CSC Corporación Social de Cundinamarca · Gobernación de Cundinamarca	**Proceso de Evaluación Gestión del Mejoramiento**	**Código: CSC-GM-FR-04**
		Versión: 3
	Informe de Auditoría	**Fecha: Octubre 24 de 2023**

FECHA	13	10	2026
	DIA	MES	AÑO

CONSOLIDADO AUDITORÍAS INTEGRAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CONTROL INTERNO Y EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

AUDITORES LIDERES María Alejandra Beltrán Beltrán - Carlos Eduardo Hernández López

EQUIPO AUDITOR Diana Milena Quevedo
Denniris Ayesmith Gelves Peña

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos establecidos en la Corporación Social de Cundinamarca, verificando la implementación, cumplimiento, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad conforme a los requisitos de la NTC ISO 9001:2015, así como su articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Sistema de Control Interno (MECI), para la vigencia 2025.
De igual manera, se revisó la gestión de riesgos de **cada uno de los procesos**, cumplimiento del plan de acción, la aplicación del Decreto 612 de 2018, cuando aplique, y el estado de las acciones correctivas y de mejora derivadas de auditorías internas anteriores, así como aquellas situaciones particulares que surgieron dentro de cada uno de los procesos evaluados y la auditoría interna ejecutada.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El alcance de las auditorías comprende la evaluación de los 11 procesos de Gestión de la Corporación Social de Cundinamarca, correspondiente a la vigencia 2025, incluyendo sus procedimientos, actividades, registros y controles asociados.
Se verificará la conformidad del proceso frente a los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001:2015, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Sistema de Control Interno (MECI) y el cumplimiento de la Normatividad aplicable.
Igualmente, se revisará la gestión de riesgos, el cumplimiento del plan de acción, la aplicación del Decreto 612 de 2018, cuando aplique, y el estado de las acciones correctivas y de mejora derivadas de auditorías internas anteriores.

3. DOCUMENTACIÓN ANALIZADA

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
(Del 4 de mayo al 8 de mayo)

1. Plan de actividades de estímulos vigencia 2025.
2. Base de datos planta de personal. (archivo Excel: nombres completos, identificación, fecha vinculación, nivel jerárquico, tipo vinculación, salario)
3. Evaluación de desempeño del personal vigencia 2025.
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 del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.
7. Informe recobro de incapacidades 2024-2025.
8. Programa de Inducción y Reinducción
9. Actualización del formato de hoja de vida y Declaración de Bienes y Rentas.
10. Aplicación del Código de Integridad (incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad).
11. Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.
12. Evidencias Acuerdos de Gestión.

GESTIÓN CRÉDITO Y CARTERA (Del 11 de mayo al 15 de mayo)
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 2025 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 preventivo y persuasivo. 9. Informes de gestión cobro pre jurídico. 10. Seguimiento sistema Novasoft.
GESTIÓN BIENESTAR **(Del 19 de mayo al 22 de mayo)**
1. Acta del comité en el que se definieron las actividades del Plan de Bienestar 2025. 2. Plan de acción de bienestar 2025. 3. Avance de las acciones correctivas o mejora que posiblemente estén pendientes. 4. Ejecución de las actividades desarrolladas en el Plan de Bienestar 2025. 5. Soportes entrega beneficios Plan de Bienestar 2025.
GESTIÓN JURÍDICA **(Del 25 de mayo al 29 de mayo)**
1. Relación del estado de las obligaciones en mora objeto de cobro jurídico(mensual) y con corte al 31 de diciembre de las vigencias 2024- 2025 y lo corrido del 2026 (30 de abril). 2. Relación de control estado de las demandas y/o contestaciones ante despachos de lo correspondiente al 31 de diciembre de las vigencias 2024-2025 y lo corrido del 2026 (30 de abril) 3. Relación de los desistimientos tácitos por edades, al 31 de diciembre de las vigencias 2024- 2025 y lo corrido del 2026 (30 de abril). 4. Informe de prescripciones 5. Plan de mejoramiento ante la Contraloría de Cundinamarca vigencia 2024 6. Relación de acuerdos de pago realizados vigencia al 31 de diciembre de las vigencias 2024-2025 y lo corrido del 2026 (30 de abril). 7. Proceso de Apoyo Gestión de la Información Código: CSC-GJ-CR-01 Versión 4, fecha noviembre 05 del 2025
GESTIÓN ATENCIÓN AL CLIENTE **(Del 01 de junio al 05 de junio)**
1. Planilla única de correo certificado. 2. Listado de alertas generadas y enviadas mediante el aplicativo Datadoc durante la vigencia 2025 y hasta la fecha. 3. Informes mensuales de PQRSDF correspondientes a la vigencia 2025 y a la vigencia en curso. 4. Informe de actualización del SUIT. 5. Evidencias de la revisión de accesibilidad del formulario electrónico de PQRSDF en la página web institucional.
GESTIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO **(Del 09 de junio al 12 de junio)**
1. Plan Estratégico y seguimiento vigencia 2025. 2. Plan Anual de Adquisiciones y seguimiento vigencia 2025. 3. Informe de Rendición de cuentas 2025. 4. Actas de reunión Junta Directiva 2025. 5. Actas de Comité Institucional de Gestión y Desempeño 2025. (suscritas) 6. Informe de revisión por la dirección 2025.
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN **(Del 16 de junio al 19 de junio)**
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 2025 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 2025.

GESTIÓN FINANCIERA
(Del 22 de junio al 26 de junio)

1.Estados Financieros, con corte a 31 de diciembre 2024 y 2025.
2.Presupuesto aprobado y ejecutado 2024 y 2025, por trimestre.
3.Actos administrativos Presupuesto aprobado 2024 y 2025, y sus modificaciones.
4.Cuentas por pagar 2024 y 2025.
5.Reservas 2024 y 2025 aprobadas por contraloría.
6.Excedentes financieros 2024 y 2025.
7.Informe recuperación de recursos por concepto de reconocimiento de incapacidades de los funcionarios de la CSC.
8.Informe de seguimiento sistema Novasoft con interfaces.
9.Informe de caja menor 2024 y 2025.
10.Informe conciliaciones bancarias 2024 y 2025.
11.Seguimiento del manual de sostenibilidad contable.
12.Informe de seguimiento al plan financiero.
13.Actas de los Comités de Dirección – Vigencias 2024 y 2025 (Presupuesto y Contabilidad)

GESTIÓN CONTRACTUAL
(Del 06 de julio al 10 de julio)

1. Relación de contratación 2025 con enlaces de publicación (archivo en Excel que contenga el consecutivo, número de contrato, nombre del contratista, identificación, valor contrato inicial, valor contrato adición, Valor total del contrato, enlace publicación, término y duración del contrato, modalidad de contratación y otros campos que se estimen pertinentes).
2. Seguimiento al plan de mejoramiento de la contraloría vigencia 2025.
3. Seguimiento y verificación de SIA Contraloría y SIA Observa, cuenta mensual vigencia 2025.
4. Actas de comité de contratación 2025 y Acto administrativo de creación del Comité de Contratación.
5.Manual de Contratación vigente.
6. Plan de Adquisiciones

GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO
(Del 13 de julio al 17 de julio)

1. Caracterización vigente del proceso de Gestión del Mejoramiento
2. Manual del Sistema de Control Interno vigente
3. Matriz consolidada de planes de mejoramiento institucionales y por proceso, indicando estado de avance, responsables, fechas de cumplimiento y evidencias
asociadas.
4. Matriz consolidada de hallazgos derivados de las auditorías internas realizadas durante las vigencias 2024 y 2025, que incluya no conformidades y Observaciones;
acciones correctivas o de mejora formuladas por los procesos responsables; responsables, fechas de cumplimiento, evidencias de implementación, seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno, estado de cierre y verificación de eficacia de las acciones ejecutadas.
5. Plan anual de auditoría 2025, junto con el soporte de aprobación debidamente firmado.
6. Evidencias de las campañas, actividades o estrategias de autocontrol realizadas durante la vigencia 2025.
7. Informes de Evaluación independiente del Sistema de Control Interno correspondientes a las vigencias 2024 y 2025.
8. Informes de seguimiento efectuados por la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2025 que hayan dado lugar a recomendaciones, acciones correctivas o planes de mejoramiento, incluyendo, cuando aplique, informes de austeridad del gasto, caja menor y seguimientos realizados en la plataforma SIA Observa.
9. Cronograma de informes de Ley a realizar para la vigencia 2025.

GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
(Del 04 de agosto al 11 de agosto)

1. Plan anual de compras vigencia 2025 y 2026.
2. Relación de bienes a dar de baja 2025 - 2026.
3. Cronograma de mantenimientos a cargo y sus seguimientos, (Activos fijos, infraestructura y vehículos) vigencia 2025 - 2026.
4. Programa de seguros propios y programa de seguros deudores.
5. Informe de seguimiento a la auditoria de la Secretaria de Hábitat de Bogotá.

6. Informe de estado de siniestros presentados en la vigencia 2025 y 2026, (Si se presentaron).
7. Informe del estado actual del inventario reflejado en Novasoft.
8. Soportes de ejecución de actividades ambientales durante la vigencia 2025, tales como campañas de ahorro de agua y energía, manejo de residuos, uso eficiente de papel, separación en la fuente, reciclaje, disposición de residuos especiales o peligrosos y capacitaciones ambientales.
9. Registros de medición y seguimiento a consumos de agua, energía, papel, combustible u otros recursos asociados a la gestión ambiental institucional.

4. ASPECTOS FAVORABLES

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

1. Se evidenció una adecuada disposición por parte del proceso de Gestión del Talento Humano para atender los requerimientos del equipo auditor, facilitando el acceso a la información y demostrando interés durante el desarrollo de la auditoría.
2. En materia de gestión del talento humano, se Observó cumplimiento en los procesos de vinculación del personal, evidenciándose la verificación de requisitos, soportes documentales y desarrollo de actividades de inducción, lo cual contribuye al adecuado ingreso de los funcionarios a la entidad en cuanto a la vigencia 2025, lo concerniente al 2026 no se verificó teniendo en cuenta la ley de garantías.
3. Se destaca la existencia de procedimientos documentados para la gestión del talento humano, así como la definición de lineamientos para actividades como administración de hojas de vida, expedición de certificaciones y provisión de empleos, lo cual aporta a la estandarización del proceso.
4. Asimismo, se evidenció la formulación y ejecución de planes de capacitación y bienestar dirigidos a los funcionarios, con actividades orientadas al fortalecimiento de competencias y al mejoramiento de las condiciones laborales, incluyendo estrategias orientadas a fomentar la participación de los funcionarios.
5. En temas relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo, se evidenció una adecuada identificación de peligros y riesgos, contando con una matriz actualizada y construida con participación del COPASST y la ARL. Igualmente, se evidenció la realización de inspecciones a puestos de trabajo y el seguimiento a condiciones de salud de los funcionarios, lo que refleja acciones orientadas a la prevención de riesgos laborales.
6. De igual manera, se evidenció que el proceso cuenta con la identificación y seguimiento de indicadores de gestión y riesgos asociados, lo cual fortalece el control, monitoreo y toma de decisiones orientadas al mejoramiento continuo del proceso.

GESTIÓN CRÉDITO Y CARTERA

1. 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 uso de aplicativos: Novasoft y Excel permiten trazabilidad parcial (reportes 217, 225B, 229, T102B).
2. 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 y el Dr. Julio Cesar Triana León, se evidencia que tienen conocimiento de los diferentes procesos y procedimientos.
3. 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.

GESTIÓN BIENESTAR

1. Se evidenció una adecuada disposición por parte del proceso de Bienestar para atender los requerimientos del grupo auditor, facilitando el acceso a la información y demostrando interés durante el desarrollo de la auditoría.
2. Se destaca que el proceso cuenta con procedimientos documentados y actualizados para el desarrollo de las actividades asociadas al Bienestar de afiliados y subsidios educativos, lo cual contribuye a la estandarización y organización de las actividades desarrolladas por el área.
3. Asimismo, se evidenció que el Programa de Bienestar es actualizado anualmente y se encuentra articulado con el Plan de Desarrollo Departamental y el Plan Estratégico Institucional, contemplando actividades orientadas al bienestar, recreación, cultura, incentivos y capacitación de los afiliados.
4. Se resalta la ejecución de diferentes actividades de formación y capacitación, incluyendo diplomados, cursos y capacitaciones virtuales, orientadas al fortalecimiento de competencias y al mejoramiento de la participación de los afiliados en las actividades promovidas por la entidad.
5. Igualmente, se evidenció la ampliación de alianzas estratégicas y mecanismos de divulgación a través de la página web, correos electrónicos y redes sociales, permitiendo ampliar el acceso de los afiliados a los beneficios ofrecidos por la entidad.
6. Se Observó la existencia de controles y requisitos definidos para el otorgamiento de subsidios educativos, así como la realización de procesos de validación documental y revisión de postulaciones mediante formatos establecidos para tal fin.
7. Se resalta el interés del proceso por fortalecer los mecanismos de acceso, divulgación y participación de los afiliados en las diferentes actividades y beneficios ofrecidos por la entidad.

GESTIÓN JURÍDICA

1. Se evidenció una adecuada disposición por parte del proceso de Gestión Jurídica para atender los requerimientos del equipo auditor, facilitando el acceso a la información y demostrando interés durante el desarrollo de la auditoría.
2. Compromiso y disposición del equipo de trabajo para ejecutar las actividades y aportar al cumplimiento de los objetivos institucionales.
3. Responsabilidad del grupo de colaboradores en la ejecución de las actividades diarias a desarrollar en el proceso. Buena actitud frente al desarrollo de esta.

GESTIÓN ATENCIÓN AL CLIENTE

1. Se evidenció una adecuada disposición por parte de la Oficina de Prensa y Atención al Cliente para atender los requerimientos del grupo auditor, facilitando el acceso a la información solicitada y demostrando interés durante el desarrollo de la auditoría.
2. Se destaca que el proceso cuenta con procedimientos documentados para la gestión de PQRSDF y afiliaciones, resaltando que el procedimiento de PQRSDF fue actualizado en diciembre de 2025 y que el procedimiento de afiliaciones se encuentra en proceso de actualización, lo cual contribuye a la estandarización de las actividades desarrolladas por el área.
3. Asimismo, se evidenció que el proceso dispone de diferentes canales de atención al ciudadano y afiliado, tales como WhatsApp, línea telefónica, página web, correo electrónico y atención presencial, lo que facilita la recepción y gestión de solicitudes, quejas, reclamos y demás requerimientos presentados ante la entidad.
4. Se resalta que, en la muestra revisada, se evidenció trazabilidad en la atención de algunas solicitudes recibidas a través de los canales institucionales, identificándose respuestas oportunas y direccionamiento de los requerimientos a las áreas competentes cuando correspondía. Igualmente, se evidenció que el proceso cuenta con bases de datos y registros para el seguimiento de PQRSDF, tutelas y afiliaciones, lo cual permite llevar control sobre el volumen de solicitudes recibidas y su gestión.
5. Se destaca la realización de acciones de mejora orientadas al fortalecimiento del proceso, entre ellas la actualización de formatos de afiliación, la socialización de documentos actualizados y la implementación prevista de herramientas para mejorar la gestión documental y el seguimiento de PQRSDF.
6. En relación con el componente de prensa, se evidenció la existencia de un Plan de Comunicaciones anual, un cronograma de actividades y seguimiento trimestral, Asimismo, se resalta que el proceso se encuentra en la elaboración de procedimientos asociados al área de prensa, lo cual contribuye a fortalecer la estandarización, planeación y control de las actividades comunicacionales de la entidad. Finalmente, se resalta que el proceso cuenta con indicadores asociados al Plan de Comunicaciones, afiliaciones y PQRSDF, así como con riesgos identificados relacionados con la gestión de PQRSDF, afiliaciones y satisfacción del usuario, lo cual aporta elementos para el seguimiento y mejora continua del proceso.

GESTIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1. Se resalta la disposición, atención y colaboración del líder del proceso auditado y de su equipo de trabajo, factores que contribuyeron de manera significativa al adecuado desarrollo de la auditoría y a la oportuna atención brindada al equipo auditor.
2. Se evidenció un sólido nivel de conocimiento técnico respecto a la Norma Técnica y a los modelos aplicables, demostrado por el personal que participó en la auditoría.
3. El proceso de Direccionamiento Estratégico refleja un fortalecimiento del recurso humano, lo cual evidencia el compromiso de la Alta Dirección, en cabeza de la Gerente General, con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la NTC ISO 9001:2015, y el impulso de las actividades estratégicas que demanda el área de Planeación de la Entidad.
4. En la revisión de los procesos se resalta la realización de reuniones o mesas de trabajo en el mes de julio de 2025, orientada al análisis de la matriz DOFA. Este espacio permitió integrar diferentes perspectivas, fortalecer la identificación de factores internos y externos, y consolidar insumos estratégicos para la gestión institucional.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. Control documental: Se recibe documentación con acta de transferencia, se lleva control en Excel con consecutivo por paquete y transferencia, y se implementó el sistema de "cero papel" con las actas de transferencia con respaldo en servidor propio.
2. Mejoras en procesos: La experiencia del área ha permitido optimizar la revisión de documentos, asegurando que estén completos y bien diligenciados.
3. Capacitaciones: Se capacita a funcionarios de manera virtual y presencial para transferencias y sensibilización sobre la actividad.
Implementación de nuevo sistema: El SGDA para correspondencia ya está activo, con capacitaciones a gestores documentales.

GESTIÓN FINANCIERA

1. Se evidencia el conocimiento y la apropiación de la política y los objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) por parte del auditado. En consecuencia, se recomienda fortalecer la difusión y asegurarse de que este nivel de comprensión se refleje en todas las personas vinculadas al proceso, promoviendo así una cultura organizacional alineada con los principios del SGC.
2. Se evidencia dominio de los procedimientos, documentos y caracterización del proceso. El auditado reconoce el objetivo del área y su papel estratégico en la interpretación de las cifras, así como en la generación de recomendaciones fundamentadas para el correcto desempeño de la Gestión.

GESTIÓN CONTRACTUAL

1. Se evidenció una adecuada disposición por parte del equipo de trabajo del proceso de Gestión Contractual para atender los requerimientos del equipo auditor, facilitando el acceso a la información y demostrando interés durante el desarrollo de la auditoría.
2. Compromiso y disposición del equipo de trabajo para ejecutar las actividades y aportar al cumplimiento de los objetivos institucionales.
3. Responsabilidad del grupo de colaboradores en la ejecución de las actividades diarias a desarrollar en el proceso.
4. Buena actitud frente al desarrollo de esta.
5. Disposición del personal en la facilitación de las carpetas contractuales requeridas para el desarrollo oportuno de la Auditoria.

GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

1. Durante el desarrollo de la auditoría, el proceso de Gestión del Mejoramiento atendió los requerimientos del grupo auditor y facilitó el acceso a la información solicitada.
2. El proceso cuenta con documentos y registros relacionados con la planeación y ejecución de auditorías internas, el seguimiento a planes de mejoramiento, la evaluación independiente del Sistema de Control Interno, las campañas de autocontrol y la presentación de informes de ley.
3. Finalmente, se evidenció disposición para identificar y atender oportunidades de actualización y fortalecimiento de la documentación, los procedimientos y la organización de los soportes del proceso.

GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

1. Se evidencia el conocimiento y la apropiación de la política y los objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) por parte del auditado. En consecuencia, se recomienda fortalecer la difusión y asegurarse de que este nivel de comprensión se refleje en todas las personas vinculadas al proceso, promoviendo así una cultura organizacional alineada con los principios del SGC.
2. Se evidenció la disposición y el compromiso del personal del proceso de Gestión de Recursos Físicos durante el desarrollo de la auditoría, facilitando el acceso a la información requerida y atendiendo oportunamente las solicitudes formuladas por el equipo auditor.

5. ASPECTOS POR MEJORAR

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

1. Se recomienda al proceso que en el ciclo PHVA, sea tenido en cuenta el Plan Estratégico Institucional de la CSC, su alineación frente a las metas allí establecidas, su ejecución y posterior seguimiento para su cumplimiento.
2. Se recomienda actualizar los formatos y procedimientos del proceso con el fin de guardar coherencia entre la operación actual y los formatos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad.
3 Se sugiere fortalecer la revisión de las historias laborales, asegurando que cuenten con todos los soportes requeridos en la lista de chequeo, clasificación del mismo expediente evitando la duplicidad de la información. Se recomienda realizar seguimiento a los hallazgos de auditorías anteriores, con el fin de asegurar su cierre y evitar su recurrencia. Adicionalmente, se solicita el acompañamiento por parte del proceso de Gestión de la información, para determinar su orden y estructura.
4. Se sugiere fortalecer el control en el proceso de retiro de funcionarios, mediante el uso adecuado de listas de chequeo que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecidos.
5. Se recomienda implementar actividades que permitan medir la eficacia de las capacitaciones, con el fin de evaluar su impacto y tomar acciones de mejora cuando sea necesario. Así como utilizar listas de asistencia aprobadas en el SGC.
6. Se sugiere fortalecer el proceso de inducción, mediante la actualización del formato y establecer tiempos para el desarrollo.
7. En el componente de Seguridad y Salud en el Trabajo, se recomienda fortalecer el seguimiento a los riesgos identificados y la evaluación de la eficacia de las capacitaciones realizadas.
8. Se recomienda al Grupo de Talento Humano establecer alertas y recordatorios automáticos para los servidores públicos sobre las fechas límite en la presentación de la declaración de bienes y rentas, con el fin de mitigar la extemporaneidad garantizando el cumplimiento Normativo.

9. Se recomienda implementar controles más estrictos y mecanismos automáticos de actualización en tiempo real entre las áreas de Talento Humano y la Oficina Asesora de Contratación, y el SIGEP II, para garantizar la congruencia y veracidad de la información de servidores públicos y contratistas. Que los funcionarios encargados de la actualización de los datos en el SIGEP II reciban capacitaciones periódicas sobre la importancia de la precisión, completitud y oportunidad de la información. Además, debe haber una mayor coordinación entre las áreas internas de la CSC para evitar inconsistencias. (Observación para los procesos transversales).
10. En seguimiento y evaluación Auditoría Interna, se evidenció la duplicidad en algunos documentos de los expedientes laborales como fue el caso de la Hoja de Vida de la funcionaria Graciela Hernández. Lo anterior, refleja una oportunidad de mejora en el control de la información solicitada y que debe ser custodiada NTC-ISO 9001:2015 numeral 7.5.3 Control de la Información Documentada; MIPG numeral 5.2.2 Política de Gestión Documental y el componente de Información Documental.
11.En el proceso de seguimiento y evaluación Auditoria Interna, se evidenció que en algunos formatos adoptados por el SGC, carecen de la completitud de información en su registro, como fue el caso de las encuestas formatos de inducción y de informática. Lo que presenta una oportunidad de mejora para su revisión y establecer los puntos de control que se crean pertinentes para mitigar dichas situaciones.

