DE DOCUMENTOS CREDITOS HIPOTECARIOS".	Cerrada	Se evidencia dentro de la carpeta compartida a toda la entidad, la actualización de las listas de verificación.
	SE EVIDENCIA EN LA HOJA DE RUTA DE LOS CRÉDITOS QUE NO SE ENCUENTRA DILIGENCIADA POR LAS DIFERENTES ÁREAS, SE SUGIERE ACTUALIZAR ESTA HOJA DE RUTA PARA QUE SEA ÚTIL EN LA MEDICIÓN DE LOS TIEMPOS DE LA ENTIDAD.	Cerrada	Se evidencia dentro de la carpeta compartida a toda la entidad, la actualización del formato hoja de ruta.
	ES IMPORTANTE REVISAR LA CAPACIDAD DE REACCIÓN ANTE LAS NOVEDADES DEL RECURSO HUMANO DEL ÁREA, TENIENDO EN CUENTA QUE EN LAS AUSENCIAS TEMPORALES DE LOS FUNCIONARIOS POR VACACIONES POR EJEMPLO NO SE CUENTA CON TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA QUE FACILITE EL CAMBIO DE FUNCIONARIO, ESTO CON EL FIN DE EVITAR TRAUMATISMOS ADMINISTRATIVOS.	Cerrada	En coordinación con la oficina de Talento humano el proceso de crédito y cartera tiene un cronograma con las fechas en las cuales los funcionarios toman sus vacaciones, generando un mayor control y entrega de puestos oportunos para evitar perdida de la información.
	SE EVIDENCIO QUE LA AUDIOLINEA SE ENCUENTRA DESACTUALIZADA Y ES UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL Y COMPETITIVA EN LA LABOR DE INFORMAR Y FACILITAR EL ACCESO A LOS AFILIADOS A LA INFORMACIÓN DE SUS CRÉDITOS RECOMIENDA FORTALECER ESTE TIPO DE APLICACIÓN TECNOLÓGICA.	Abierta	Se realiza seguimiento y gestión por parte del proceso de crédito y cartera en donde se han enviado memorandos (memorando 47 del 17 de junio 2019) solicitando el arreglo de la línea telefónica, desde sistemas no se ha podido adelantar la gestión por el contrato responsable de arreglar este inconveniente
<b>BIENESTAR SOCIAL</b>	EL PROCEDIMIENTO REQUIERE QUE EL PLAN DE BIENESTAR FORTALEZCA LA PLANEACIÓN DE SUS ACTIVIDADES Y SE PRESENTEN ANTE EL COMITÉ DIRECTIVO, TODA VEZ QUE SE DEBE TENER EN CUENTA EL CRONOGRAMA ELECTORAL Y CON LA LEY DE GARANTÍAS LA EJECUCIÓN DE LOS CONVENIOS PODRÍA PRESENTAR UN MAYOR ESFUERZO ADMINISTRATIVO EN EL SEGUNDO SEMESTRE, POR LO QUE SE RECOMIENDA CONTAR CON TODAS LOS ACERCAMIENTOS CON LOS POSIBLES CONTRATANTES DE LOS BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN DAR LOS AFILIADOS. SE DEBE TENER UN CONTROL Y GESTIÓN PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE LOS CONVENIOS Y CONTRATOS.	Cerrada	Se evidencia un plan de bienestar para el año 2019, el cual tuvo inconvenientes en la vigencia anterior por falta de la evidencia del mismo, se recomienda ir mejorando su contenido para tener mayor control en su ejecución y seguimiento.

	LA ENTIDAD HA IMPLEMENTADO EL PROCEDIMIENTO DE BIENESTAR, ES CONVENIENTE QUE SE REFUERCE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE FORMA TAXATIVA CON EL FIN DE OBTENER PRODUCTOS COMO EL PLAN DE BIENESTAR Y LA REALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE CONVENIOS.	Cerrada	Se evidencia un plan de bienestar para el año 2019, el cual tuvo inconvenientes en la vigencia anterior por falta de la evidencia del mismo, se recomienda ir mejorando su contenido para tener mayor control en su ejecución y seguimiento.
ATENCIÓN AL CLIENTE	SE HACE NECESARIO PARA EL CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LAS PQRS, PRESUPUESTAR E INSTALAR LA PLATAFORMA DATADOC EN LAS INSTALACIONES DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE LA GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA.	Abierta	Se evidencia que a pesar de la gestión realizada por la Oficina de Prensa y atención al cliente no se ha implementado el sistema Datadoc en la oficina de prensa ubicada en la gobernación.
	EL PLAN DE ACCIÓN REQUIERE LA FORMULACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA MEDICIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE Y AUMENTO DE AFILIACIONES, TODA VEZ QUE SE ENCUENTRAN CON DIFICULTADES DE MEDICIÓN Y DE VERIFICACIÓN DE DATOS.	Cerrada	Se evidencia se realizan los ajustes necesarios en el plan de acción de la vigencia 2018, realizando a su vez una recomendación en la elaboración del nuevo plan de acción para la vigencia 2019.
RECURSOS FÍSICOS	LAS ACCIONES DE MEJORA REALIZADAS AL PROCESO SE HAN VENIDO CUMPLIENDO, SIN EMBARGO, NO SE TIENE ORDEN NI SEGUIMIENTO A LA EFECTIVIDAD DE LAS MISMAS. SE RECOMIENDA ORGANIZAS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS ARCHIVÍSTICAS Y AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ENTIDAD.	Cerrada	Se evidencia un mejor manejo de los archivos documentales a cargo del proceso y se evidencia inventario con las acciones de mejora y correctivas.
	LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DEBEN TENER UN SEGUIMIENTO MÁS ESTRICTO, DADA LA IMPORTANCIA DE LOS ENTES DE CONTROL EXTERNOS. POR LO TANTO, SE SOLICITA GENERAR UN PUNTO DE CONTROL A LAS FECHAS QUE FUERON PROGRAMAS EN LOS PLANES SUJETOS DE REVISIÓN EL PRÓXIMO AÑO.	Cerrada	Se evidencia manejo de las acciones propuestas para solucionar los hallazgos, dándoles un mejor manejo a los mismos.
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	NO SE EVIDENCIA SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL PROCEDIMIENTO CSC-GI-PR-07 CORRESPONDENCIA, EL CUAL TIENE POR OBJETIVO: "REALIZAR LA RECEPCIÓN, RADICACIÓN, DISTRIBUCIÓN Y ENTREGA DE LA CORRESPONDENCIA EXTERNA DE LA CORPORACIÓN SOCIAL DE CUNDINAMARCA. "DENTRO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SE EVIDENCIO: AL REVISAR EL PROGRAMA DATADOC, SE ENCONTRARON SOLICITUDES RADICADAS COMO: CO19326 EMBARGOS JUZGADOS, A LA FECHA NO SE HA DADO RESPUESTA, SE CARGAN COMO RESPONSABLE A LA SECRETARIA DE SERVICIOS CORPORATIVOS. DEBE REVISARSE YA QUE SI SON EMBARGOS SE DEBE ESTUDIAR JURÍDICAMENTE LA VIABILIDAD DE LA SOLICITUD. CO 19374 SOLICITUD QUE SE LE DIO RESPUESTA A LOS	Cerrada	Se evidencia que la entidad tiene un mejor manejo generando respuestas a tiempo, evidenciado así en el informe de PQRS expedido por la oficina de prensa y atención al cliente, revisado por la oficina de Control Interno de la entidad.

