

FECHA

5

9

2025

AUDITORIA

**INTEGRAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CONTROL INTERNO Y EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

DIA

MES

AÑO

AUDITOR LIDER

Omar Gerardo Diaz Espinosa - Carlos Francisco Buitrago Forero

EQUIPO AUDITOR

Omar Gerardo Diaz Espinosa - Carlos Francisco Buitrago Forero

**1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA**

Verificar y establecer la implementación, cumplimiento, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno y el Sistema de Gestión de la Calidad en cada uno de los procesos que componen la Corporación Social de Cundinamarca, frente a los requisitos establecidos, por la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015, el Modelo Estándar de Control Interno MECI y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, durante la vigencia 2024.

**2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA**

Evaluar, de forma virtual y/o presencial, mediante auditoría interna integral, los procesos de: Atención al Cliente, Crédito y Cartera, Bienestar Social, Direccionamiento Estratégico, Gestión del Talento Humano, Gestión de la Información, Gestión Jurídica, Gestión de la Contratación, Gestión Financiera, Gestión de Recursos Físicos y Gestión del Mejoramiento.

**3. DOCUMENTACIÓN ANALIZADA**

**GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

1. Plan de actividades de estímulos vigencia 2024.
2. Base de datos planta de personal.
3. Evaluación de desempeño del personal vigencia 2024.
4. Cronograma de seguimiento y control del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST.
5. Conformación del COPASST.
6. Actas de Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.
7. Informe recobro de incapacidades 2024.
8. Actualización del formato de hoja de vida y Declaración de Bienes y Rentas.
9. Aplicación del Código de Integridad (incluye análisis de desviaciones, convivencia).
10. Laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad).
11. Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.

**CRÉDITO Y CARTERA**

1. Planillas gestión comercial - asesores - créditos hipotecarios y no hipotecarios.
2. Base de datos Excel - control de créditos (hipotecarios y no hipotecarios).
3. Actas de comités de créditos hipotecarios y de cartera.
4. Listado de expedientes de créditos vigencia 2024 a la fecha.
5. Reporte recaudo de terceros (diario).
6. Documentación soporte de recaudo de cartera a la fecha.
7. Informe estado de cartera a la fecha por etapas de cobro.
8. Documentación soporte de gestión realizada en cobro persuasivo.
9. Informes de gestión cobro pre jurídico.
10. Seguimiento sistema Novasoft.
11. Avance al plan de mejoramiento de la Contraloría Departamental.

**GESTIÓN JURÍDICA**

1. Relación del estado de las obligaciones en mora objeto de cobro jurídico en lo correspondiente a la vigencia 2024.
2. Relación de control estado de las demandas y/o contestaciones ante despachos de lo correspondiente a la vigencia 2024.
3. Relación de los desistimientos tácitos por edades, de la vigencia 2024.
4. Informe de prescripciones.
5. Plan de mejoramiento ante la Contraloría de Cundinamarca vigencia 2023.
6. Relación de acuerdos de pago realizados vigencia 2024 y el estado actual.

**GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS**

1. Plan de acción vigencia 2024 evaluado.
2. Plan anual de compras vigencia 2024.
3. Relación de bienes a dar de baja.
4. Cronograma de mantenimientos a cargo y sus seguimientos, (Activos fijos, infraestructura y vehículos) vigencia 2024.
5. Programa de seguros propios y programa de seguros deudores.
6. Informe de seguimiento a la auditoría de la Secretaría de Hábitat de Bogotá.
7. Informe de estado de siniestros presentados en la vigencia 2024, (Si se presentaron).
8. Informe del estado actual del inventario reflejado en Novasoft.

**DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

1. Plan Estratégico y seguimiento vigencia 2024.
2. Plan Anual de Adquisiciones y seguimiento vigencia 2024.
3. Informe de Rendición de cuentas 2024.
4. Actas de Junta Directiva 2024.
5. Actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño 2024.
6. Informe de revisión por la dirección 2024.

#### GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. Plan de mantenimiento de la infraestructura tecnológica y cronograma.
2. Inventario de Equipos tecnológicos actualizado a la fecha.
3. Carpeta con los registros de requerimientos informáticos y/o reportes de servicio.
4. Actas de Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde estén relacionados temas de archivo.
5. Tablas de retención documental (publicadas).
6. Cronograma de transferencias documentales y seguimiento.
7. Base de datos inventario de documentos.
8. Cronograma de actividades del Programa de Gestión Documental 2024 y su ejecución.
9. Control de solicitud de préstamo de documentos.
10. Informe DataDoc correspondencia a la fecha o en su defecto del sistema documental utilizado.
11. Carpeta de distribución Datadoc a la fecha.
12. Documentación soporte de seguimiento a correspondencia sin cierre en Datadoc.
13. Informe de custodia de títulos valores 2024.

#### BIENESTAR

1. Acta del comité en el que se definieron las actividades del Plan de Bienestar 2024.
2. Plan de acción de Bienestar 2024.
3. Avance de las acciones correctivas o de mejora que posiblemente estén pendientes.
4. Ejecución de las actividades desarrolladas en el Plan de Bienestar 2024.
5. Soportes entrega beneficios Plan de Bienestar 2024.

#### ATENCIÓN AL CLIENTE

1. Planilla única de correo certificado.
2. Listado de alertas enviadas por aplicativo Datadoc vigencia 2024 hasta la fecha.
3. Informe mensual de PQRSD de la vigencia 2024 hasta la fecha.
4. Informe de actualización del SUIT.
5. Revisión de accesibilidad de la página web (Formato electrónico de PQRSD).

#### GESTIÓN FINANCIERA

1. Estados Financieros, con corte a 31 de diciembre 2024.
2. Presupuesto aprobado y ejecutado 2024.
3. Presupuesto aprobado 2025, ejecución presupuestal del primer trimestre 2025.
4. Cuentas por pagar 2024.
5. Reservas 2024.
6. Excedentes financieros 2024.
7. Informe recuperación de recursos por concepto reconocimiento de incapacidades de los funcionarios de la CSC.
8. Informe de seguimiento sistema Novasoft con interfaces.
9. Informe de caja menor 2024.
10. Informe conciliaciones bancarias 2024.
11. Seguimiento del manual de sostenibilidad contable.
12. Informe de seguimiento al plan financiero.

#### GESTIÓN CONTRACTUAL

1. Relación de contratación 2024 con enlaces de publicación.
2. Seguimiento al plan de mejoramiento de la contraloría.
3. Seguimiento y verificación de SIA Contraloría y SIA Observa, cuenta mensual vigencia 2024.
4. Actas de comité de contratación 2024 y Acto administrativo de creación del Comité de Contratación.
5. Manual de Contratación vigente.

#### GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

1. Avance plan de mejoramiento de las auditorías externas vigencias 2022 y 2023.
2. Plan anual de auditoría y aprobación 2024. Debidamente firmados.
3. Evidencias campañas de autocontrol realizadas durante la vigencia 2024.
4. Informe de seguimiento a las observaciones y no conformidades, derivadas de la auditoría interna realizada durante el 2024.
5. Informe de seguimiento a las PQRS, primer y segundo semestre 2024.
6. Informe de seguimiento al cumplimiento de normas de derechos de autor.
7. Acciones correctivas y de mejora auditoría al proceso Gestión del Mejoramiento vigencia 2024.
8. Informe Caja Menor vigencia 2024.
9. Seguimientos mensuales realizados en la plataforma SIA Observa, (etapa precontractual, contractual y pos contractual).

#### 4. ASPECTOS FAVORABLES

#### GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Se reconoce la atención y disponibilidad del líder y equipo de trabajo del proceso auditado, la buena comunicación y entendimiento frente a lo establecido en el Plan de Auditoría y la entrega oportuna de la información solicitada.