12. Proceso transversal (Dir. Estratégico - Gest. Información): Se constató que el proceso de gestión documental no cuenta con un profesional en archivo que incumple los lineamientos de la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos) y la Norma ISO 9001:2015, numeral 7.2, que exige personal competente para garantizar la adecuada administración de la información; y Resolución 0629 del 2018.

GESTIÓN CRÉDITO Y CARTERA

1. Se recomienda al proceso que en el ciclo PHVA, sea tenido en cuenta el Plan Estratégico Institucional de la CSC, su alineación frente a las metas allí establecidas, su ejecución y posterior seguimiento para su cumplimiento.

2. 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.

3. Dentro de los procedimientos se hace necesario la incorporación de flujogramas con fechas especificas desde el momento de la solicitud del crédito, hasta su desembolso o en su defecto al desistimiento del mismo.

4. Realizar un seguimiento mas riguroso a la base de datos de cada unos de los contratistas, cumplimiento específico a las obligaciones contractuales referentes a la etapa de los procesos a cargo de cartera (preventivo-persuasivo-prejurídico).

5. De acuerdo con el ítem anterior, se recomienda estandarizar una herramienta estableciendo puntos de control más efectivos para el seguimiento y cumplimiento de las obligaciones contractuales y/o funcionales para la gestión y recaudo de cartera.

6. Establecer mecanismos de control para la asignación y delegación de los procesos a cargo del área de cartera.

7. Se recomienda que la Unidad de Cartera y Ahorros implemente el procedimiento para el seguimiento de acuerdos de pago y adicional que se incluya:
- Registro sistemático en Novasoft o base de datos oficial.
- Responsables definidos (quién elabora, quién aprueba, quién realiza el seguimiento y supervisa).
- Reportes periódicos al área jurídica.
- Indicadores de cumplimiento para medir efectividad y tomar nuevas acciones preventivas antes de escalar nuevamente a jurídica.

8. Se sugiere implementar herramientas y/o mecanismos para el envío masivo de correos o información mensual, periódica, para estar al día con las notificaciones de los procesos a cargo (Preventivo, Persuasivo y Prejurídico) como punto de control que permitan minimizar los riesgos financieros y daño antijurídico.

9. Se recomienda al proceso incluir dentro de sus procedimientos de cartera, la actualización del correo creado para el seguimiento de los pagos. (Transversal: Cartera - Tesorería).

10. Se evidenció que varios formatos institucionales continúan utilizando logos antiguos generados por el sistema Novasoft, lo cual afecta la uniformidad de la imagen corporativa y contraviene los lineamientos de identidad visual establecidos. Esta situación genera riesgo de confusión en la documentación oficial, además de estar en desacuerdo con la política que exige soportes digitales actualizados y estandarizados, y constituye incumplimiento en la Norma ISO 9001:2015 (numeral 7.5.3) sobre control y actualización de la información documentada, así como los lineamientos del MECI/MIPG que obligan a mantener integridad y coherencia en los registros institucionales.

11. No existe un archivo único que permita verificar la trazabilidad completa de las solicitudes de crédito, específicamente con lo relacionado con la fecha de solicitud. Esta ausencia de control limita la capacidad de seguimiento y dificulta la validación de cumplimiento frente a los plazos establecidos en los procedimientos institucionales. En auditoría, se evidenció solicitud del 25 de abril del 2025 (archivo físico) con radicación del 28 de mayo 2025 (informe 216 Novasoft), presentando 33 días en radicación del crédito. El área de cartera menciona que la solicitud formal de crédito inicia únicamente a partir de su radicación y que la etapa previa de recolección y alistamiento documental corresponde exclusivamente al solicitante y por tanto, no constituye una solicitud formal de crédito dentro del proceso institucional, lo cual no es procedente debido a que el Reporte 216 solo refleja créditos radicados, más no la etapa previa de recepción documental, lo que deja un vacío en la trazabilidad institucional.
En cuanto a la gestión de trazabilidad, en la Norma ISO 9001:2015, numeral 6.1 (Acciones para abordar riesgos y oportunidades), obliga a identificar riesgos que puedan afectar el cumplimiento. La ausencia de archivo único limita la capacidad de seguimiento y constituye un riesgo operativo.

12. En el procedimiento de otorgamiento de créditos no hipotecarios, punto 10, se estableció la verificación y actualización de los datos generales del afiliado en el maestro de afiliados del sistema (dirección, teléfono, correo electrónico, forma de pago, entre otros), y el omitir este paso genera que en la gestión de cobro de cartera no se tenga la información actualizada para seguimiento, lo que afecta y limita la efectividad de las gestiones de cobro. Se incumple numeral de ISO 9001:2015 8.5.1 (Control de la producción y de la provisión del servicio).

13. Se evidenció que el sistema Novasoft no cuenta con un espacio específico para registrar y verificar la información de codeudores. Esta limitación genera riesgo de incumplimiento en los controles establecidos.

14. En la revisión del formato de Lista de Verificación Créditos, se evidenció que no incluyen campos que identifiquen claramente al responsable de su elaboración ni al funcionario que aprueba la información. La ausencia de quien aprueba limita la trazabilidad y la validez del control documental, generando riesgo de falta de responsabilidad individual y de debilidad en la cadena de aprobación.

15. En la auditoría de créditos, se evidenció duplicidad documental en los expedientes, reflejando una debilidad en el manejo del archivo físico. Asimismo, en el procedimiento de otorgamiento de créditos se exige la presentación de dos (2) fotocopias de la cédula de ciudadanía, disposición redundante que incrementa la duplicidad documental y va en contra vía a la Ley anti trámites y de transparencia, por lo que se recomienda ajustar el procedimiento y depurar los expedientes para garantizar integridad y confiabilidad en la gestión crediticia. Adicional se solicita el acompañamiento del proceso de Gestión Documental.

16. En la revisión del crédito No. 2-2500474 se evidenció inconsistencia documental: el expediente contiene desprendibles de nómina correspondientes a febrero, marzo y mayo de 2025, pero el crédito fue desembolsado en junio de 2025 sin contar con el desprendible de abril. Esta ausencia afecta la trazabilidad y validación de la capacidad de pago del afiliado en el periodo inmediatamente anterior al desembolso, generando un riesgo de incumplimiento en los controles establecidos para la aprobación de créditos. (Debilidades en la clasificación y solicitud de información).
17. En la auditoría del crédito No. 2-2500759, identificado con cédula 1014194157, se evidenció que la capacidad de pago verificada fue de $337.700,000, sin embargo, el crédito fue aprobado por un valor superior a dicha capacidad $340,000,000. Si bien el desembolso se efectúo por el valor de la capacidad real, es decir los $337.700.000, esta situación constituye una inconsistencia en la aplicación de los controles de riesgo crediticio, al no respetar los límites establecidos en el procedimiento de otorgamiento de créditos, lo que incrementa la exposición de la entidad a incumplimientos futuros.