	<p>24 DÍAS, INCUMPLIENDO LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA LEY. SE DEBE FORTALECER EL SEGUIMIENTO A LA CORRESPONDENCIA REVISANDO LOS TIEMPOS DE RESPUESTA. SE DEBE REVISAR EL PROCEDIMIENTO EN LOS NUMERALES 5 Y 6, Y REALIZAR LAS ACCIONES DE MEJORA CORRESPONDIENTES, PARA QUE HAYA UNA MAYOR CLARIDAD SOBRE LA RADICACIÓN Y EL DIRECCIONAMIENTO DE LA CORRESPONDENCIA, PARA QUE EL SISTEMA DATADOC SEA UNA HERRAMIENTA EFICAZ EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA CORRESPONDENCIA.</p>		
<b>GESTIÓN FINANCIERA</b>	<p>TENIENDO EN CUENTA QUE EL RECAUDO DE LA CUOTA DE AFILIACIÓN, AFECTA AL PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA, SE DEBE REVISAR EL PROCESO CSC-AC-PR-03-AFILIACIONES EN ATENCIÓN AL CLIENTE, POR CUANTO SE ESTÁ RECIBIENDO EL PAGO DE LA AFILIACIÓN ANTES DE SU REGISTRO EN EL SISTEMA, QUEDANDO LAS CONSIGNACIONES SIN IDENTIFICAR.</p>	Cerrada	<p>Se evidencia que la entidad ya no recauda pagos por afiliaciones y esto se actualiza dentro del procedimiento de afiliaciones.</p>
	<p>PARA EVITAR QUE SIGAN APARECIENDO SALDOS DE LOS BANCOS DE ESOS AÑOS ANTERIORES SE RECOMIENDA LIDERAR Y COORDINAR CON LA TESORERÍA LA DEPURACIÓN DE LOS SALDOS EXISTENTES, PARA EVITAR QUE SIGAN REFLEJADOS TENIENDO EN CUENTA QUE VIENEN DE AÑOS ATRÁS; SI BIEN ES CIERTO LA ACCIÓN NO CONCIERNE DIRECTAMENTE A ESTE PROCESO LE AFECTA A SU REGISTRO DE INFORMACIÓN.</p>	Cerrada	<p>La tesorería ha depurado con éxito los desgloses generando así un mayor control y reconocimiento de las mismas.</p>
<b>GESTIÓN JURÍDICA</b>	<p>COMO UNA ESTRATEGIA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ANTE LA REITERACIÓN DE INCUMPLIMIENTOS POR MORA EN LA ETAPA DE COBRO JURÍDICO, SE HACE NECESARIO GENERAR UNA ACTIVIDAD DE CONTROL EN LA EXIGIBILIDAD DE TÍTULOS VALORES (PAGARES) Y DEVOLUCIÓN DE ESCRITURAS CON NOTA DE DESGLOSES POR ARTE DEL JUZGADO, EN LOS CASOS QUE SE CONSTITUYE EN MORA POR PARTE DEL AFILIADO, SE REALIZA EL COBRO JURÍDICO ANTE LA INSTANCIA JUDICIAL CORRESPONDIENTE Y SE TERMINA EL PROCESO POR PAGO PARCIAL DE LA DEUDA. LO ANTERIOR TENIENDO EN CUENTA QUE, PESE A QUE SE CUENTA CON TÍTULO VALOR EXIGIBLE, SE PUEDE PRESENTAR CADUCIDAD Y/O PRESCRIPCIÓN EN LA OBLIGACIÓN SI DE NUEVO SE GENERA MORA EN EL PAGO DE LA CUOTAS. SE RECOMIENDA CREAR UN MECANISMO DE CONTROL QUE PERMITA MANTENER LA OBLIGACIÓN VIGENTE Y SIN RIESGO DE CADUCIDAD Y PRESCRIPCIÓN ANTE REITERACIÓN DE INCUMPLIMIENTOS DEL AFILIADO.</p>	Cerrada	<p>El proceso de gestión jurídica tiene contratada una firma de abogados a los cuales se les genera controles mensuales para la gestión de cada uno de los procesos de cobro jurídico que se generan.</p>

	<p>SE SUGIERE FORTALECER LAS ESTRATEGIAS DE COBRO DE LAS OBLIGACIONES CON SALDOS MENORES A CUATRO (4) SALARIOS MLV, DE CONFORMIDAD CON EL ACUERDO NO 12 DE 2015 ARTÍCULO 27, TODA VEZ QUE, AUNQUE SON SALDOS MENORES POR COSTO BENEFICIO NO ES VIABLE DE SER DEMANDADAS. SIN EMBARGO, LA OFICINA DEBERÁ UTILIZAR TODOS LOS MECANISMOS NECESARIOS PARA SU COBRO Y EFECTIVO RECAUDO.</p>	Cerrada	<p>El proceso de gestión jurídica tiene contratada una firma de abogados a los cuales se les genera controles mensuales para la gestión de cada uno de los procesos de cobro jurídico que se generan.</p>
<p><b>CONTRATACIÓN</b></p>	<p>DE CONFORMIDAD CON EL CUADRO DE CONTROL QUE MIDE TRIMESTRALMENTE EL CUMPLIMIENTO Y REEVALUACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LOS CONTRATOS SE PUEDE EVIDENCIAR QUE HA TENIDO UN GRAN MEJORAMIENTO EN CUENTO A IMPLEMENTACIÓN DE LA MEDIDA DE CONTROL, TENIENDO EN CUENTA QUE EN EL 2017 TAN SOLO EL 64% DE LOS CONTRATOS PRESENTABA LA REEVALUACIÓN Y EL 32 % NO CUMPLÍA CON ESTE SEGUIMIENTO, EXISTIENDO UN 4% QUE NO LE APLICABA POR LOS TÉRMINOS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (SITUACIÓN QUE EN LA ACTUALIDAD NO EXISTE). EN EL 2018 PODEMOS VERIFICAR LA EVOLUCIÓN A TRAVÉS DEL INFORME DE CUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS EN UN 98% CON REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES Y SOLO DOS CONTRATOS QUE REPRESENTAN EL 2 % NO HAN ENTREGADO ESTE PRODUCTO. EL CONTRATO NO 18-070 CON SUPERVISIÓN DE LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA Y CONTRATO NO 18- 041 A CARGO DE LA SUBGERENCIA DE CORPORATIVOS. POR LO TANTO, REQUIERE UN MAYOR COMPROMISO POR PARTE DE ESTOS DOS PROCESOS.</p>	Cerrada	<p>Se evidencia memorando 082 enviando a los supervisores, la acción no es efectiva, pero se cierra y se genera una nueva en la vigencia 2019.</p>
	<p>ES IMPORTE PRECISAR QUE POR SER UN PROCESO DE APOYO TIENE UNA ESTRECHA RELACIÓN CON LA PLANEACIÓN DE LA CONTRATACIÓN, LAS ETAPAS PREVIAS, DE EJECUCIÓN, SUPERVISIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS, RAZÓN POR LA CUAL REQUIEREN DE MAYOR FORTALECIMIENTO EN EL ANÁLISIS DE SUS NECESIDADES, LAS CONDICIONES TÉCNICAS, ESTUDIOS DE MERCADO , ELABORACIÓN EN GENERAL DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, TENIENDO EN CUENTA QUE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO EVIDENCIA QUE LOS DOCUMENTOS DE LOS CONTRATOS , PRESENTAN ERRORES EN LA TRASCIPCIÓN, EN EL PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO DEL MERCADO; LA REDACCIÓN DE FECHAS EN LOS CERTIFICADOS DE CUMPLIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE FORMATOS POR</p>	Cerrada	<p>Se evidencia capacitación del día 20 de junio del 2019 donde se abordan los temas y los funcionarios quedan capacitados en temas de contratación.</p>