Se resalta en el equipo auditado el conocimiento que tienen de los diferentes procesos y procedimientos, así como lo relacionado con el Sistema de Gestión de Calidad.
Se puede evidenciar conocimiento y apropiación de los objetivos del SGC por parte del grupo auditado para el proceso, contexto interno y externo de la organización.
<b>CRÉDITO Y CARTERA</b>
Buena atención y disponibilidad del líder y equipo de trabajo del proceso auditado con relación a la auditoría interna realizada, en aras de la buena atención del equipo auditor y la entrega oportuna de la información solicitada.
El equipo auditor resalta como fortaleza la gran experiencia con la que cuentan los integrantes del equipo de trabajo liderado por la doctora Mónica Jiménez Ruiz, Subgerente de Servicios Corporativos, se evidencia que tiene conocimiento de los diferentes procesos y procedimientos, así como también ubican en la ruta de la calidad la caracterización del proceso y los diferentes formatos.
Se reconoce el conocimiento y apropiación de los objetivos del SGC por parte de la mayoría del grupo auditado, por ello se recomienda que esto se refleje a todas las personas que hacen parte del proceso.
<b>GESTIÓN JURÍDICA</b>
Excelente atención y disponibilidad del líder y demás integrantes del proceso auditado, se evidencia trabajo en equipo en aras de una buena atención al equipo auditor y la entrega oportuna de la información solicitada.
El equipo auditado reconoce la ruta de acceso al Sistema de Gestión de Calidad – SGC de la entidad, identificando allí los formatos vigentes relacionados con el proceso.
<b>GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</b>
El equipo auditor reconoce la disposición, atención oportuna y cumplimiento en el envío de documentación por parte del equipo auditado, así como la comunicación efectiva mantenida durante todo el desarrollo de la auditoría.
Se reconoce el conocimiento y apropiación de la política y los objetivos del SGC por parte del auditado, se recomienda que esto se refleje a todas las personas que hacen parte del proceso.
Planes decreto 612 actualizadas. Cumplimiento de las adecuaciones acordé con la programación.
<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>
Se destaca la buena disposición, atención y colaboración del líder del proceso auditado y de su equipo de trabajo, lo cual contribuyó significativamente al buen desarrollo de la auditoría y a una adecuada atención al equipo auditor.
Se evidenció un buen nivel de conocimiento de la Norma Técnica y de los modelos aplicables por parte del personal que atendió la auditoría.
El proceso de <b>Direccionamiento Estratégico</b> cuenta con un fortalecimiento de recurso humano importante que demuestra el interés de la Alta Dirección en cabeza de la Gerente General de continuar con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, la mejora continua del sistema de gestión de calidad con la NTC ISO 9001:2015, y las actividades estratégicas que requiere el área de Planeación de la Entidad.
<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>
La mayoría de los auditados reconocen la ruta de acceso al Sistema de Gestión de Calidad – SGC de la entidad, identificando allí los formatos vigentes relacionados con el proceso.
Un buen porcentaje de avance en conocimiento de la Norma Técnica y de los Modelos por quienes atendieron la auditoría, por ello se recomienda que esto se refleje a las demás personas que interactúan entre y con el proceso.
El equipo de sistemas ha demostrado un sólido cumplimiento con las políticas de seguridad informática establecidas por la organización.
Se comprobó que los respaldos se realizan de acuerdo con las políticas establecidas, y que se realizan pruebas periódicas de restauración, garantizando que los datos puedan ser recuperados de manera efectiva en caso de un desastre.
<b>ATENCIÓN AL CLIENTE</b>
Se reconoce la atención y disponibilidad del líder y equipo de trabajo del proceso auditado, la buena comunicación y entendimiento frente a lo establecido en el plan de auditoría integral y la entrega oportuna de la información solicitada, se reconoce la apropiación por parte del equipo a todos los procesos y objetivos del SGC.
Es muy positivo que la gran mayoría de los auditados reconocen la ruta de acceso al Sistema de Gestión de Calidad–SGC de la entidad, identificando allí los diferentes documentos vigentes relacionados con el proceso.
<b>GESTIÓN FINANCIERA</b>
Se reconoce el conocimiento y apropiación de la política y los objetivos del SGC por parte del auditado, por ello se recomienda que esto se refleje a todas las personas que hacen parte del proceso.
Se destaca la labor que viene realizando el área de Tesorería, evidenciando un avance significativo en la gestión financiera al comenzar a utilizar los excedentes de tesorería de manera efectiva. Esta acción contribuye a una mejor optimización de los recursos financieros disponibles.
<b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>

<p>El proceso de auditoría se llevó a cabo de manera exitosa, el personal auditado recibió al equipo auditor con disposición y compromiso por su proceso</p> <p>El auditado demuestra conocimiento de las políticas de calidad de la entidad y los objetivos del SGC Se Realiza seguimiento a la publicación de SIA Contraloría con diligencia y oportunidad, al comunicar a la Oficina Asesora de Contratación mediante correo y soportada con imagen sustraída del aplicativo para sus ajustes.</p>
<b>BIENESTAR</b>
<p>Se resalta la entrega oportuna de la información solicitada, la auditoría se desarrollo en un ambiente de compromiso por parte de los auditados. Hubo buena atención y disponibilidad por parte del líder del proceso y demás integrantes del equipo auditado hacia el equipo auditor.</p>
<p>Los auditados conocen la ruta de la calidad y gran parte de los documentos que se encuentran publicados en ella que hacen parte del proceso, como también la responsabilidad frente al sistema de Gestión de la Calidad de la entidad. Se cuenta con personal experimentado en los cargos.</p>
<b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b>
<p>Se reconoce la atención y disponibilidad del líder y equipo de trabajo del proceso auditado, la buena comunicación y entendimiento frente a lo establecido en el plan de auditoría y la entrega oportuna de la información solicitada, igualmente el porcentaje de avance en el conocimiento del Sistema de Gestión Integrado por quienes atendieron la auditoría, por ello se recomienda que esto se refleje a todos los funcionarios que hacen parte del proceso.</p>
<p>El proceso de Gestión Contractual continua con su actividad de prestar apoyo permanente a los diferentes procesos en la elaboración de estudios previos que permite tener un lineamiento y asesoría desde la proyección y planeación de la contratación, facilitando el cumplimiento de las necesidades y por lo tanto de los objetivos institucionales.</p>
<p>Se evidencia un adecuado control y seguimiento en los procesos de contratación, destacándose la organización de los expedientes contractuales, el cumplimiento de los plazos establecidos y la correcta aplicación de la normatividad vigente, lo cual refleja el compromiso del área con la mejora continua y transparencia en la gestión contractual.</p>
<b>5. ASPECTOS POR MEJORAR</b>
<b>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</b>
<p>Fortalecimiento del proceso de verificación documental previa a la posesión: Se recomienda implementar controles más estrictos que garanticen la verificación oportuna y previa de los documentos académicos y de experiencia de los funcionarios, con el fin de evitar la materialización de riesgos identificados en la matriz institucional. Esto incluye definir tiempos límite y responsables para dicha verificación, asegurando así la competencia del personal ingresado.</p>
<b>CRÉDITO Y CARTERA</b>
<p>Se recomienda fortalecer el proceso de gestión del riesgo mediante la actualización continua de la matriz de riesgos, asegurando que refleje los eventos reales que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso.</p>
<b>GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</b>
<p>Se recomienda modificar la actividad relacionada con mobiliario en bodegas en la matriz de riesgos. Esta actualización debe ser evaluada y aprobada mediante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con el propósito de mejorar la efectividad de los controles preventivos y correctivos.</p>
<p>Fortalecimiento de la oficina con personal de apoyo. Se sugiere considerar el fortalecimiento de la Oficina de Gestión de Recursos Físicos mediante la asignación de personal de apoyo, con el fin de garantizar una adecuada capacidad operativa para la ejecución y control de las actividades del proceso.</p>
<p>Campañas de socialización para ahorro de los servicios públicos de la entidad.</p>
<p>Comunicación activa con los funcionarios de la CSC haciendo recomendaciones del uso adecuado de las instalaciones físicas (Puertas, ventanas y en general el mobiliario).</p>
<b>GESTIÓN JURÍDICA</b>
<p>Establecer mecanismos periódicos de seguimiento a los procesos jurídicos en curso, con informes mensuales que permitan a la entidad tomar decisiones informadas sobre la recuperación.</p>
<p>Se recomienda en lo posible y una vez finalice el contrato con la firma actual, verificar que un nuevo oferente brinde experiencia específica en recuperación de cartera, capacidad operativa, cobertura geográfica y sistemas tecnológicos.</p>
<p>Con el objetivo de optimizar nuestras operaciones y fortalecer la comunicación interna, se considera pertinente actualizar el organigrama de la Corporación Social de Cundinamarca. Esta actualización permitirá reflejar con mayor precisión la estructura actual de la entidad, incluyendo roles, responsabilidades y relaciones jerárquicas.</p>
<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>
<p>No se evidencian registros que respalden los seguimientos efectuados al Plan Anticorrupción del 3er cuatrimestre por parte del equipo de planeación. Se recomienda formalizar el almacenamiento de estas evidencias para garantizar la trazabilidad, control y mejora del plan.</p>
<p>Se sugiere realizar una revisión integral y actualización de los procedimientos asociados al proceso de Direccionamiento Estratégico, evaluando la importancia de las actividades relacionadas. Esta acción permitirá mejorar la trazabilidad y garantizar el cumplimiento del numeral 7.5 de la norma ISO 9001:2015, que establece requisitos para el control de la información documentada.</p>
<b>BIENESTAR</b>
<p>Tener especial cuidado en lo referente al cumplimiento de los tiempos en los procesos de contratación establecidos en el plan de compras y de los riesgos del proceso, efectuando su seguimiento riguroso, cuidadoso y cumplido, conforme a lo establecido para los mismos, a fin de mantener un seguimiento y monitoreo a los recursos de la Entidad.</p>
<p>Se recomienda revisar los resultados de las encuestas para identificar patrones de insatisfacción o no conformidad. establecer criterios claros para determinar cuándo se considera una salida no conforme, así como documentar y analizar las salidas no conformes para identificar causa raíz y oportunidades de mejora.</p>
<p>Se recomienda que las actas de comité primario seas independientes de las actas de acuerdo de gestión, para garantizar la claridad y la transparencia en la documentación de los acuerdos y decisiones tomadas en cada ámbito.</p>