GESTIÓN BIENESTAR

1. Se recomienda al proceso que en el ciclo PHVA, sea tenido en cuenta el Plan Estratégico Institucional de la CSC, su alineación frente a las metas allí establecidas, su ejecución y posterior seguimiento para su cumplimiento.
2.Se identifican oportunidades de mejora relacionadas con el seguimiento y control de la ejecución del Plan de Bienestar, especialmente en la trazabilidad de las actividades desarrolladas, los beneficios entregados y la conservación de los soportes asociados a dichas actividades. Asimismo, se evidencian aspectos por fortalecer en el seguimiento general a las capacitaciones desarrolladas, incluyendo mecanismos que permitan medir la participación, finalización e impacto de las actividades realizadas.
3. De igual manera, se observan oportunidades de mejora en la actualización y depuración de las bases de datos utilizadas para la divulgación de información a los afiliados, con el fin de fortalecer la comunicación y trazabilidad de las actividades desarrolladas por el proceso.
4. Se recomienda fortalecer la armonización y comunicación entre el líder del proceso y colaboradores del proceso, asegurando coherencia entre la información manejada, los procedimientos establecidos, los formatos utilizados, las actividades ejecutadas, así como metas y objetivos trazados en el proceso.
5. Asimismo, se evidencian oportunidades de mejora relacionadas con el fortalecimiento del apoyo operativo y administrativo requerido para el adecuado desarrollo y seguimiento de las actividades del proceso. Igualmente, se recomienda mejorar la documentación y seguimiento de las salidas no conformes identificadas dentro del área.
6. Finalmente, se evidencian oportunidades de mejora en la medición del impacto y satisfacción de los beneficios otorgados a los afiliados, permitiendo evaluar de manera más efectiva los resultados y el alcance de las actividades desarrolladas dentro del proceso de Bienestar.
7. Se evidenciaron debilidades en el proceso, puesto que carece de controles adecuados sobre actividades en la entrega de incentivos y beneficios ejecutados dentro del Plan de Bienestar, así como el establecimiento de alianzas, toda vez que no se cuenta con información clara, seguimiento suficiente ni soportes completos que permitan garantizar su trazabilidad y control, buscando la articulación entre el área de almacén y el proceso para la entrega de incentivos.
8. Proceso transversal con Dir Estratégico - Ges. Contractual. Hay actividades ejecutadas por contratos de prestación de servicios, en donde si bien no se ejerce la supervisión, si tiene que ver con la realización de alianzas estratégicas a las cuales se les debe de efectuar seguimiento, estableciendo los puntos de control pertinentes, Ejemplo de ello es el contrato de prestación de servicios. (Contrato 25-037, éste presenta deficiencias tanto en el seguimiento como en la delegación del supervisor (Cantidad Obligaciones contractuales sin ejecutar en varios periodos - Supervisor no corresponde al área donde ejecuta las obligaciones contractuales). Las cifras respecto a al número de afiliados no corresponde con la realidad institucional. De igual forma se denotó debilidades en el cargue de las evidencia reportadas en la ruta de contratación, como fue el caso del pago 2 y 3 pues no corresponden al contratista).
9. Se evidencian oportunidades de mejora en los mecanismos de seguimiento y evaluación de las capacitaciones desarrolladas (Las realizadas internamente por el contratista profesional en el área de Bienestar), especialmente en la medición de participación, finalización e impacto de las actividades ejecutadas.

GESTIÓN JURÍDICA

1. Se recomienda al proceso que en el ciclo PHVA, sea tenido en cuenta el Plan Estratégico Institucional de la CSC, su alineación frente a las metas allí establecidas, su ejecución y posterior seguimiento para su cumplimiento.
No se evidencia, con claridad en la interacción del proceso del ciclo PHVA que los proveedores (fuentes de entrada) y salidas (receptores) los cuales son proveedoras de información primaria no son coherentes con el mapa de procesos adoptado por el Sistema de Gestión de la Calidad. Lo anterior se evidencia en el ciclo PHVA en específico en la salida del Ciclo Verificar y en la entrada del Ciclo Actuar. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015: Capitulo 4. Contexto de la Organización, numeral 4.4 sistema de gestión de la calidad y sus procesos.
2. Se recomienda actualizar los formatos, procedimientos, indicadores, riesgos y caracterización del proceso con el fin de que estén acordes con la operación actual y los formatos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad.
3.Falta de revisión continua de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad del proceso, con el fin de actualizarlos de acuerdo con el MIPG.
4.Falta de conocimiento y socialización de algunos documentos del Sistema de Gestión de Calidad por parte del proceso.
5.Falta de socialización al proceso del seguimiento del plan de implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
6.Se recomienda realizar procesos de inducción a los contratistas cuando inicien su contrato o hacer seguimiento a la realización de los cursos de inducción y reinducción al inicio de su contrato para fortalecer conocimientos y apropiación de los mismos mejorando el desempeño de las funciones.

7.Se recomienda la socialización de la política de riesgos y la ubicación en la página web y la metodología de administración de riesgos; así como la política del Daño Antijurídico.
8. Se sugiere implementar herramientas y/o mecanismos para el envío masivo de correos o información mensual, periódica, para estar al día con las notificaciones de los procesos a cargo (Preventivo, Persuasivo y Prejurídico) como punto de control que permitan minimizar los riesgos financieros y daño antijurídico.
9. Se recomienda actualizar el proceso y la caracterización; el alcance debe contener como inicia, que hace y como termina; el cual se requiere analizar y ajustar el alcance de dicho procedimiento. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015: Capítulo 4 Contexto de la Organización, numeral 4.3. Determinación del alcance.
10. Se sugiere fortalecer la implementación de lineamientos que evidencien la apropiación para el liderazgo y compromiso del cumplimiento de los roles y responsabilidades establecidos en el procedimiento y manual de funciones de la CSC.
No se pudo evidenciar el plan de acción del proceso de jurídica, generando una debilidad en la ubicación del mismo dentro de la ruta del SGC. Se recomienda realizar reuniones y socializar al equipo de trabajo. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 numeral 5.1. Liderazgo y compromiso.

11. Se recomienda tener en cuenta las capacitaciones específicas en defensa jurídica del Estado que ofrece la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado dentro de su plan anual de capacitaciones. De esta forma, mejorarán sus resultados en el subíndice de gestión del conocimiento. De este modo, podrán aprovechar la oferta gratuita de cursos, diplomados y jornadas de capacitación desarrolladas en cada vigencia a través de esta plataforma digital de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado. La actualización jurídica y técnica de los actores que intervienen en la defensa jurídica del Estado y en particular, de los grupos de apoderados judiciales, es determinante para una defensa jurídica eficaz. Incumple Norma ISO 9001:2015 numeral 7.2 (Competencia) y el numeral 7.1.6 (Conocimientos de la organización).
12. No se pudo evidenciar los procesos en físico ni en digital, no cuentan con tablas de retención para el proceso de archivo y documentos que manejan en el proceso de Jurídica, por lo que se recomienda establecer los puntos de control, con el fin de evitar el Incumplimiento del numeral 7.5. Información documentada.

GESTIÓN ATENCIÓN AL CLIENTE

1. Se recomienda al proceso que en el ciclo PHVA, sea tenido en cuenta el Plan Estratégico Institucional de la CSC, su alineación frente a las metas allí establecidas, su ejecución y posterior seguimiento para su cumplimiento.
2. Se evidencian oportunidades de mejora en la claridad de la información publicada en la página web institucional, especialmente en lo relacionado con los canales para la recepción de PQRSDF, la línea gratuita, la línea anticorrupción y el formato de afiliación, teniendo en cuenta que se identificaron diferencias entre versiones disponibles en distintas secciones del sitio web.
Se recomienda fortalecer la depuración y organización de las bases de datos utilizadas para el seguimiento de PQRSDF, derivadas de correos, línea telefónica y demás canales de atención, con el fin de evitar clasificaciones que no correspondan a los canales definidos.
3. Se Observan oportunidades de mejora en el control y seguimiento del buzón físico de PQRSDF, dado que durante la auditoría se evidenció que no había sido revisado de manera oportuna, encontrándose solicitudes pendientes de gestión, de igual forma se carece de un buzón físico en la Oficina de la Gobernación.
4. Se recomienda fortalecer la continuidad en la atención de los canales institucionales, especialmente en periodos de cierre, transición o novedades administrativas, con el fin de evitar interrupciones en la atención especialmente a través de WhatsApp, línea telefónica y correo electrónico.
5. Se evidencian oportunidades de mejora en el control documental del proceso de afiliaciones, considerando que en la muestra revisada se identificaron casos con formularios incompletos, campos de verificación sin diligenciar o registros clasificados como nuevas afiliaciones cuando correspondían a actualizaciones de información y en algunos casos ausencia de documentos soportes como copia de la cédula de ciudadanía, certificaciones laborales y demás.