	<p>MODALIDAD DE CONTRATACIÓN. SE RECOMIENDA A LA OFICINA ASESORA DE CONTRATACIÓN ADELANTAR UNA ESTRATEGIA DE ACTUALIZACIÓN Y MEJORES PRÁCTICAS EN LA ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE LAS ETAPAS CONTRACTUALES DIRIGIDOS A LOS RESPONSABLES DE LA CONTRATACIÓN, CON EL FIN DE ARMONIZAR LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS POR LA AUDITORIA INTERNA Y EXTERNA DE LA CORPORACIÓN.</p>		
<b>TALENTO HUMANO</b>	<p>FORTALECER EL USO PERMANENTE DE LA DOCUMENTACIÓN CONTENIDA EN LOS FORMATOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ESPECÍFICAMENTE EN EL FORMATO CSC - GTH - FR - 13 Y LOS FORMATOS DE EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN CSC - TH - FR - 14 Y EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA CAPACITACIÓN CSC - TH - FR - 15.</p>	Cerrada	Se evidencia dentro del sistema de gestión de calidad la actualización de los formatos.
	<p>FORTALECER LA ESPECIFICACIÓN EN LOS PROCEDIMIENTOS EN CUANTO LAS VERIFICACIONES /O VALIDACIONES EN EL SISTEMA SIGEP PARA NOMBRAMIENTO Y POSESIÓN DE LOS CARGOS DE LA ENTIDAD, CON EL FIN DE EVITAR INCUMPLIMIENTOS LEGALES.</p>	Abierta	Hay cumplimiento en la gestión por parte de la oficina de Talento Humano pero solo se ha cumplido con el 16,12% de aprobación de las hojas de vida.
	<p>SE DEBE GENERAR EL DOCUMENTO FINAL DEL PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO E INTEGRAR EL CRONOGRAMA PARA QUE SE EFECTUÉ EL SEGUIMIENTO AL MISMO, COMO UNO DE LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA DAR CUMPLIMIENTO AL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG, EL CUAL PERMITE DIRIGIR, PLANEAR, EJECUTAR, CONTROLAR, HACER SEGUIMIENTO Y EVALUAR LA GESTIÓN EN ESTE ASPECTO NORMATIVO.</p>	Cerrada	Se evidencia actualización del cronograma en el año 2018 y una actualización en el año 2019.
	<p>NO SE EVIDENCIO CONOCIMIENTO NI SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN MATERIA DE LA MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD ESTABLECIDOS PARA EL PROCESO DE TALENTO HUMANO, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE ALGUNOS DE ELLOS SE ENCUENTREN CONTENIDOS EN LA MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DEL PLAN DE ACCIÓN DE LA DEPENDENCIA, LO CUAL IMPIDE EVALUAR EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL PROCESO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.</p>	Cerrada	Se evidencia que los indicadores se consolidan por medio del plan de acción de la entidad los cuales se controlan y se hace seguimiento trimestralmente.
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN EN EL PROCEDIMIENTO CSC-GM-PR-3 V 3 ADMINISTRACION DEL RIESGO, SE RECOMIENDA REALIZAR LA ACTIVIDAD NO 11 DENOMINADA ACTUALIZACION DEL RIESGO Y/O REPORTE DE ACRIVIDADES, SE</p>	Cerrada	La oficina de Control Interno tiene al día los seguimientos al mapa de riesgos de la entidad cumpliendo con lo estipulado

RECOMIENDA UN OPORTUNO SEGUIMIENTO POR PARTE DE LOS DUEÑOS DEL PROCESO PARA QUE CONTROL INTERNO VERIFIQUE		
EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD TODAS LAS DEPENDENCIAS DEBEN ALIMENTAR EL SISTEMA CON LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS DE FORMA TAL QUE SE ENCUENTRE ACTUALIZADO. SE RECOMIENDA FORTALECER LA ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN QUE SE HA VENIDO LEVANTADO.	Cerrada	La oficina de control interno socializa las acciones de mejora y correctivas por medio de correos electrónicos.

Acorde al numeral 9 del procedimiento acciones correctivas y de mejora código CSC-GM-PR-02, versión 3, la Oficina de Control Interno de la Corporación Social de Cundinamarca C.S.C presenta el informe anual de la gestión de la mejora con el fin de que sirva como insumo a la Revisión por la Dirección:

**Estado de Las Acciones Correctivas:** Se cuenta con ocho (8) acciones: 6 acciones abiertas y 2 acciones cerradas para los cinco (5) procesos que se detallan en la matriz No. 1

Es importante informar que no hay evidencia de la implementación de las acciones para el tratamiento de las no conformidades interpuestas al Proceso de Gestión de la información, producto de Auditoria Interna 2019, incumpliendo el numeral 10.2. No conformidad y acción correctiva de la norma ISO 9001:2015

**Matriz No. 1 DETALLE DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS:**

ACCIONES CORRECTIVAS PENDIENTES DE CIERRE	PROCESO	FECHA DE REVISION
Para determinar las acciones de mejora y correctivas se determina lo siguiente: 9.1) OBS. ABIERTA Y REVISADA EN AUDITORIA INTERNA 2020. Se evidencio que el contratista hizo el reintegro del dinero como consta en tesorería, sin embargo, las actividades no se realizaron en el término plantado por lo tanto queda abierta y debe realizarse.9.2) OBS. CERRADA. Se evidencia en el sistema de gestión de calidad la actualización del procedimiento en su versión 08 de octubre de 2019. 9.3) OBS. ABIERTA Y REVISADA EN AUDITORIA INTERNA 2020. No hay evidencia de la existencia de esta reunión en los términos descritos, razón por la cual se deja abierta y se deja el compromiso de realización antes que termine el primer semestre de 2020	GESTION FINANCIERA	3 DE JUNIO DE 2020

<p>Debe fortalecerse las acciones de mejora de las auditorías internas, teniendo en cuenta que el proceso presenta una acción de mejora del año 2018 acerca de la falta de operación audio línea, que se deja abierta. Con respecto a la acción de mejora 5.2 del año 2019, acerca de la falta de diligenciamiento del formato CSC-CR-FR 06 /07, se determina que se encuentran de conformidad con la actividad No 19 del procedimiento CSC-CR-PR-01 Otorgamiento de Créditos No Hipotecarios, y la actividad No 33 del procedimiento CSC-CR-PR-04 Otorgamiento de Créditos Hipotecarios y están archivados con el pagare, Resolución y memorando en el archivo (bóveda). Por lo tanto, se levanta la observación.</p>	<p>CREDITO Y CARTERA</p>	<p>9 DE JULIO DE 2020</p>
<p>No hay evidencia de la implementación de las acciones para el tratamiento de las no conformidades interpuestas al Proceso de Gestión de la información, producto de Auditoria Interna 2019, incumpliendo el numeral 10.2. No conformidad y acción correctiva de la norma ISO 9001:2015</p>	<p>GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>10 DE JULIO DE 2020</p>
<p>Se realizan avances parciales en las actividades propuestas para controlar y corregir la Acción correctiva interpuesta al Proceso de Gestión de Bienestar en desarrollo de la Auditoria Interna 2019, se debe dar cumplimiento a las actividades propuestas, con el fin de dar cierre total a la acción correctiva.</p>	<p>BIENESTAR</p>	<p>24 DE JULIO DE 2020</p>
<p>No se evidencia ningún cambio o actividad para controlar y corregir las Acciones correctivas No. 2 y 4 interpuestas al Proceso de Gestión de Recursos físicos, producto de Auditoria Interna 2019, incumpliendo el numeral 10.2. No conformidad y acción correctiva de la norma ISO 9001:2015.</p>	<p>GESTION DE LOS RECURSOS FISICOS</p>	<p>06 DE AGOSTO DE 2020</p>

Se realizan avances parciales en las actividades propuestas para controlar y corregir la Acción correctiva interpuesta al Proceso de Gestión de Bienestar en desarrollo de la Auditoria Interna 2019, se debe dar cumplimiento a las actividades propuestas, con el fin de dar cierre total a la acción correctiva.