El contrato interadministrativo # 24-095 derivado del convenio interadministrativo 24-059 celebrado entre la CSC y FONDECUN con un valor de DOS MIL OCHOCIENTOS VEINTI CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVENTA Y SIETE PESOS ML (\$ 2.824.563.097), presenta una inversión destinada a la capacitación de los afiliados a la "CSC", sin embargo, en el momento de la visita de auditoria no se logra evidenciar los soportes correspondientes, como el valor destinado para dicha actividad, en razón a lo anterior, se requiere revisar entregables, productos, cronogramas y demás compromisos del contratista, documentar todas las actuaciones relacionadas con la supervisión, incluidas actas, oficios, comunicaciones, informes y demás evidencias, de esta manera permite verificar que se haya cumplido lo pactado antes de dar concepto favorable para el desembolso de pagos al contratista.

#### GESTIÓN FINANCIERA

Se identificó que el área no ejecuta algunas actividades conforme a lo establecido en el procedimiento vigente, debido a que este no refleja la operatividad actual. Se recomienda actualizar el procedimiento para asegurar su alineación con la operativa actual y garantizar la eficacia del sistema de gestión.

Fortalecer los controles internos en el proceso de ejecución presupuestal, especialmente en la trazabilidad de los compromisos y obligaciones adquiridas, para asegurar una mayor transparencia y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

#### ATENCIÓN AL CLIENTE

Identificar en conjunto con los diferentes líderes de los procesos, aspectos que requieren comunicación a los usuarios de la CSC, tales como actualización de procesos y procedimientos, modificación de tasas, formatos, líneas de crédito nuevas o que se modifiquen, entre otros. Estableciendo un mecanismo de seguimiento para la comunicación efectiva y asertiva de la información.

Socialización del manual de marcas con los funcionarios de la CSC, toda vez que, los diferentes procesos entregan comunicaciones sin el cumplimiento de lo establecido en su aprobación inicial. Revisión del Plan de Comunicaciones donde se encuentran los parámetros de quienes son los encargados de entregar comunicaciones a nivel interno y externo de la organización.

Realizar la trazabilidad respecto a la pérdida de redes sociales de la Corporación Social de Cundinamarca, se recomienda establecer un procedimiento para la gestión de redes sociales institucionales que incluya los lineamientos para la creación y administración de cuentas oficiales.

#### GESTIÓN CONTRACTUAL

Se recomienda revisión continua y permanente a la plataforma SIA Observa con el fin de verificar que la totalidad de los contratos se encuentren al día con todos y cada uno de los documentos.

Se recomienda que, dentro de los procesos de inducción y reinducción, se capacite a los supervisores de los contratos para que se fortalezca dicho proceso, de esta manera, garantizar que los soportes en cuanto a las cuentas de cobro sean lo suficientemente completos, contengan los informes correspondientes y sus anexos, y que estos reposen en los expedientes de cada contrato celebrado.

#### GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

Se recomienda continuar realizando seguimiento y arqueos periódicos a la caja menor, entregando informes de lo evidenciado, por otra parte, de encontrar desviaciones establecer mecanismos para el seguimiento de acciones correctivas y de mejora.

#### GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se recomienda al equipo de Sistemas implementar políticas técnicas y administrativas que restrinjan la capacidad de instalación de software únicamente al personal autorizado del área. Esta restricción puede aplicarse mediante las siguientes acciones:

1. Configuración de políticas de grupo, en sistemas Windows para deshabilitar permisos de instalación a cuentas no administrativas.
2. Asignación de privilegios mínimos a los usuarios, eliminando accesos de administrador local.
3. Implementación de software de gestión de activos y control de aplicaciones (como Microsoft Intune, Symantec, o similar) que permita monitorear, aprobar o bloquear la instalación de software no autorizado.
4. Establecimiento de un proceso formal de solicitud y validación para nuevas instalaciones, asegurando revisión de licencias y compatibilidad.

Justificación:

Esta medida mitigará riesgos de seguridad informática, reducirá incidentes operativos relacionados con software no compatible y asegurará el cumplimiento de políticas internas y normas de seguridad de la información.

Durante el desarrollo de las actividades de auditoria, se identificó la necesidad de fortalecer el conocimiento y la comprensión del equipo sobre los principios, requisitos y mejores prácticas asociados a los Sistemas de Gestión de la Calidad, particularmente aquellos basados en normas internacionales como la ISO 9001 utilizando herramientas tales como la Ruta de la Calidad.

Se identificó que el proceso de gestión de la información podría mejorar en cuanto a la actualización y precisión de los datos, así como la seguridad y confidencialidad de la información, asimismo la necesidad de mejorar la capacitación del personal en cuanto al Sistema de Gestión de Calidad y la Gestión de la Información. Establecer procedimientos claros para la actualización y verificación de datos.