6. Se recomienda documentar el paso a paso para la desafiliación de afiliados dentro del procedimiento aplicable, con el fin de contar con lineamientos claros, responsables definidos y trazabilidad de las actuaciones realizadas.
Se Observan oportunidades de mejora en la documentación de las salidas no conformes del proceso, de manera que se cuente con registros que permitan identificar, tratar, hacer seguimiento y cerrar las situaciones que puedan afectar la prestación adecuada del servicio.
7. En el componente de prensa, se recomienda avanzar en la documentación de los procedimientos relacionados con redes sociales, eventos y solicitudes a prensa, así como en la identificación de riesgos asociados.
8. En seguimiento a los informes presentados por el área de atención al cliente, se Observó que en un alto porcentaje (90%-95%) de los requerimientos y solicitudes corresponden a los estados de cartera, razón por la cual se denota una debilidad y un desgaste administrativo en su expedición; por lo que se recomienda establecer las herramientas tecnológicas acordes, para que la entrega de dicha información sea más eficiente en tiempos de respuesta.
9. Se evidenció debilidad en el control y seguimiento del buzón físico de PQRSDF, toda vez que durante la auditoría se identificó que este no había sido revisado desde el último trimestre de 2025 y, al realizar su apertura, se encontraron dos quejas y una sugerencia pendientes de gestión. Esta situación afecta la oportunidad en la atención de las solicitudes presentadas por los ciudadanos y afiliados, así como la trazabilidad y control de las PQRSDF recibidas a través de este canal, incumpliendo Norma ISO 9001:2015 numeral 8.2.1 comunicacion con los clientes y numeral 9.1.3 satisfaccion del cliente.

10. Se evidencian oportunidades de mejora en la visibilidad de la información publicada en la página web institucional, especialmente en lo relacionado con los canales para la recepción de PQRSDF, la línea gratuita, la línea anticorrupción y la información disponible en la sección "Contáctenos".
Se recomienda revisar y ajustar la información publicada, de manera que los ciudadanos y afiliados identifiquen con facilidad los canales oficiales para la radicación de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias.
11. Se evidencian oportunidades de mejora en la continuidad de la atención a través de los canales institucionales, especialmente durante periodos de cierre, transición o novedades administrativas, toda vez que se identificó que en los primeros días de enero de 2026 y finales de diciembre de 2025 se dejó de atender el número de WhatsApp, la línea telefónica y el correo electrónico, quedando únicamente la atención presencial. Se recomienda definir mecanismos que garanticen la continuidad mínima de la atención, tales como mensajes automáticos, avisos institucionales o la definición temporal de un canal único de atención informado previamente a los usuarios.

GESTIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1. Se recomienda al proceso que en el ciclo PHVA, sea tenido en cuenta el Plan Estratégico Institucional de la CSC, su alineación frente a las metas allí establecidas, su ejecución y posterior seguimiento para su cumplimiento.
2. Se recomienda verificar los documentos - procedimientos, antes de ser cargados a la plataforma de ISOLUTION y/o Pagina WEB, garantizando la claridad y trazabilidad de los mismos. Si bien la documentación de entrada y salida no varía, se sugiere verificar y ajustar los logos y demás elementos institucionales dentro de los nuevos periodos constitucionales, asegurando uniformidad y actualización en la imagen corporativa.
3. Modificación de Documentos: Se recomienda implementar mecanismos y herramientas con los procesos que realicen solicitudes de modificación documental, con el fin de evitar que las respuestas se gestionen únicamente por correo electrónico y se persiva sin una solución efectiva.
4. Plan Institucional, Matriz de Riesgos y Plan de Acción: Se sugiere fortalecer la articulación entre el Plan Institucional, la Matriz de Riesgos y el Plan de Acción, garantizando que se establezcan metas claras, específicas y verificables. Asimismo, se recomienda actualizar los planes estratégicos, con el fin de asegurar su alineación con la gestión de riesgos, la planeación financiera y los objetivos de la entidad.
5. Cargue de Información en ISOLUCIÓN: Se sugiere que se informe a las áreas sobre el cargue de la información en la plataforma ISOLUCIÓN, indicando de forma explícita la **ruta de acceso correspondiente, tal como anteriormente se comunicaba mediante los correos asociados a la ruta del SGC**. La implementación de este mecanismo ayudaría a la eficiencia en el cargue de evidencias, asegurando que los responsables cuenten con acceso claro y que la información pueda ser cargada y consultada de forma ágil.

6. En revisión al Contrato de Prestación de Servicios 25-037, éste presenta deficiencias tanto en el seguimiento como en la delegación del supervisor (Cantidad Obligaciones contractuales sin ejecutar en varios periodos - Supervisor no corresponde al área donde ejecuta las obligaciones contractuales). Las cifras respecto a al número de afiliados no corresponde con la realidad institucional. De igual forma se denotó debilidades en el cargue de las evidencia reportadas en la ruta de contratación, como fue el caso del pago 2 y 3 pues no corresponden al contratista.
7. Se Observan oportunidades de mejora en la comunicación y articulación entre el líder del proceso y los colaboradores, evidenciándose diferencias en el manejo y conocimiento de la información asociada a algunas actividades y beneficios ejecutados.
Adicionalmente la presente no conformidad se sustenta en los hallazgos por parte de la Contraloría de Cundinamarca, incumpliendo Norma Norma ISO 9001:2015 numeral 8.4 control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente. y 8.4.2 tipo y alcance del control.
8. En revisión de las actas de la Junta Directiva es pertinente que se adjunten los soportes y evidencias de la información suministrada y consignada en las mismas con el fin de dar transparencia a la fuente de información. (Presupuesto y sus modificaciones, cartera, cuantificación en pesos y en porcentajes; de manera tal que se eviten errores en su comunicación por parte de la alta dirección.

9. Los procedimientos institucionales mantienen la ruta del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en lugar de actualizarse a la plataforma ISOLUCIÓN; igualmente, se constató la ausencia de un mecanismo que impulse a cada área a realizar la actualización anual de sus procedimientos, práctica que permitiría incorporar ajustes derivados de la experiencia de los responsables y aprovechar oportunidades de optimización para fortalecer la eficiencia y la mejora continua. Se evidenció que los procedimientos institucionales mantienen la ruta del SGC en lugar de actualizarse a la plataforma ISOLUCIÓN, igualmente, se constató la ausencia de un mecanismo que impulse la actualización anual de cada área; igualmente, se recomienda verificar los documentos antes de ser cargados a ISOLUCIÓN o a la página web para garantizar claridad y trazabilidad, y ajustar los logos y elementos institucionales conforme a los nuevos periodos constitucionales, asegurando uniformidad y actualización en la imagen corporativa.
10. Se constató que el proceso de gestión documental no cuenta con un profesional en archivo que incumple los lineamientos de la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos) y la Norma ISO 9001:2015, numeral 7.2, que exige personal competente para garantizar la adecuada administración de la información; y Resolución 0629 del 2018.
11. Se evidenció la ausencia de una evaluación integral del impacto de los alivios económicos, ya que no se realiza un análisis comparativo antes y después de su implementación; esta situación limita la capacidad de medir la efectividad de las medidas adoptadas y su aporte a la recuperación de cartera, por lo cual se recomienda establecer una metodología de seguimiento con indicadores cuantitativos y verificables que permitan evidenciar los resultados alcanzados y fortalecer la toma de decisiones financieras.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. Se recomienda al proceso que en el ciclo PHVA, sea tenido en cuenta el Plan Estratégico Institucional de la CSC, su alineación frente a las metas allí establecidas, su ejecución y posterior seguimiento para su cumplimiento.
2. Actualizar perfiles de contratistas para asegurar que cumplan con las competencias requeridas.
3. Incluir en matriz de riesgos la ausencia de personal especializado.