**Estado de las No conformidades:** Se detectaron 16 No conformidades a los 11 procesos auditados: Gestión Financiera, Crédito y cartera, gestión de la Información, atención al cliente, Gestión contractual, Bienestar, Gestión del Mejoramiento, Direccionamiento Estratégico - Gestión del talento humano, Gestión de los recursos físicos, El detalle se muestra en la matriz No. 2

## Matriz No. 2 DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

NO CONFORMIDADES DETECTADAS	PROCESO	FECHA DE AUDITORIA
<p>Este hallazgo se dejará de forma transversal teniendo en cuenta que está directamente relacionado con el ejercicio de la supervisión de los contratos. La falta de supervisión de los contratos de 2019 que soportan las cinco cuenta por pagar que se enviaron a conciliación mediante comité de conciliación de fecha 14 de abril de 2020, realizados por la Subgerencia de Servicios Corporativos y la Subgerencia Administrativa y Financiera (de conformidad con sus contratos correspondientes), incumple los numerales 8.4.1 y 8.4.3 de la norma técnica de calidad ISO 9001 -2015.</p>	<p>GESTION FINANCIERA</p>	<p>3 DE JUNIO DE 2020</p>
<p>Aunque se cuenta con normograma para el proceso de Crédito y Cartera, documentado y publicado en la ruta de la calidad, este se encuentra desactualizado ya que refleja como última norma ingresada en el año 2017; faltando el Acuerdo 002 del 18 de abril de 2018 y el Acuerdo 006 del 2 de octubre de 2018, nombrados en el marco legal de los procedimientos, incumpliendo la Norma técnica Colombiana ISO 9001-2015 en su numeral 8.2.2.</p>	<p>CREDITO Y CARTERA</p>	<p>9 DE JULIO DE 2020</p>
<p>Se evidencia falta de conocimiento del personal auditado, en temas de relevancia que pueden afectar el desempeño y la eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad. Se observa desconocimiento en relación a requisitos del Sistema de Gestión de Calidad, Plan de acción y su evaluación, y controles del mapa de Riesgos. Incumpliendo el numeral 7.2. Competencia de la Norma ISO 9001.2015.</p>	<p>GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>10 DE JULIO DE 2020</p>
<p>En revisión del normograma asociado al proceso de Gestión de la Información, se observó que la ley 594 de 2000 ley General de archivo, ley 734 de 2002 Código Disciplinario Único, los acuerdos 060 de 2001 y 042 de 2012 del Archivo General</p>		

<p>de la Nación, entre otros, no se encuentran incluidos, evidenciando la desactualización del mismo y el incumpliendo de la Norma técnica Colombiana ISO 9001-2015 en su numeral 8.2.2., situación que podría llevar a la materialización de un riesgo operativo</p>		
<p>No hay evidencia de la implementación de las acciones para el tratamiento de las no conformidades interpuestas al Proceso de Gestión de la información, producto de Auditoría Interna 2019, incumpliendo el numeral 10.2. No conformidad y acción correctiva de la norma ISO 9001:2015.</p>		
<p>En la auditoria se evidencio que el auditado no conoce la ruta de acceso al normograma de su procedimiento así mismo no hay evidencia de la actualización de los requisitos legales aplicables del procedimiento en el Normograma Institucional incumpliendo el numeral 8.2.2 e la Norma ISO 9001.2015, es necesario realizar la revisión y actualización normativa, de esta forma minimizar el riesgo de incumplimiento de requisitos legales y/o normativos asociados a la gestión institucional</p>	<p><b>ATENCION AL CLIENTE</b></p>	<p>14 DE JULIO DE 2020</p>
<p>En revisión documental realizada, se observa la desactualización del soporte legal del procedimiento de Gestión de la contratación con relación al Normograma Institucional en el cual la última norma ingresada es de 2015, incumpliendo la Norma técnica Colombiana ISO 9001-2015 en su numeral 8.2.2. Lo que podría generar un riesgo de incumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente.</p>	<p><b>GESTION CONTRACTUAL</b></p>	<p>16 DE JULIO DE 2020</p>
<p>En revisión realizada, se observa que el normograma del proceso de Bienestar cuenta con los acuerdos expedidos para cada convocatoria realizada, siendo la última en 2015, sin embargo no se evidencia normatividad legal soporte del proceso ni acuerdos expedidos en relación a la reactivación del proceso en 2020, incumpliendo el numeral 8.2.2 Determinación de los requisitos relacionados con los productos y servicios de la Norma ISO 9001.2015, es necesario realizar la revisión normativa y realizar las acciones pertinentes para la actualización de la misma en el normograma institucional, de esta forma</p>	<p><b>BIENESTAR</b></p>	<p>24 DE JULIO DE 2020</p>

<p>minimizar el riesgo de incumplimiento de requisitos legales y/o normativos asociados a la gestión institucional.</p>		
<p>En revisión realizada al normograma institucional y en especial a las normas asociados al proceso de mejoramiento continuo, se observó que la ley 87 de 1993, o el decreto 943 de 2014, pilares del Control Interno en Colombia, no se encuentran incluidos, evidenciando la desactualización del mismo y el incumplimiento de la Norma técnica Colombiana ISO 9001-2015 en su numeral 8.2.2., situación que podría llevar a la materialización de un riesgo operativo.</p>	<p>GESTION DEL MEJORAMIENTO</p>	<p>24 DE JULIO DE 2020</p>
<p>No se evidencia la realización del total de las actividades para controlar y corregir las Acciones de mejora 2 y 3 interpuesta al Proceso de Direccionamiento estratégico, producto de Auditoria Interna 2019, incumpliendo el numeral 10.2. No conformidad y acción correctiva de la norma ISO 9001:2015.</p>		
<p>En revisión del normograma asociado al proceso de Direccionamiento Estratégico, no se observa normatividad referente que lo soporte, así mismo en revisión de los procedimientos que hacen parte del proceso no se evidencia soporte legal, siendo esta primordial para establecer el marco funcional que rige el procedimiento, situación que podría llevar a la materialización de un riesgo operativo y al incumplimiento de la Norma técnica Colombiana ISO 9001-2015 en su numeral 8.2.2.</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	<p>29 DE JULIO DE 2020</p>
<p>Según lo observado en proceso de auditoría, se evidenció medición y seguimiento de matriz de indicadores de gestión de la entidad evaluado hasta primer semestre de 2019, teniendo pendiente el diligenciamiento del segundo semestre de 2019 y primer semestre de 2020, es necesario realizar la medición oportuna del indicador con el fin de tomar decisiones confiables, basadas en información real, lo que puede generar la materialización de riesgos por falta de control en los indicadores de gestión, incumplimiento el numeral 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación de la Norma ISO 9001:2015.</p>		