### 6. HALLAZGOS ENCONTRADOS

**NC:** No conformidad

**Obs.:** Observación

Nº	DESCRIPCIÓN	HALLAZGO
<b>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</b>		
1.1	En revisión de la carpeta de la exfuncionaria Paola Vera Vera se pudo evidenciar que desde el momento que en fue posesionada el día 20 de enero, no se verificó la veracidad del documento llamado, Certificación de la Institución Universitaria de Colombia, el cual fue verificado hasta el día 28 de agosto del 2024 es decir 7 meses después lo que conlleva a la materialización del riesgo plasmado en la matriz de Riesgos, Si el proceso de Talento Humano no realiza la verificación de documentos para el ingreso de funcionarios, se podría citar una no conformidad en relación con los siguientes numerales de la NTC ISO 9001:2015: 7.1.2 - Personas La organización debe asegurarse de que dispone de las personas competentes para el funcionamiento del sistema de gestión de calidad. No verificar documentos podría significar que no se garantiza la competencia del personal.	NC
1.2	Se evidencia falta de actualización del procedimiento Vinculación de Personal dado que se preguntó por los puntos de control establecidos a lo cual la profesional especializada manifestó que se encontraba desactualizado, con lo cual se esta incumpliendo con el numeral 7.5.2 - Creación y actualización de la información documentada, este numeral establece que la información documentada debe ser adecuada y actualizada. Si los procedimientos no están actualizados, se incumple este requisito.	NC

1.3	Se realizó la revisión de cuatro hojas de vida con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos mediante la lista de chequeo Posesiones y nombramientos CSC- TH -FR 16 que maneja el proceso de Talento Humano dicha muestra aleatoria arrojó que el expediente de Liced Varón Puentes con fecha de ingreso 15/octubre del 2024 no contaba con el documento "carta o Declaración donde conste que no tiene demandas por alimentos.... Esta situación refleja una oportunidad de mejora en el control de la información documentada, de acuerdo con lo establecido en la norma NTC-ISO 9001:2015 en su numeral 7.5.3 Control de la Información Documentada; En MIPG numeral 5.2.2 Política de Gestión Documental y el componente de Información Documental.	Obs
1.4	El equipo auditado no presenta evidencias de la realización de comité primario, donde se traten temas relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad y la importancia del rol de cada funcionario en la organización. En consecuencia, presenta incumplimiento en el numeral 7.2 Toma de Conciencia La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del SGC, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del SGC.	Obs
	La organización a través de su equipo de talento humano debe proporcionar el personal necesario para adelantar los diferentes procesos de la entidad, en razón a lo anterior se encuentra que la entidad, no cuenta con el Profesional en Seguridad y Salud en el trabajo con su respectiva licencia.	Obs
<b>CRÉDITO Y CARTERA</b>		
2.1	Una vez revisada la Matriz de Riesgos de la CSC en lo concerniente al proceso de Crédito y Cartera, se pudo establecer que se encuentra desactualizada, por lo tanto, debe ser revisada y actualizada dado que se encuentra enmarcada en la misionalidad de la entidad, enfocándose en la mitigación de los riesgos que se puedan llegar a materializar. Al no tener identificado los riesgos del proceso se está incurriendo en el incumplimiento de la norma ISO 9001 de 2015 en sus numerales: 6.1 - Acciones para abordar riesgos y oportunidades. La norma establece que la organización debe determinar los riesgos y oportunidades que pueden afectar el sistema de gestión de calidad y asegurarse de que se implementen acciones para abordarlos. 7.5.3 - Control de la información documentada Este numeral exige que la información documentada sea controlada y mantenida para asegurar que sigue siendo adecuada para su propósito. La desactualización de la matriz de riesgos implica que no se está garantizando el control adecuado de esta información crítica. En este caso, la Matriz de Riesgos desactualizada indica que no se está asegurando una gestión eficaz de los riesgos en el proceso de Crédito y Cartera.	NC
2.2	Se identificó que el crédito desembolsado a la Exfuncionaria Ivonne Maritza Torres Cano, quien se retiró de la entidad el pasado diciembre de 2023, por recomendación del comité de créditos llevado a cabo el 30 de mayo de 2024 mediante acta 018, se encuentra en mora, que a pesar de la edad de mora no se ha marcado en cobro jurídico y se desconoce su actividad procesal, por lo anterior se recomienda revisar el acuerdo por el cual se autorizan desembolsos a exfuncionario de la entidad con el fin de minimizar el riesgo de que estos entren en mora, por otro lado, establecer mecanismos con los cuales se haga un seguimiento periódico a los casos entregados por el área de cartera a la etapa de cobro jurídico.	Obs
<b>GESTIÓN JURÍDICA</b>		
3.1	<p>Durante la revisión de la matriz de riesgos del proceso de Gestión Jurídica y Cartera, se evidenció que las acciones establecidas para mitigar los riesgos relacionados con la materialización de desistimientos tácitos y prescripciones judiciales no han sido efectivas. Esta situación ha derivado en la pérdida de oportunidad para la recuperación de cartera, debido a la prescripción de obligaciones judicializadas.</p> <p>Lo anterior se respalda en el Memorando de respuesta de la Oficina Asesora Jurídica, fechado el 07 de abril de 2025, donde se remite informe de 87 desistimientos durante la vigencia 2024 y se reconoce al menos una prescripción judicial correspondiente al proceso 25307400300420140038000, relacionado con la obligación No. 200706349 del titular Gustavo Méndez Zamudio, decretada el 15 de agosto de 2024. Además, se reconoce la posibilidad de que existan otras prescripciones no detectadas oportunamente por el tercero encargado de la gestión de la cartera, lo cual evidencia una debilidad en el control del riesgo identificado.</p> <p>Criterio incumplido (ISO 9001:2015 - Numeral 6.1): La organización no ha logrado implementar acciones eficaces para abordar los riesgos identificados en su matriz, ni evaluar su efectividad de manera que se eviten eventos adversos como los desistimientos tácitos o las prescripciones procesales, lo cual constituye un incumplimiento al requisito 6.1 de la norma ISO 9001:2015.</p> <p>2. Numeral 9.1.1 - Seguimiento, medición, análisis y evaluación</p> <p>"La organización debe determinar: qué necesita seguimiento y medición; los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos; cuándo se debe llevar a cabo el seguimiento y la medición; cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición."</p> <p>El control mensual declarado no está siendo suficiente para garantizar que no se materialicen riesgos como la prescripción. Esto indica una debilidad en los mecanismos de seguimiento y evaluación de la eficacia del control de riesgos.</p>	NC
3.2	Durante la presente auditoría se identificó que persiste la necesidad de verificar el valor total de los contratistas vinculados a la Oficina Asesora Jurídica, con el fin de evaluar la relación costo-beneficio de su contratación. Esta situación ya había sido señalada como una oportunidad de mejora en la auditoría realizada en la vigencia anterior, a raíz de la visita de la Contraloría Departamental, la cual recomendó establecer si el valor pagado por dichos servicios contratados resulta representativo frente al recaudo obtenido por la entidad en la gestión jurídica de cartera.	Obs

3.3	<p>acuerdos de pago jurídicos, lo cual representa una brecha operativa en el control posterior de estos compromisos, por tanto. se debe actualizar el procedimiento mencionado para incluir una etapa específica de seguimiento y control a los acuerdos de pago jurídicos, que contemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El registro del cumplimiento de plazos, cuotas y recaudos.</li> <li>• La generación de reportes periódicos de seguimiento dirigidos al supervisor del proceso.</li> <li>• La definición de actuaciones ante el incumplimiento (reanudación del proceso judicial, actualización del estado contable o archivo por pérdida de fuerza ejecutiva).</li> <li>• La inclusión de los casos con riesgo de vencimiento en un Informe de Prescripciones y Riesgo Jurídico, que consolide obligaciones en mora, acuerdos de pago sin seguimiento y alertas de prescripción para toma de decisiones oportunas.</li> <li>• La definición de actuaciones ante el incumplimiento (reanudación del proceso judicial, actualización del estado contable o archivo por pérdida de fuerza ejecutiva).</li> <li>• La inclusión de los casos con riesgo de vencimiento en un Informe de Prescripciones y Riesgo Jurídico, que consolide obligaciones en mora, acuerdos de pago sin seguimiento y alertas de prescripción para toma de decisiones oportunas.</li> </ul>	Obs
3.4	<p>En el ejercicio de la auditoría se evidencia que la Oficina Asesora Jurídica no ha realizado reuniones planificadas en relación con la norma ISO 9001:2015, específicamente aquellas orientadas a asegurar la competencia del personal en cuanto al sistema de gestión de calidad. Durante la revisión de los registros de formación, no se encontró evidencia documentada de capacitaciones recientes o actividades de actualización relacionadas con los requisitos de la norma.</p> <p>Este incumplimiento podría afectar la eficacia del sistema de gestión de calidad y limitar la capacidad del personal para implementar y mantener adecuadamente los requisitos de la norma, lo que podría derivar en no conformidades mayores en futuras auditorías.</p> <p>Recomendación: Se recomienda programar y ejecutar capacitaciones periódicas sobre ISO 9001, asegurar que todo el personal relevante participe, y mantener registros actualizados que evidencien la competencia adquirida.</p>	Obs
<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>		
4.1	<p>La resolución N. 00088 del 30 de enero del 2023 contiene unos integrantes que en la actualidad no se encuentran realizando las actividades, por tal motivo no se le ha dado cumplimiento a dicha resolución, se recomienda revisión de la misma para activar el equipo de planeación con las diferentes actividades plasmadas en ella, se debe realizar la verificación de las funciones de los integrantes esto con el fin de identificar si es sujeta de modificación, de acuerdo a lo anterior el proceso continua Incumpliendo</p> <p>Numeral 5.3: Roles, responsabilidades y autoridades en la organización. "La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles relevantes estén asignadas, comunicadas y entendidas dentro de la organización."</p> <p>La organización no ha verificado ni ajustado formalmente las responsabilidades asignadas en la Resolución N.º 00088, lo que ha provocado que varios de los roles definidos no estén siendo ejecutados. Esto representa una deficiencia en la asignación y control de responsabilidades, ya que no se ha garantizado que dichas funciones estén siendo comprendidas y cumplidas por los responsables designados.</p> <p>Numeral 9.1: Seguimiento, medición, análisis y evaluación La organización debe determinar qué necesita seguimiento y medición, los métodos necesarios para asegurar resultados válidos, y evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad."</p> <p>La organización no ha realizado un seguimiento efectivo del cumplimiento de las funciones del equipo de planeación ni de la aplicación de la resolución vigente. Tampoco existen registros que evidencien la medición o evaluación del desempeño de este equipo. Esto afecta la capacidad de la organización para asegurar resultados válidos, evaluar la eficacia de sus procesos y tomar decisiones basadas en evidencia, conforme a lo exigido en este numeral.</p>	NC
4.2	<p>Al solicitar el informe de Revisión por la Dirección, el equipo auditado presentó el informe del año 2023, indicando que la revisión de la vigencia 2024 está programada para realizarse antes de la visita de ICONTEC. Esta práctica podría afectar el cumplimiento de los objetivos teniendo en cuenta que en el contexto de las entidades públicas, la revisión por la dirección debe realizarse al inicio de cada vigencia, es decir, a partir del 1 de enero de cada año. Este proceso es fundamental para evaluar el desempeño del Sistema Integrado de Gestión (SIG) y garantizar su alineación con los objetivos estratégicos de la entidad. Se recomienda evaluar la oportunidad de anticipar esta actividad, con el fin de asegurar una revisión oportuna del desempeño del sistema de gestión y facilitar la implementación de acciones de mejora con anterioridad a la auditoría externa, de acuerdo al numeral 9.3.1 de la norma ISO 9001:2015, el cual exige que dicha revisión se realice a intervalos planificados.</p>	Obs
4.3	<p>Durante la auditoría, se revisó el procedimiento "Control de Salidas no Conformes", el cual en su numeral 6 establece que el proceso debe realizar un seguimiento para verificar la eficacia de las acciones correctivas, utilizando para ello el formato CSC-DE-FR-04 "Reporte de salidas no conformes". No obstante, el equipo auditado manifestó que se realizan acompañamientos y capacitaciones a las áreas misionales como parte del seguimiento, en la auditoría no se evidenció que dichas actividades se documenten en el formato establecido, ni quedan registradas formalmente. Esta situación podría limitar la trazabilidad de la eficacia de las acciones implementadas, lo cual está relacionado con los numerales 8.7.2 y 10.2.1 de la norma ISO 9001:2015, que requieren que las acciones tomadas sobre no conformidades sean documentadas, verificadas en su eficacia y que se conserve la información como evidencia. Se sugiere fortalecer el registro formal de estos seguimientos conforme al procedimiento establecido.</p>	Obs
<b>BIENESTAR</b>		
5.1	<p>Una vez revisado los dos procedimientos que maneja el área se pudo evidenciar que deben ser actualizados en lo referente a los diferentes puntos de control que manejan, como por ejemplo lo referente al proceso de Adjudicación de Subsidios en cuanto a los diferentes acuerdos que rigen para cada afiliado dependiendo del tiempo en que fueron asignados.</p>	Obs

5.2	Se evidencia que la Subgerencia de Servicios Corporativos viene adelantando acciones tendientes a la consecución de Alianzas Estratégicas que brinden beneficios a los afiliados de la "CSC" y su núcleo familiar. Sin embargo, se observó que este procedimiento aún no ha sido documentado y aprobado formalmente, lo que podría generar inconsistencias en su aplicación y seguimiento. Se sugiere capacitar al personal involucrado en la implementación y seguimiento de este procedimiento para garantizar la correcta aplicación.	Obs
<b>ATENCIÓN AL CLIENTE</b>		
6.1	Durante la revisión de los procedimientos "CSC-AC-PR-01 Atención de Peticiones Quejas y Reclamos PQRSDF", "CSC-AC-PR-03 Afiliaciones" y de los manuales "Protocolos de Servicio al Ciudadano - Acuerdo de Nivel de Servicio: Atención" y "Manual de Derechos de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones – PQRSDF", se evidenció que estos documentos se encuentran desactualizados. El grupo auditado indicó que ya se han adelantado las actualizaciones correspondientes; sin embargo, a la fecha de la auditoría, dichos documentos no han sido presentados para su aprobación ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, lo que indica que no se ha completado el proceso de revisión y aprobación requerido, lo cual incumple la norma ISO 9001 en los numerales 7.5.2, que establece que la información documentada debe ser revisada y actualizada según corresponda, y aprobada para su adecuación y el numeral 7.5.3, que exige controlar la información documentada para asegurarse de su disponibilidad, adecuación y protección contra el uso indebido.	NC
6.2	El formato 08 "Solicitud Servicios Prensa" se utiliza, pero no se tiene el archivo en la oficina ya que dichos documentos se le envían a un contratista y por tal motivo se pierde el control de la información, incumpliendo el numeral 4.4.2 de la norma ISO 9001-2015 así: En la medida que sea necesario, la organización debe: a) Mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos; b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.	NC
6.3	Continua abierta la No Conformidad: " En la vigencia 2023 se utilizaba el sistema Datadoc pero al preguntar a las auditadas sobre la utilización de este sistema en la actual vigencia manifestaron que retomaron su uso en el mes de agosto de 2024, es decir, el sistema no fue utilizado durante 7 meses, por tal motivo se recomienda la contratación de la actualización de este sistema o si por el contrario se evidencia que el sistema es obsoleto realizar la gestión contractual para adquirir un nuevo programa." Si bien se pudo constatar que el proceso realizó gestiones solicitando apoyo constante al área de sistemas para mejorar y actualizar la funcionalidad de la herramienta, la falta de uso de la herramienta representa una afectación al seguimiento y trazabilidad de la información documentada. Esta situación se viene presentando desde la vigencia 2023, sin que a la fecha se haya implementado una solución definitiva.	NC
6.4	Una vez revisada la matriz de riesgos se evidenció oportunidad de mejora en el cumplimiento de las actividades planteadas por el área por tal motivo se puede llegar a incurrir en una falta de acuerdo a la norma ISO en su numeral. 6.1.1: La organización debe planificar acciones para abordar riesgos y oportunidades que aseguren que el sistema de gestión de calidad pueda lograr sus resultados previstos. 6.1.2: La organización debe integrar e implementar dichas acciones dentro de su sistema de gestión y evaluarlas por su eficacia.	Obs
<b>GESTIÓN FINANCIERA</b>		
7.1	Se evidenció que la matriz de riesgos presenta inconsistencias: se asigna como responsable de una actividad al Tesorero, cuando en realidad la competencia corresponde a la Directora de Contabilidad y Presupuesto. Asimismo, no se ha efectuado el respectivo muestreo dentro de la matriz de riesgos. Adicionalmente se evidenció que los riesgos asociados al proceso de Tesorería no se alinean con las acciones necesarias para mitigar efectivamente los riesgos identificados. El auditado responsable del proceso manifestó que dichas actividades se encuentran desactualizadas. Esta situación compromete la efectividad del control interno institucional y puede derivar en la materialización de eventos adversos que no han sido debidamente tratados, evaluados o controlados. De esta manera, se incumplen los siguientes numerales de la norma ISO 9001:2015: 6.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades: no se están identificando ni gestionando de forma efectiva los riesgos institucionales. 9.1.1 – Seguimiento, medición, análisis y evaluación: no hay un seguimiento sistemático al plan de mejoramiento.	NC
7.2	Durante la revisión del procedimiento de "Inversión excedentes de tesorería" se evidenció que, aunque se están realizando inversiones de excedentes financieros, estas no se ajustan al procedimiento institucional que exige la aprobación previa de la Junta Directiva del estudio de mercado, seguido de la aprobación por parte de la Gerente General. De esta manera, se incumplen los siguientes numerales de la norma ISO 9001:2015: 4.4.1 – Sistema de gestión de la calidad y sus procesos: no se garantiza el control efectivo del proceso, al no cumplirse los pasos establecidos. 8.1 – Planificación y control operacional: se están desarrollando actividades sin aplicar controles documentados ni validar su cumplimiento con lo planificado. 8.2.2 – Requisitos para los productos y servicios: no se asegura que los requisitos definidos para ejecutar el procedimiento sean cumplidos antes de iniciar las inversiones.	NC
7.3	Una vez revisados los procedimientos que tienen como responsable la Directora de Contabilidad y Presupuesto se pudo establecer que no se están llevando a cabo, a lo que la Directora manifestó no realizar las tareas según lo plasmado en ellas, esto indica falta de actualización. Con respecto a los procedimientos correspondientes al área de Tesorería también se encuentran desactualizados, lo cual puede generar inconsistencias en la ejecución de los procesos operativos. Esta situación fue reconocida por el personal auditado, se recomienda la necesidad de convocar mesas de trabajo para su actualización que debe estar sujeta a la verificación normativa.	Obs