<p>En revisión de los soportes legales asociados al proceso de Talento humano, se observa dentro del cuerpo de los procedimientos el marco legal que lo soporta, sin embargo en revisión realizada al Normograma institucional, se observó que ningún tipo de norma que se describe en los procedimientos de Talento humano se encuentran incluidas, evidenciando la desactualización del mismo y el incumpliendo de la Norma técnica Colombiana ISO 9001-2015 en su numeral 8.2.2., situación que podría llevar a la materialización de un riesgo operativo.</p>	<p><b>GESTION DEL TALENTO HUMANO</b></p>	<p><b>31 DE JULIO DE 2020</b></p>
<p>Aunque se cuenta con ítem de soporte legal en los procedimientos del proceso auditado, no hay evidencia de la actualización del Normograma Institucional documentado y publicado en la ruta de la calidad, puesto que no se reflejan normas rectoras como Resolución No. 02802 de 2016, Resolución 1512 de 2010, Manual de funciones Almacenista General o Ley 769 de 2002 – Código Nacional de Transito, nombrados en el marco legal de los procedimientos, incumpliendo la Norma técnica Colombiana ISO 9001-2015 en su numeral 8.2.2.</p>	<p><b>GESTION DE LOS RECURSOS FISICOS</b></p>	<p><b>6 DE AGOSTO DE 2020</b></p>
<p>No se evidencia ningún cambio o actividad para controlar y corregir las Acciones correctivas No. 2 y 4 interpuestas al Proceso de Gestión de Recursos físicos, producto de Auditoria Interna 2019, incumpliendo el numeral 10.2. No conformidad y acción correctiva de la norma ISO 9001:2015.</p>		
<p>En revisión documental realizada, se observa la desactualización del soporte legal del procedimiento de Gestión Jurídica, puesto que no se relaciona ninguna norma con fecha superior a 2015, así mismo al ingresar en la ruta de la calidad se evidencia normograma institucional donde los lineamientos jurídicos no están establecidos para el proceso; incumpliendo la Norma técnica Colombiana ISO 9001-2015 en su numeral 8.2.2. lo que podría generar un riesgo de incumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente.</p>	<p><b>GESTION JURIDICA</b></p>	<p><b>13 DE AGOSTO DE 2020</b></p>

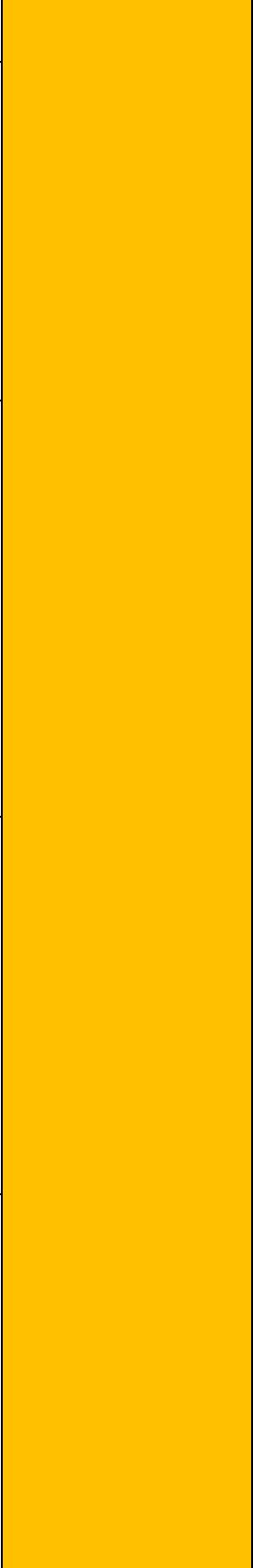

Se detectaron 45 observaciones en el proceso auditor a los 11 procesos: Gestión Financiera, Crédito y cartera, gestión de la Información, atención al cliente, Gestión contractual, Bienestar, Gestión del Mejoramiento, Direccionamiento Estratégico - Gestión del talento humano, Gestión de los recursos físicos. El detalle se muestra en la matriz No. 3

**Matriz No. 3 DETALLE DE LAS OBSERVACIONES DETECTADAS:**

OBSERVACIONES	PROCESO	FECHA DE AUDITORIA
<p>Se hace necesario la actualización del sistema de gestión de calidad, en el manual de políticas contables y los indicadores de gestión del proceso, con su correspondiente hoja de vida de los indicadores, teniendo en cuenta que en la actualidad no existen algunos indicadores relevantes, solo hay presupuestales y el manual de políticas es del año 2018.</p>	<p>GESTION FINANCIERA</p>	<p>3 DE JUNIO DE 2020</p>
<p>La entidad demuestra una baja ejecución presupuestal en algunos factores de gastos en la vigencia 2019, en especial, en gastos generales con un 50,59% de ejecución, evidenciando una falta de planeación financiera, toda vez que se concluye que se dejaron de ejecutar recursos que pueden ser analizados y reorganizados de tal manera que no solo se cumplan con los objetivos institucionales, además se logre demostrar que se está acudiendo una estrategias de gasto e inversión en el marco de austeridad del gasto y del aprovechamiento de recursos.</p>		
<p>La Subgerencia administrativa debe fortalecer el área de talento humano con el recobro efectivo de las incapacidades por parte de la entidad a través de la aplicación de la actividad Número 62 del literal F. Recobro de incapacidades del procedimiento CSC-TH-PR-02 VS 4 de la oficina jurídica como lo dice el procedimiento interno.</p>		



<p>El área tiene un riesgo de extemporaneidad de los pagos de impuestos que debe controlar, teniendo en cuenta que se ha presentado recurrentemente en la vigencia 2018 y 2019.</p>		
<p>Se revisaron las conciliaciones bancarias donde se pudieron evidenciar partidas por conciliar de años anteriores y del presente las cuales se deben dejar en su totalidad depuradas. El área financiera requiere implementar estrategias de armonización de las conciliaciones bancarias, hace falta articulación de las dos dependencias tesorería y Dirección de Contabilidad y presupuesto, con el fin de presentar una conciliación limpia.</p>		
<p>Se hace necesario que el procedimiento de caja menor evidencie de manera documental y simple cual es la razón del reconocimiento por este tipo de gasto (necesario, urgente, imprevisto e inaplazable), teniendo en cuenta que la información presentada no permite concluir cuál de todas las características de gasto se aplicó. Debe tenerse en cuenta la observación del 26 de diciembre de 2019, establecida por la Oficina de Control Interno, que establece, que existía un formato de justificación que no se ingresó al sistema de gestión de calidad, lo anterior con el fin establecer si este tipo de documento puede ayudar a establecer con mayor claridad la justificación de la inversión por parte del líder del proceso que la solicita o simplemente se utilizara otro control de justificación.</p>		
<p>No se encuentra la caracterización del proceso de Crédito y Cartera, por el contrario, se encuentra la Caracterización del proceso de Atención al cliente, se debe realizar los ajustes necesarios para que la información publicada sea la pertinente en el proceso y sea conocido por el grupo de trabajo. El proceso es responsabilidad</p>	<p>CREDITO Y CARTERA</p>	<p>9 DE JULIO DE 2020</p>