7.4	Se evidenció que no existe un comité primario establecido para el Sistema de Gestión, lo que puede afectar la implementación y seguimiento efectivo al sistema. no se observaron mecanismos efectivos para comunicar y socializar el Sistema de Gestión de Calidad con el equipo. se recomienda establecer un Comité de Equipo Primario para liderar y coordinar las actividades del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad. donde se asigne responsables y fecha de cumplimiento.	Obs
<b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b>		
8.1	<p>Durante la revisión del proceso Contratación, se evidenció que no cuentan con las actas correspondientes al desarrollo del Comité de Contratación para las compras realizadas en el año 2024. La ausencia de estas actas impide contar con un registro formal y verificable de los hechos, decisiones, acuerdos y/o responsables involucrados, lo anterior en cumplimiento de la Resolución No 9807 de 2013.</p> <p>Se incumplen los numerales 7.5.1, 7.5.3.2 y 8.1 de la norma ISO 9001:2015, al no conservar la información documentada que respalde el desarrollo del Comité de Contratación, lo cual genera un riesgo de falta de transparencia, trazabilidad y control en las decisiones contractuales.</p> <p><b>Numeral 7.5.1 – Información documentada</b> El sistema de gestión debe incluir la información documentada requerida por la norma y aquella que la organización determine como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p> <p><b>Numeral 7.5.3.2 – Control de la información documentada</b> La información documentada debe estar disponible y ser adecuada para su uso cuando se necesite, y debe estar protegida contra pérdida de integridad y disponibilidad.</p> <p><b>Numeral 8.1 – Planificación y control operacional</b> La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios, incluyendo la conservación de la información documentada apropiada para tener confianza en que los procesos se han realizado según lo planificado.</p>	NC
8.2	<p>Se verificó que la dependencia en la vigencia 2024 no cumplió con los términos establecidos en la circular FP 02-2024 con respecto a la rendición de la información que se presenta en la plataforma de la Contraloría Departamental (SIA Observa), lo que constituye la materialización del riesgo y además un incumplimiento a los numerales de la Norma Iso 9001-2015:</p> <p><b>4.2 – Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</b> La organización debe determinar las partes interesadas pertinentes y los requisitos de estas. La Contraloría Departamental es una parte interesada externa con requisitos formales (plazos y formatos para el reporte contractual). El incumplimiento implica desatención a estos requisitos.</p> <p><b>5.1.2 – Enfoque al cliente.</b> La alta dirección debe asegurarse de que se determinan y cumplen los requisitos del cliente (o partes interesadas). No rendir oportunamente la información contractual requerida refleja una falta de enfoque en el cumplimiento con los entes de control.</p>	NC
8.3	<p>Se realizó una verificación aleatoria de varios contratos entre ellos el contrato: #24-0002, Objeto: Prestación de Servicio Integral de Aseo y Cafetería, servicios generales con alquiler de maquinaria, sin suministro de bienes y/o insumos en las instalaciones de la CSC, el cual arrojó que no contaba con la respectiva designación del supervisor en el tiempo comprendido entre el primero de Marzo del 2024 y el primero de agosto del 2024, desde esta fecha se pudo evidenciar que fue designada la Dra. Martha Haydee Carrillo Subgerente Administrativa y Financiera así como también, el contrato N.º 24-009, se evidenció la orden de pago N.º 24-02237, con fecha del 23 de diciembre de 2024, pese a que el informe final del supervisor fue emitido el 26 de diciembre de 2024, e incluso en su contenido se menciona que la cuenta de cobro aún estaba en trámite. Esta situación refleja una inconsistencia en los controles de validación previos al pago. Por tal motivo incumple con los numerales de la norma ISO 9001-2015 5.3 – Roles, responsabilidades y autoridades en la organización, el cual establece que la alta dirección debe asegurarse de que se asignen, comuniquen y comprendan las responsabilidades y autoridades dentro de la organización, el no contar con un supervisor asignado formalmente durante un periodo específico, refleja una falla en la asignación y comunicación de responsabilidades, especialmente en un proceso crítico como la gestión contractual. el numeral afectado en la norma en este caso es el 8.1 – Planificación y control operacional: La ejecución de pagos sin la verificación formal del cumplimiento contractual demuestra deficiencias en el control operativo del proceso. Por otra parte, en la verificación de los siguientes expedientes se encontró:</p> <p>24-054 Contratación directa Contratista: Fundación Colombianos Solidarios Expediente sin foliar Hoja de vida de la función pública de la Persona Jurídica en Blanco No se encuentra Certificado de delitos sexuales del representante legal se encuentra Certificación bancaria desactualizada</p> <p>24-0018 Orden del expediente No se encuentran cotizaciones impresas en el expediente para realizar estudio de mercado Acta de cierre de los requisitos habilitantes es archivada antes de los pliegos definitivos Análisis del sector debe archivar con los estudios como documento anexo Expediente sin foliar y en desorden (No se encuentra en orden cronológico) No se encuentran las propuestas de los distintos oferentes</p>	NC
8.4	Durante la verificación realizada al proceso de Contratación, se evidenció que algunos de los colaboradores, funcionarios y/o actores claves no tienen conocimiento claro sobre la Ruta de la Calidad establecida por la institución. Esta situación se reflejó en el momento de ingresar e identificar en la ruta las evidencias frente al plan de acción del proceso, como respuestas imprecisas, ausencia de documentación, o incumplimiento de pasos establecidos. De la misma manera, la falta de evidencias para comités primario o reuniones periódicas donde se presenten temas específicos con el Sistema de Gestión de Calidad.	Obs

8.5	Se evidencia que la Matriz de riesgos, no ha sido actualizada conforme a los cambios recientes en los procesos, lo que puede afectar la efectividad del control de riesgos. Adicionalmente, se identificó que algunos integrantes del área no tienen claridad sobre el contenido, propósito ni la ruta de la calidad, lo cual podría limitar su adecuada implementación y seguimiento.	Obs
<b>GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>		
9.1	Se logra evidenciar que la caracterización del proceso de Gestión del Mejoramiento no está actualizada, lo que puede afectar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad y la capacidad de identificar y mitigar riesgos. No se ha encontrado evidencia de que la caracterización del proceso haya sido revisada y actualizada en los últimos tres años. como acción correctiva se sugiere revisar y actualizar la caracterización del proceso de Gestión del Mejoramiento, verificar que sea comunicada a todos los involucrados e implementar un plan de seguimiento para asegurar que la caracterización se mantenga actualizada.	NC
9.2	En la verificación del procedimiento que corresponde a identificación, formulación y Seguimiento de acciones correctivas, y de mejora, se identifica que el mismo puede ser reformulado, integrando un proceso de asesoría a la implementación de las acciones correctivas y de mejora, así como, la aprobación u observaciones mediante comunicación dirigida a cada área cuando sea el caso, por ultimo dar seguimiento a las mismas en el formato destinado para tal fin, por ultimo cierre de las mismas en el cuerpo del informe correspondiente en la siguiente vigencia auditada.	Obs
<b>GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</b>		
10.1	Una vez revisada la carpeta de los muebles enviados a "FOMPREGAM" casa prestada por la Secretaría General del Departamento, se evidencia que por error por parte de esta Secretaría se trasladaron los elementos muebles y enseres al 123 sin notificar a la CSC de dicho traslado, lo que conllevó a la pérdida de los elementos que eran susceptibles de baja, por tal motivo este riesgo se materializó y debe dársele tratamiento especial e incluirse o complementarse dentro de la matriz de Riesgos revisando las actividades para que se tenga mayor efectividad el control. Esto constituye un incumplimiento de los numerales: 6.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades.	NC
10.2	De acuerdo con la revisión del Convenio suscrito con el Fondo de Desarrollo de Proyectos de Cundinamarca (FONDECUN), se evidencia que hay oficios que no contienen la firma de la Gerente General dichos oficios de entrega se denominan: "Entrega Elementos Publicitarios Actividad Programada" este oficio se proyecta por solicitud de la Gerente General según informa el Almacenista General al equipo auditor por tal motivo se evidencia que no se tiene un control efectivo que permita con claridad verificar al momento de la auditoría las cantidades entregadas ni cuanto es el saldo que queda en la bodega dispuesta para tal fin por tanto se genera un riesgo debido a la falta control de lo que ingresa al sistema de inventarios. El almacenista manifiesta que el documento que acredita el recibido de todos los elementos se encuentra en la oficina de contratación. No se está cumpliendo con los requisitos establecidos por los numerales: 7.5.1 – Información documentada: El sistema de gestión de la calidad debe incluir información documentada requerida por la norma y aquella determinada por la organización como necesaria para la eficacia del sistema.  8.1 – Planificación y control operacional: La organización debe implementar controles para asegurar que los procesos se ejecutan según lo planificado, incluyendo la conservación de registros y trazabilidad.	NC
10.3	El procedimiento Administración de recursos Físicos se evidencio que se encuentra desactualizado dado que se solicitó la s respectivas evidencias en los puntos de control y dio como resultado que son sujetos de revisión y actualización.	Obs
<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>		
11.1	Una vez revisada la matriz de Riesgos de la CSC en lo concerniente al proceso de Gestión de la información, se pudo establecer que se encuentra desactualizada, por lo tanto, debe ser revisada y actualizada, enfocándose en la mitigación de los riesgos que se puedan llegar a materializar. Al no tener identificado los riesgos del proceso se esta incurriendo en el incumplimiento de la norma ISO 9001 de 2015 en sus numerales: 6.1 - Acciones para abordar riesgos y oportunidades. La norma establece que la organización debe determinar los riesgos y oportunidades que pueden afectar el sistema de gestión de calidad y asegurarse de que se implementen acciones para abordarlos. 7.5.3 - Control de la información documentada Este numeral exige que la información documentada sea controlada y mantenida para asegurar que sigue siendo adecuada para su propósito. La	NC
11.2	Se evidenció que las Tablas de Retención Documental (TRD) de la CSC se encuentran desactualizadas conforme a las actividades, funciones, y estructura organizacional vigentes por tal motivo se esta incumpliendo el - Numeral 7.5: Información documentada, 7.5.2 – Creación y actualización: La organización debe asegurarse de que la información documentada requerida sea apropiada, adecuada y actualizada de la Norma Iso 9001.2015.	NC
11.3	Se evidenció que el dependencia tiene plasmado en el Plan Anual de Adquisiciones la compra de diferentes elementos los cuales estaban proyectados para el mes de mayo pero a la fecha de la visita de auditoría se pudo evidenciar que no fueron enviados con anterioridad los estudios previos a la Oficina Asesora de Contratación por tal motivo dicha contratación no se ha realizado.	Obs
11.4	El equipo auditor en el desarrollo de la verificación documental, evidencio la necesidad de actualizar la caracterización del proceso, así como, los procedimientos de informática, es importante recordar que el equipo de planeación está disposición para la asesoría en dicho proceso.	Obs

## 7. RETROALIMENTACIÓN ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA

### GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

La Oficina de Control Interno evidenció que las acciones correctivas y de mejora del proceso de Talento Humano son pertinentes, pero generales y con limitaciones en el análisis de causas, correctivos y planes de acción. Se recomienda aplicar metodologías de causa raíz, complementar los ajustes documentales con socialización, capacitación y monitoreo, y definir planes de acción con responsables por cargo, entregables verificables y medidas de contingencia. En conclusión, se requiere mayor formalización y evidencia para asegurar trazabilidad, cumplimiento normativo y efectividad en la gestión del Talento Humano.

### CRÉDITO Y CARTERA

La Oficina de Control Interno evidenció que las acciones planteadas son pertinentes, pero requieren mayor precisión en el análisis de causas, ya que estas se presentan de forma general y no identifican claramente si el origen corresponde a fallas de control, desconocimiento, desactualización o rotación de personal. Se recomienda aplicar metodologías de causa raíz, formalizar los correctivos de manera integral y ajustar los planes de acción con responsables por cargo, fechas realistas y entregables verificables, de modo que se garantice trazabilidad, continuidad y eficacia en la gestión de riesgos y el sistema de control interno.

#### GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

La Oficina de Control Interno evidenció que, aunque las acciones correctivas y de mejora remitidas son pertinentes, presentan debilidades en la identificación de causas y en la formulación de planes de acción. En general, las causas son enunciadas de manera superficial, sin explicar la raíz de los incumplimientos, por lo que se recomienda aplicar la técnica de los "5 porqués" para fortalecer el análisis.

Asimismo, los correctivos y actividades propuestas requieren mayor precisión: deben especificar entregables verificables, identificar responsables por cargo y no por nombre propio, y establecer fechas realistas para el seguimiento. Se advierte además la necesidad de incluir controles preventivos y mecanismos de revisión periódica, especialmente en lo relacionado con la actualización de la matriz de riesgos, el cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones y la actualización de caracterizaciones y procedimientos.

#### GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

La Oficina de Control Interno valoró como pertinentes las causas identificadas; no obstante, los correctivos y planes de acción requieren ajustes para su aprobación. Se debe precisar los controles a fortalecer en la matriz de riesgos, formalizar el procedimiento de traslado de bienes y reforzar el proceso de baja con responsables, tiempos y trazabilidad. Asimismo, la propuesta de crear o modificar el formato de salida masiva resulta adecuada, pero debe complementarse con la obligatoriedad de uso del formato vigente, la inclusión de validación y firma de responsables y su incorporación en el procedimiento documentado, garantizando así eficacia, trazabilidad y control en la gestión de bienes.

#### GESTIÓN CONTRACTUAL

La Oficina de Control Interno evidenció que las acciones correctivas y de mejora presentadas son pertinentes, pero generales y con limitaciones en el análisis de causas, correctivos y planes de acción. Se recomienda aplicar metodologías como los "5 Porqués" o Ishikawa para identificar la raíz de los incumplimientos, ya que varias causas permanecen en un nivel superficial. Los correctivos tienden a ser informativos o administrativos y no aseguran la eliminación de la causa raíz, por lo que deben complementarse con actualizaciones procedimentales, controles obligatorios, mecanismos de seguimiento, socialización y capacitación al personal. Los planes de acción carecen de entregables verificables, fechas precisas y responsables por cargo, lo que limita su trazabilidad y eficacia. En conclusión, aunque las acciones muestran avances, se requiere mayor formalización, especificidad y evidencia documentada para garantizar trazabilidad, cumplimiento normativo y prevención de recurrencias en la gestión contractual y administrativa.

#### GESTIÓN FINANCIERA

La Oficina de Control Interno evidenció que las acciones correctivas y de mejora remitidas por el proceso de Gestión Financiera, aunque pertinentes, presentan debilidades en la identificación de causas y en la definición de planes de acción. Las causas son generales y en algunos casos corresponden más a descripciones del hallazgo que a un análisis de raíz; por ello se recomienda aplicar la técnica de los "5 Porqués" para mayor profundidad.

Asimismo, los correctivos requieren mayor especificidad sobre los procedimientos a actualizar, mecanismos de verificación y entregables verificables. Se enfatiza la necesidad de identificar responsables por cargo y no por nombre propio, así como garantizar que los productos estén formalmente aprobados, publicados y socializados.

#### ATENCIÓN AL CLIENTE

La Oficina de Control Interno identificó que las causas remitidas en las acciones correctivas son pertinentes, pero generales y sin profundizar en el análisis de raíz, por lo cual se recomienda aplicar metodologías como los "5 Porqués" para esclarecer los motivos reales de los incumplimientos en control documental, trazabilidad de formatos y uso del sistema de gestión. Si bien algunas acciones correctivas evidencian avances como la actualización documental y la socialización institucional, estas requieren formalización mediante aprobación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, publicación en la ruta de calidad y evidencia de uso del formato vigente. En cuanto al sistema inoperante, se advierte que aún no existe solución efectiva, lo que mantiene riesgos en la trazabilidad; por ello se recomienda implementar medidas de contingencia mientras se concreta la contratación o sustitución tecnológica. Los planes de acción deben incluir entregables verificables como actas de aprobación, registros, bitácoras, evidencias de decisión y mecanismos alternos que aseguren trazabilidad, control y cumplimiento normativo.

#### GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

El Equipo de Planeación considera pertinentes las acciones correctivas y de mejora presentadas, pero recomienda ajustes para fortalecer su eficacia. En la acción correctiva, se sugiere separar actividades que tienen diferentes tiempos de ejecución, ampliar la fecha de cumplimiento para garantizar la presentación y aprobación ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, y contemplar la publicación del documento actualizado en la ruta de calidad como evidencia final. En la acción de mejora, se recomienda incluir un documento consolidado de hallazgos, acciones y seguimientos, definiendo su periodicidad y un mecanismo de control que permita conocer en forma resumida el estado de cada hallazgo, asegurando trazabilidad y gestión efectiva.

#### DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

La Oficina de Control Interno identificó que las acciones correctivas y de mejora son pertinentes, pero requieren mayor formalización. En particular, la actualización de la Resolución N.º 00088 debe complementarse con concepto técnico, decisión administrativa y ajuste de documentos del sistema, mientras que la Revisión por la Dirección necesita intervalos planificados, cronograma aprobado y evidencias de cumplimiento. Se recomienda además complementar la consulta a ICONTEC con el DAFP para garantizar coherencia con el MIPG y fortalecer la trazabilidad y el control estratégico del sistema de gestión.

#### GESTIÓN JURÍDICA

La Oficina de Control Interno evidenció que las acciones correctivas y de mejora requieren mayor precisión para garantizar trazabilidad y eficacia. Se identificó la ausencia de fechas de implementación en algunas actividades, lo que impide el seguimiento y cierre de hallazgos. Las acciones planteadas son pertinentes, pero deben complementarse con mecanismos estructurados de control, como reportes periódicos, indicadores de efectividad y entregables verificables (informes, tableros, actas). En cuanto a las causas, estas se centran en cambios operativos sin profundizar en la raíz del incumplimiento; por ello, se recomienda aplicar la técnica de los "5 Porqués" y actualizar los procedimientos formales para incluir fases de seguimiento, responsables designados, criterios de actuación y sistemas de trazabilidad. En conclusión, se requiere mayor formalización, definición de entregables y articulación con los procedimientos institucionales para asegurar la efectividad y sostenibilidad de las acciones.

## 8. CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

El Sistema de Gestión de la Calidad evidencia un nivel de desempeño satisfactorio, garantizando actualmente condiciones óptimas para la prestación de los productos misionales. No obstante, se identifican oportunidades de mejora que, con un adecuado seguimiento, permitirán continuar fortaleciendo y consolidando el sistema vigente.

Dentro de los aspectos favorables más destacados se encuentra que los servidores públicos vinculados a la Entidad, tanto de planta como por contratación, demuestran conocimiento, apropiación y alta colaboración con el Sistema de Gestión Integrado, así como identificación de la herramienta dispuesta por la alta dirección denominada Ruta de la Calidad, además tanto los procesos como los procedimientos se han fortalecido mediante la mejora continua, promoviendo una cultura de calidad.

Como una oportunidad de mejora es importante destacar que algunos procesos presentan hallazgos recurrentes, lo que indica necesidad de fortalecer el seguimiento y análisis de las causas con el objetivo de que a través de la gestión interna, se apoye con la pertinencia de los controles aplicados y se controle la reincidencia.

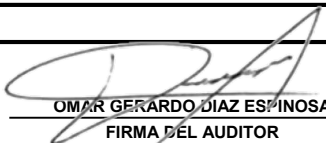
La Corporación Social de Cundinamarca, a través de su Sistema de Gestión Integrado, mantiene procesos organizados y respaldados por planes de acción alineados con el Plan Estratégico de la Entidad. Sin embargo, en el informe correspondiente a la vigencia actual se evidencia un incremento en las No Conformidades (NC) y Observaciones (Obs) frente al año anterior. Pese a ello, su subsanación se considera de fácil gestión, actualización y ejecución.

Las No Conformidades identificadas en el informe no presentan el mismo nivel de impacto: algunas corresponden a fallas de tipo documental, mientras que otras afectan directamente la eficiencia de procesos críticos. Su clasificación resulta fundamental para priorizar los planes de acción. De manera central, las NC se concentran en tres aspectos recurrentes: la falta de actualización documental, la ausencia de evidencia verificable y las debilidades en la trazabilidad de las actividades.

## 9. ANEXOS

TOTAL NO CONFORMIDADES: 18

TOTAL OBSERVACIONES: 20

  
OMAR GERARDO DÍAZ ESPINOSA  
FIRMA DEL AUDITOR