<p>del líder del proceso.</p>		
<p>Es necesario revisar y actualizar el procedimiento CSC-CR-PR-02 Recaudo de cartera y sus formatos, teniendo en cuenta su última fecha de actualización y la mejora continua que debemos realizar a los procesos, así mismo se aconseja revisar los formatos de control que manejan internamente y la pertinencia de codificarlos e institucionalizarlos.</p>		
<p>Se evidencian el diligenciamiento de las hojas de vida de los indicadores del proceso para los años 2017 y 2018, sin embargo, para los años 2019 y 2020 no se ha continuado con la actualización de las hojas de vida del indicador. Así mismo se deben adicionar hojas de vida para los indicadores económicos que se utilizan en el área para el análisis de la Cartera, los indicadores existentes radican a la evaluación del Plan de acción, pero son productos diferentes.</p>		
<p>Según la documentación revisada en las diferentes líneas de créditos en el año 2019 y 2020, se evidencia que se continúa teniendo términos extemporáneos a los planteados en el plan de acción y los Acuerdos de la entidad para el trámite de créditos, aspecto que afecta el cumplimiento de objetivos institucionales además un servicio oportuno y competitivo para la entidad.</p>		
<p>La Oficina de Control Interno, en el mes de abril de 2020, mediante acompañamiento evidenció la existencia de un riesgo de gestión documental dado por el manejo inadecuado de la documentación que contiene el crédito, razón por la cual se determina que el Proceso de crédito requiere un continuo control, que no existe actualmente y que requiere documentación para el efectivo tratamiento del riesgo.</p>		

<p>No se evidencia actualización del total de procedimientos, ni la documentación soporte que atañen el proceso de Gestión de la información, en revisión realizada al procedimiento denominado CSC-GI-PR-09 Mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos de cómputo con fecha de actualización 16/05/2017, así mismo la última actualización de los procedimientos de gestión documental referencian el año 2017 lo que refleja una débil gestión de calidad contenida en el mejoramiento continuo.</p>	<p style="text-align: center;">GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p style="text-align: center;">10 DE JULIO DE 2020</p>
<p>Según lo observado en proceso de auditoría, se evidenció diligenciamiento de las hojas de vida de los indicadores del proceso de Gestión de la información para los años 2017 y 2018, sin embargo, para los años 2019 y 2020 no se continúa con esta actividad, así mismo se evidencia que el área de archivo no cuenta con indicadores de gestión, lo que representa un riesgo por la falta de control a la gestión realizada.</p>		
<p>En revisión realizada al mapa de riesgos del proceso, se observa que se han implementado y evaluado los controles a los riesgos, pero se evidencia que estos no son suficientes ante la importancia que representa la seguridad de la información en la entidad, por lo cual se aconseja evaluar nuevos riesgos que mitiguen la materialización de este tipo de riesgos, y actualizar, modificar o replantear los existentes, para evitar la materialización de los mismos.</p>		
<p>No se evidencia control y trazabilidad en los consecutivos de solicitudes de soporte de software, se hace necesario para la debida completitud de la información, exigir el uso del formato CSC-GI-FR-09 Requerimientos de Informática Versión 2.</p>		

<p>El recurso humano del área de sistemas debe tener continuidad y aún más en época de emergencia sanitaria a raíz del Covid 19, por lo tanto, de existir novedades administrativas en el personal del área, se debe garantizar la organización interna que permita que se cuente con el número de personas necesarias para atender los requerimientos de la entidad, teniendo en cuenta que existe una funcionaria con novedades permanentes que constituye incapacidades en el equipo de trabajo. Al momento de realizar la auditoria se evidenció falta de personal para satisfacer todas las necesidades y requerimientos del área.</p>		
<p>Dentro del proceso de auditoría, se evidencia que los procedimientos código CSC-AC-PR-03 Afiliaciones y código CSC-AC-PR-01 Atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias, felicitaciones-PQRSDF, se encuentran actualizados con fecha octubre de 2019. Sin embargo, se evidencia desactualización en el procedimiento código CSC-AC-PR-03 Afiliaciones, puesto que se evidencian lineamientos que han cambiado y no han sido actualizados, como se observa en la actividad No. 3. Del mismo donde se solicita como documento soporte de la afiliación "fotocopia de la cedula a 150%", requisito que fue modificado por medio del acuerdo 003 de 17 de junio de 2019 donde los requisitos de las afiliaciones no exige tamaño de cedula, lo que genera confusión en el momento de la afiliación y riesgo de retrasos en la verificación de la información, lo que puede desencadenar en la insatisfacción del afiliado.</p>	<p>ATENCION AL CLIENTE</p>	<p>14 DE JULIO DE 2020</p>
<p>Dentro del análisis del Mapa de riesgos del proceso, realizado en la presente auditoria, no se evidencia un diseño adecuado de los controles al omitir la periodicidad de los mismos, por lo tanto</p>		

<p>el control no es eficaz para mitigar los riesgos, como se evidencia en el riesgo No.1 "Suministro de información errada o inexacta" donde el control es "Realizar reuniones periódicas (según sea la necesidad) con el equipo con el fin de retroalimentar los procesos y unificar la información a suministrarle a todos los usuarios y afiliados" y en el riesgo No. 3 " Incumplimiento de la normatividad de atención al ciudadano" donde el control es "Capacitar al equipo de atención al cliente respecto a la normativa de atención al ciudadano", se debe realizar la valoración de la efectividad de los controles con el fin de mitigar adecuadamente los riesgos.</p>		
<p>Aunque se realiza la evaluación de los indicadores trimestralmente, no se evidencia el diligenciamiento de las hojas de vida de los indicadores para la vigencia auditada 2019 - 2020, incumplimiento el numeral 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación de la Norma ISO 9001.2015, según lo observado en proceso de auditoría, únicamente se evidencia diligenciamiento de las hojas de vida de los indicadores para los años 2017 y 2018.</p>		
<p>Aunque se realiza seguimiento al resultado de los indicadores, no hay evidencia del diligenciamiento de la hoja de vida del indicador para la vigencia auditada 2019 - 2020, incumplimiento el numeral 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación de la Norma ISO 9001.2015, según lo observado en proceso de auditoría, únicamente se evidencia diligenciamiento de las hojas de vida de los indicadores para los años 2017 y 2018.</p>		

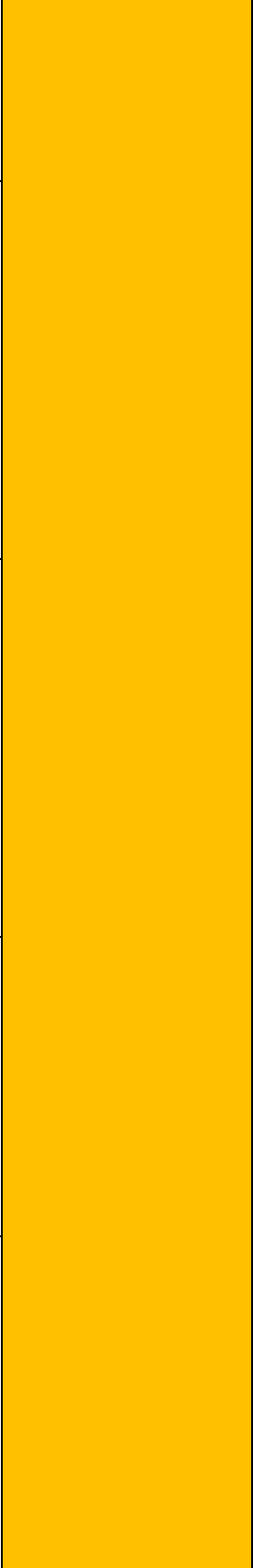


<p>Con relación a la capacitación a los supervisores de los contratos como una actividad preventiva del mapa de riesgos del proceso, se identificó que se ha reprogramado, de tal manera que no cumple con lo planificado y a futuro podría generar la materialización del riesgo, por lo tanto se debe garantizar el cumplimiento de tiempos en las actividades programadas.</p>	<p style="text-align: center;">GESTION CONTRACTUAL</p>	<p style="text-align: center;">16 DE JULIO DE 2020</p>
<p>Es necesario fortalecer el seguimiento en el cumplimiento de la publicación de las hojas de vida de los contratistas en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público - SIGEP, esto teniendo en cuenta que es obligatorio de acuerdo con el artículo 227 del Decreto 19 de 2012 y que en la actualidad no se ha logrado el objetivo esperado y planteado en el Plan anticorrupción.</p>		
<p>Revisados todos los expedientes contractuales seleccionados de la vigencia 2019 y 2020 se puede concluir que es necesario fortalecer el diligenciamiento y utilización de formatos establecidos por el proceso, así mismo es necesario generar controles para identificar las falencias en las diferentes etapas contractuales, teniendo en cuenta que existe ausencia de datos exigidos en los formatos y que son responsabilidad de los supervisores de los contratos al momento de certificar.</p>		
<p>De acuerdo a la revisión realizada a las cuentas por pagar de la vigencia 2019, se evidencia que existió falta de supervisión de los contratos Nos. 0012, 0021, 0041, 044 de la vigencia 2019, en lo relacionado con la extemporaneidad de los pagos del Sistema de Seguridad Social por parte del contratista, poniendo en riesgo el cumplimiento de la normatividad aplicable y la aplicación de las reglas contables en la constitución de cuentas por pagar de 2019. Se requiere especial atención</p>		

<p>en el desarrollo de la supervisión para evitar la materialización del riesgo, se debe tener en cuenta en el marco del comité de conciliación y defensa judicial.</p>	<p>BIENESTAR</p>	<p>24 DE JULIO DE 2020</p>
<p>No se evidencia el diligenciamiento de las hojas de vida del indicador para la vigencia auditada 2019 - 2020, incumplimiento el numeral 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación de la Norma ISO 9001.2015, según lo observado en proceso de auditoría al ingresar a la ruta de la Calidad no se cuenta con carpeta de indicadores, por lo cual no se cuenta con formato de la hoja de vida de los indicadores soporte del proceso de Gestión del Mejoramiento.</p>		
<p>Se realizan avances parciales en las actividades propuestas para controlar y corregir la Acción correctiva interpuesta al Proceso de Gestión de Bienestar en desarrollo de la Auditoria Interna 2019, se debe dar cumplimiento a las actividades propuestas, con el fin de dar cierre total a la acción correctiva.</p>	<p>GESTION CONTRACTUAL</p>	<p>16 DE JULIO DE 2020</p>
<p>No se evidencia actualización de los procedimientos que atañen el proceso de Gestión de Bienestar, incumpliendo el numeral 7.5 Información documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se evidencia falta de actualización de la documentación soporte del proceso auditado, en revisión realizada al procedimiento denominado CCSC-BS-PR-02 Subsidios educativos actualizado en (12/12/2016) y CSC-BS-PR-01 Procedimiento de Bienestar actualizado en (21/02/2017) lo que refleja una débil gestión de calidad contenida en el mejoramiento continuo, basada en la no</p>		

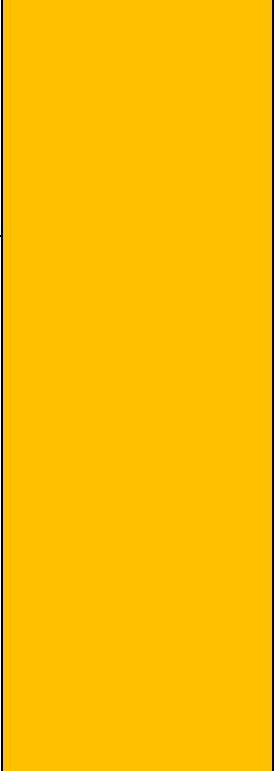

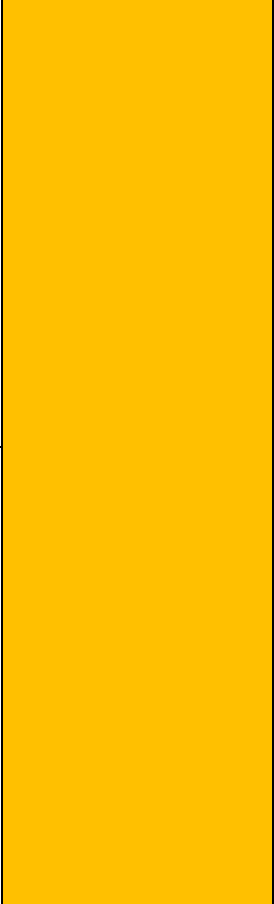

<p>generación de subsidios educativos desde 2015.</p>		
<p>Es necesario que se evalúen periódicamente las acciones de los riesgos y su ejecución, teniendo en cuenta que el control no es efectivo para darle cumplimiento al riesgo de "Ejecutar programas de bienestar que no corresponda a las necesidades de los afiliados". No se cuenta con la totalidad de las tareas del control realizadas, para las dos actividades de eventos promocionales y de capacitaciones, lo que puede generar la materialización de los riesgos.</p>		
	<p>GESTION DEL MEJORAMIENT O</p>	<p>24 DE JULIO DE 2020</p>
<p>No se evidencian información documentada que comprueben el cierre del hallazgo producto de auditorías realizadas en las anteriores vigencias, no se cuenta con soporte de las actividades realizadas como avance únicamente se cuenta con informe del auditor donde certifica la evidencia observada, pero no se cuenta con soportes físicos para verificar la información</p>		
<p>No se evidencia el diligenciamiento de las hojas de vida del indicador para la vigencia auditada 2019 - 2020, incumplimiento el numeral 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación de la Norma ISO 9001.2015, según lo observado en proceso de auditoría al ingresar a la ruta de la Calidad no se cuenta con carpeta de indicadores, por lo cual no se cuenta con formato del hoja de vida de los indicadores soporte del proceso de Gestión del Mejoramiento.</p>		
<p>Aunque en revisión realizada a los procedimientos que hacen parte del proceso de Mejoramiento, se informa por parte del auditado que no se ha realizado cambios al proceso ni a la normatividad vigente, es necesario revisar la documentación mínimo una vez al año, para garantizar su pertinencia y actualización, dicha</p>		



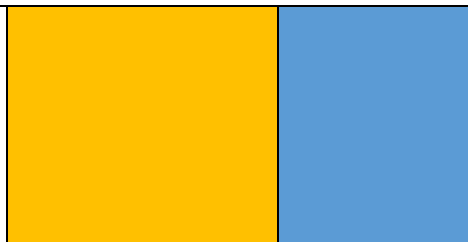
<p>revisión debe registrarse en el cuadro control de cambios de cada procedimiento, dando cumplimiento al ciclo de mejoramiento continuo.</p>		
<p>En revisión realizada a la documentación soporte del proceso, se evidencia la actualización en la vigencia 2020 del procedimiento CSC-DE-PR-01 Revisión por la Dirección al SGC y procedimiento CSC-DE-PR-03 Control de Salidas No Conformes, quedando pendiente la actualización del procedimiento CSC-DE-PR-02 Planeación Estratégica versión 2, con actualización con fecha agosto de 2017, es necesario generar la actualización de la totalidad documental del proceso.</p>	<p><b>DIRECCIONAMI ENTO ESTRATÉGICO</b></p>	<p><b>29 DE JULIO DE 2020</b></p>
<p>Se recomienda en el marco de la rendición de cuentas, que se realicen estrategias que estimulen la participación de la ciudadanía, teniendo en cuenta que en revisión realizada se evidencia para la vigencia 2019 el cumplimiento de los pasos para la rendición, sin embargo, la participación de usuarios no fue representativa, por lo que es vital lograr la interacción y participación por medio de alternativas que incentiven al ciudadano a integrarse a esta actividad para logra mejores resultados. Es importante disponer de los canales de comunicación de tal manera que se logre la utilización de esta herramienta de transparencia, de forma oportuna y generando impacto con relación a la participación ciudadana.</p>		
<p>Aunque se realiza la evaluación y seguimiento de las metas del Plan de Acción de la vigencia, no se evidencia el diligenciamiento de las hojas de vida de los indicadores del proceso para la vigencia auditada 2019 - 2020, incumplimiento el numeral 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación de la Norma ISO 9001.2015, según lo observado en proceso de auditoría al ingresar a</p>	<p><b>GESTION DEL TALENTO HUMANO</b></p>	<p><b>31 DE JULIO</b></p>

<p>la ruta de la Calidad se cuenta con carpeta de hoja de vida de indicadores diligenciados hasta 2018, no se evidencia diligenciamiento de la hoja del indicador en años posteriores</p>		
<p>En revisión realizada a la documentación soporte del proceso, se evidencia la actualización de 4 de los 5 procedimientos del proceso de Talento humano en mayo de 2019, quedando pendiente la actualización del procedimiento CSC-TH-PR-03 Administración de Hojas de Vida, con actualización con fecha febrero de 2017, es necesario generar la actualización de la totalidad documental del proceso.</p>		
<p>En revisión realizada, referente al Plan de Bienestar de la vigencia 2019, aunque el desarrollo de las actividades se cumple y se ejecuta a cabalidad, se evidencia que no se cumple con la planeación del cronograma registrando cambio en las fechas establecidas para la realización de las actividades planteadas. Es necesario dar cumplimiento a cronograma de actividades.</p>		
<p>EL área de talento humano debe trabajar con el área financiera, con el recobro efectivo de las incapacidades por parte de la entidad a través de la aplicación de la actividad Número 62 del literal F. Recobro de incapacidades del procedimiento CSC-TH-PR-02 VS 4 de la oficina jurídica como lo dice el procedimiento interno.</p>		
<p>En revisión realizada no se evidencia la ejecución de inducción a contratistas y/o personal externo (Procesos Tercerizados), es necesario generar este proceso a todo nivel de la entidad con el fin de dar a conocer la filosofía, cultura, historia, políticas, planes, programas de la entidad y de esta forma reducir o evitar posibles riesgos en la ejecución y desarrollo de las actividades.</p>		

<p>Se realiza el seguimiento a los avances del plan de Acción y a sus indicadores, sin embargo no se evidencia el diligenciamiento de las hojas de vida del indicador para la vigencia auditada 2019 - 2020, incumplimiento el numeral 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación de la Norma ISO 9001.2015, según lo observado en proceso de auditoría al ingresar a la ruta de la Calidad se cuenta con carpeta de indicadores diligenciados hasta 2018, no se evidencia diligenciamiento de la hoja del indicador en años posteriores.</p>		
<p>En revisión realizada a la documentación soporte del proceso, se evidencia la actualización de 2 de los 4 procedimientos del proceso de Gestión de Recursos Físicos, quedando pendiente la actualización de los procedimientos CSC-GRF-PR-03 Tramitar pago de siniestros con fecha de actualización de 15/06/2016 y CSC-GRF-PR-04 Renovación de seguros actualización 15/06/2016, es necesario generar la actualización de la totalidad documental del proceso.</p>		
<p>No se observa efectividad, ni seguridad en el intercambio de datos entre el sistema de Novasoft y el área de contabilidad, Se hace necesario revisar posibles actualizaciones para el engranaje del sistema de información Novasoft entre almacén y contabilidad, con el fin que la información que se genere sea actualizada en tiempo real, para evitar reprocesos y riesgos en el proceso puesto que en la actualidad se debe realizar manualmente, así mismo las depreciaciones de activos fijos se hacen a mano.</p>	<p><b>GESTION DE LOS RECURSOS FISICOS</b></p>	<p><b>06 DE AGOSTO DE 2020</b></p>
<p>Aunque se realiza el seguimiento y control de los indicadores, no se evidencia el diligenciamiento de las hojas de vida del indicador para la vigencia auditada 2019 - 2020, incumplimiento el numeral 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación</p>	<p><b>GESTION JURIDICA</b></p>	<p><b>13 DE AGOSTO DE 2020</b></p>

<p>de la Norma ISO 9001.2015, según lo observado en proceso de auditoría al ingresar a la ruta de la Calidad se cuenta con carpeta de indicadores, sin embargo únicamente contiene hojas de vida del indicador evaluado hasta 2017.</p>		
<p>En revisión del Plan de Acción se observó que para el indicador con formula No. de obligaciones con mínimo de una actuación procesal y/o administrativa /Número de obligaciones entregadas a los abogados para el cobro jurídico, no es clara la relación del numerador y el denominador, siendo la actividad de medir el supervisar la gestión jurídica de las obligaciones entregadas a los abogados para cobro jurídico, es necesario que el indicador sea entendido fácilmente por todos aquellos que lo usan de esta forma obtener el resultado esperado.</p>		
<p>Se evidencia la desactualización del procedimiento código CSC-CJ-PR-01 Procedimiento de Jurídica, puesto que se encuentran lineamientos que han cambiado y documentación que en la actualidad no se utiliza como es el caso de la actividad No. 12 sobre autenticación de documentos, lo que refleja una débil gestión de calidad contenida en el mejoramiento continuo documental, la última actualización realizada fue en 2016.</p>		
<p>Se evidencia en la vigencia 2019 falta de supervisión a las actividades del Mapa de riesgos denominada “INACTIVIDAD PROCESAL POR PARTE DEL DEMANDANTE LO QUE GENERA DESESTIMIENTOS TACITOS”, lo que representa la materialización del riesgo en 26 casos, el cual debe tener un tratamiento prioritario y por lo tanto debe establecerse un control más exigente y una actividad preventiva más efectiva. La oficina debe lograr tener un control contundente teniendo como referencia</p>		

que el porcentaje de desistimientos en el año 2019 incremento la estadística en casi el 50%, razón que amerita la aplicación de criterios jurídicos en la protección de los recursos de la entidad.



## CONCLUSIONES

- Se hizo buena gestión de las No Conformidades dándoles prioridad y una oportuna corrección para evitar problemas no solo en la gestión de los procesos sino de toda la entidad.
- La entidad debe pensar más en las estrategias que permitan un reconocimiento y adhesión al Modelo Institucional de Planeación y Gestión (MIPG), debido a que, aunque tiene muy fuerte su Sistema de Gestión de Calidad hay componentes propios de MIPG que no se han identificado e implementado como por ejemplo la filosofía en líneas de defensa. Que, aunque se han realizado capacitaciones al respecto no han sido suficiente para establecer claridad en la primera, segunda y tercera línea de defensa.

## RECOMENDACIONES

- Las acciones de mejora deben ir articuladas al mejoramiento de MIPG, contemplando las dimensiones y políticas planteadas.
- Se recomienda seguir capacitando al personal en términos de administración del riesgo, en el análisis, formulación, consolidación y seguimiento desde las diferentes líneas de defensas del modelo MIPG.