GESTIÓN FINANCIERA

1. Se recomienda al proceso que en el ciclo PHVA, sea tenido en cuenta el Plan Estratégico Institucional de la CSC, su alineación frente a las metas allí establecidas, su ejecución y posterior seguimiento para su cumplimiento.
2. Publicar de manera oportuna cada uno de los informes financieros en la pagina web, en cumplimiento con la Ley 1712 de 2014 y Resolución 1519 de 2020.
3. Se evidencian cuentas correspondientes al año 2025 que aún no han sido canceladas, situación en la que se sugiere acciones de depuración y cierre oportuno.
4. En el proceso de Gestión Financiera se evidenció que la depuración de cuentas se debe realizar por Comité de saneamiento contable y no se encontraron actas que respalden dichas decisiones.
5. Se recomienda implementar mecanismos que permitan dejar registro claro y verificable de las interfaces, asegurando transparencia, seguimiento y confiabilidad en la gestión financiera.
6. Se recomienda al proceso incluir dentro de sus procedimientos de cartera, la actualización del correo creado para el seguimiento de los pagos. (Transversal: Cartera - Tesorería).
7. Se recomienda hacer seguimiento a los informes y reportes que por ley deben estar publicados en concordancia con la normatividad vigente; como es el caso de la actualización del Plan Financiero de la Entidad, no obstante, tras las reiteradas solicitudes informales por parte de la OCI no se han tenido encuenta.

8. Se evidenció que en diferentes actividades del proceso de Gestión Financiera se utilizan formatos desactualizados, formatos no establecidos en el sistema de gestión de calidad o versiones distintas para un mismo trámite. Entre los casos identificados se encuentran el uso de formatos desactualizados liquidación de estampillas e impuestos, formatos tipo "Minerva" para caja menor pese a existir formatos institucionales y utilización de formatos recurrentes que no se encuentran establecidos el sistema de géstión de calidad. Lo cual afecta la estandarización documental del proceso, dificulta la trazabilidad de las actuaciones realizadas y genera riesgo de inconsistencias en la gestión de Calidad.
Algunos procedimientos del proceso de Gestión Financiera no reflejan completamente las actividades y controles que actualmente se ejecutan. En particular, se identificaron puntos de control establecidos que no se están aplicando, controles ejecutados que no se encuentran documentados en el proceso y procedimientos que requieren actualización por uso de formatos antiguos, logos desactualizados o actividades no formalizadas.
9. Se Observa, que la Unidad de Contabilidad y Presupuesto debe documentar y actualizar los riegos del proceso para dar cumplimiento a los requisitos para el Sistema de Gestión de la Calidad y Resolución 347 de 2025 emitida por la Contaduría General de la Nación: ajuste de sistemas de información y políticas de control interno contable.
Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015: Capitulo 6 Planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades.

GESTIÓN CONTRACTUAL

1. Se recomienda al proceso que en el ciclo PHVA, sea tenido en cuenta el Plan Estratégico Institucional de la CSC, su alineación frente a las metas allí establecidas, su ejecución y posterior seguimiento para su cumplimiento.
1. Se han detectado deficiencias en las actividades de los supervisores, se recomienda reforzar la función de supervisión con el propósito de asegurar un seguimiento adecuado de la ejecución técnica, económica y jurídica de los contratos con terceros, así como de los convenios y contratos interadministrativos celebrados por la entidad. Esto se hace con el fin de garantizar el cumplimiento de los principios contractuales de publicidad, debido proceso, responsabilidad, legalidad y transparencia.
2. Cuando se preparen los Estudios Previos correspondientes, estos deben ser coherentes, explícitos, racionales y comprensivos, incluyendo todos los detalles necesarios para respaldar y fundamentar el contrato que se desea suscribir, con el propósito de evitar ambigüedades y discrepancias, y demostrar su transparencia.
3. Comprobar que las prórrogas y adiciones realizadas durante la ejecución del contrato estén respaldadas por razones debidamente fundamentadas y cuenten con la aprobación de las partes involucradas. Estas acciones deben estar en conformidad con los principios de legalidad, planificación y responsabilidad, asegurando una "seguridad jurídica".
4.Se recomienda eliminar la duplicidad de requisitos en los procedimientos planeación de la contratación y de ejecución y cierre de expedientes, se puede unificarlos y armonizar en cada uno de los procedimientos de la contratación como inicio y final de cada procedimiento.
5. La herramienta en excel para llevar el control de la contratación, se sugiere su verificación en cada celda y columna, con el fin que su registro se elabore sin dejar campos sin diligenciar y que no permitan discrepancias y errores al lector. Situaciones dadas a conocer en

6. La herramienta en Excel para llevar el control de la contratación, se sugiere su verificación en cada celda y columna, con el fin que su registro se elabore sin dejar campos sin diligenciar y que no permitan discrepancias y errores al lector. Situaciones dadas a conocer en su momento por el equipo auditor (Ajustar en un único formato toda la información que requiere los entes de Control y aquellas instituciones a las cuales se les reporta esta información).
7. Se recomienda implementar controles más estrictos y mecanismos automáticos de actualización en tiempo real entre las áreas de Talento Humano y la Oficina Asesora de Contratación, y el SIGEP II, para garantizar la congruencia y veracidad de la información de servidores públicos y contratistas. Que los funcionarios encargados de la actualización de los datos en el SIGEP II reciban capacitaciones periódicas sobre la importancia de la precisión, completitud y oportunidad de la información. Además, debe haber una mayor coordinación entre las áreas internas de la CSC para evitar inconsistencias. (Observación para los procesos transversales).
8. Se evidenció en la carpeta suministrada por la Oficina Asesora de Contratación, documentos con formatos con logos que no fueron establecidos por el equipo de planeación para la vigencia 2025, el equipo auditor Observa con la OAC que existe duplicidad en los procedimientos, de Contratación Directa, contratación modalidad de Mínima Cuantía, Modalidad Selección Abreviada, Modalidad Licitación Pública, se les recomendó en la auditoria realizar la respectiva actualización.
se incumple el requisito de la Norma ISO 9001:2015: Capítulo 4. Contexto de la Organización, 4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, 7.5. Información documentada.

9. En revisión al Contrato de Prestación de Servicios 25-037, se denotó debilidades en el cargue de las evidencia reportadas en la ruta de contratación, como fue el caso del pago 2 y 3 pues no corresponden al contratista. Adicionalmente, como quiera que es una Oficina Asesora, se recomienda verificar la ejecución de las actividades u obligaciones a cargo de los contratistas y a su vez la delegación de la supervisión. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015: Capitulo 5. Liderazgo, numeral 5.3 roles, responsabilidades y autoridades en la organización. 7.5 Información Documentada, 7.5.3 Control de la información documentada. 8.1 Planificación y control operacional 9.1.2 Evaluación del cumplimiento, 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades.

GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO

1. Se recomienda al proceso que en el ciclo PHVA, sea tenido en cuenta el Plan Estratégico Institucional de la CSC, su alineación frente a las metas allí establecidas, su ejecución y posterior seguimiento para su cumplimiento.
2. Como aspectos por mejorar, se evidenció la necesidad de actualizar la caracterización del proceso de Gestión del Mejoramiento y los procedimientos asociados a Auditorías Internas, Identificación, Formulación y Seguimiento de Acciones Correctivas y de Mejora, y Administración del Riesgo, con el fin de que reflejen de manera integral las actividades, responsabilidades, controles y lineamientos actualmente aplicables.
3. Finalmente, es necesario fortalecer la organización, custodia y disponibilidad de los soportes del proceso, especialmente las actas de los comités, los registros de las auditorías y los documentos de seguimiento (y papeles de trabajo). De igual manera, se recomienda implementar la evaluación del desempeño de los auditores internos y mejorar la objetividad, consistencia y suficiencia de los seguimientos efectuados a la matriz de riesgos.
4. En la revisión de la muestra de hallazgos derivados de auditorías internas y externas, se evidenció que algunas acciones correctivas y/o de mejora formuladas por los procesos responsables no guardan relación directa con la situación identificada ni atienden adecuadamente las causas que dieron origen al hallazgo.
Asimismo, no se evidenció un control efectivo por parte del proceso de Gestión del Mejoramiento para validar la pertinencia, coherencia y suficiencia de las acciones antes de efectuar su seguimiento.

GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

1. Se recomienda al proceso que en el ciclo PHVA, sea tenido en cuenta el Plan Estratégico Institucional de la CSC, su alineación frente a las metas allí establecidas, su ejecución y posterior seguimiento para su cumplimiento.
2. Se recomienda fortalecer la organización administrativa y documental del proceso, con el fin de garantizar un adecuado control de la información, la conservación de los soportes y la disponibilidad oportuna de los documentos requeridos durante la ejecución de las actividades y los ejercicios de seguimiento y auditoría.
3. Fortalecer las actividades de autocontrol al interior del proceso mediante revisiones periódicas de los registros y soportes, con el propósito de identificar oportunamente desviaciones y asegurar el cumplimiento de los procedimientos establecidos.
4. Implementar y mantener buenas prácticas. Fortalecer la organización y el control físico de los elementos almacenados en la bodega, garantizando que su ubicación, identificación y disposición correspondan con los registros de inventario, facilitando su trazabilidad, custodia y consulta.

5. Se identifica la oportunidad de fortalecer y actualizar los formatos y procedimientos CSC-GRF-FR-13 – Control de Mantenimiento de Vehículos y CSC-GRF-FR-05 – administración del parque automotor, formato CSC-RF-FR-10 Inspección preoperativa de vehículos, con el fin de garantizar que la información registrada permita una adecuada trazabilidad de las solicitudes, mantenimientos realizados, responsables, fechas y demás datos necesarios para fortalecer el control sobre el mantenimiento de los vehículos de la entidad. De igual manera el tramite pago de siniestros identificado con el formato CSC-RF-PR-03.

6. Se considera pertinente solicitar y revisar la caracterización de los procesos relacionados con la gestión contractual, con el fin de identificar claramente las actividades, responsabilidades, controles e interacciones que intervienen en las diferentes etapas del proceso contractual y fortalecer su articulación con las demás áreas involucradas.

7, Durante la auditoría se consultó al proceso sobre la existencia de estadísticas o indicadores relacionados con el consumo de elementos de almacén por dependencia, con el fin de identificar las áreas con mayor demanda de bienes y contar con información que facilite el análisis del comportamiento del consumo institucional.
Se evidenció una oportunidad para fortalecer el seguimiento y análisis de esta información mediante la implementación de reportes periódicos que permitan identificar tendencias de consumo por dependencia.

8. Se evidenció que los registros correspondientes a la recepción de material devolutivo presentan debilidades en su administración documental. En la revisión de elementos recibidos en Almacén, únicamente se evidenció un registro correspondiente al mes de marzo de 2026, sin que existiera soporte documental digital organizado y disponible que permitiera verificar la totalidad de las recepciones realizadas durante la vigencia. Así mismo, se identificó la necesidad de actualizar el procedimiento CSC-RF-PR-01 – Administración de Recursos Físicos, con el fin de que refleje las actividades actualmente ejecutadas por el proceso y establezca los controles para la organización, conservación y disponibilidad de la información.

9. Se evidencian debilidades en el control de los formatos de paz y salvo, relacionadas con su diligenciamiento, seguimiento y conservación, lo que puede afectar la trazabilidad y confiabilidad de la información registrada. Si bien la expedición y firma de los paz y salvo constituye un proceso transversal que involucra diferentes áreas de la entidad, resulta de vital importancia fortalecer el control ejercido por Recursos Físicos, teniendo en cuenta que su firma corresponde a la última instancia de validación y permite confirmar que se ha dado cumplimiento a lo estipulado y certificado previamente por las áreas involucradas.

10. Se considera necesario realizar la actualización de los 4 procedimientos los cuales son: administración de recursos físicos, pago de siniestros, renovación de seguros, administración del parque automotor.

6. HALLAZGOS ENCONTRADOS

NC: No conformidad **Obs.: Observación**

N.°	DESCRIPCIÓN	HALLAZGO
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
1	REITERACIÓN NC VIGENCIA 2024. 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. ADICIONALMENTE: En el proceso de seguimiento y evaluación Auditoria Interna 2025, se evidenció que no se encuentran actualizados los procedimientos de proceso, razón por la cual se presenta la NC	**NC**
2	Se evidencian oportunidades de mejora en el cierre integral del procedimiento de Acuerdos de Gestión, toda vez que, aunque el proceso adelantó actividades de seguimiento, recolección de evidencias y gestiones orientadas a la evaluación final, no se logró culminar ni formalizar la evaluación correspondiente a las vigencias 2024 y 2025, conforme a las etapas establecidas en el procedimiento.	**Obs**
3	En el proceso de seguimiento y evaluación Auditoria Interna, se evidenció el uso de documentos y formatos que no se encuentran incorporados en el SGC, Observando una oportunidad de mejoramiento en la verificación documental (registro de asistencia - entrega de beneficios a funcionarios-otros).	**Obs**
4	En el proceso de seguimiento y evaluación Auditoria Interna, se Observó una debilidad frente al análisis posterior y su impacto con lo establecido en el Plan Institucional de Capacitaciones, pues se evidencia el formato CSC-TH-FR-21 EVALUACION DEL IMPACTO DE LA CAPACITACION sin que este sea tabulado; lo que permite una acción de mejora al proceso de Gestión del Talento Humano.	**Obs**
5	Con ocasión al seguimiento especifico de la plataforma SIGEP II se identificaron diferencias significativas entre los datos proporcionados por el Grupo de Talento Humano y los reportados en el SIGEP II. En particular, se Observan servidores activos en la plataforma SIGEP II que no están vinculados oficialmente según la base de datos del Grupo de Talento Humano y viceversa. De igual manera en las vinculaciones y desvinculaciones de servidores públicos, documentación pendiente de cargar de funcionarios; lo anterior presenta una acción de mejora en el Proceso de Gestión del Talento Humano.	**Obs**

GESTIÓN CRÉDITO Y CARTERA		
1	Seguimiento a cartera y acuerdos de pago: -Se evidenció que no existe un mecanismo formal de seguimiento a los acuerdos de pago suscritos por los deudores. Actualmente, la responsabilidad de esta actividad se atribuye al área jurídica; sin embargo, conforme a la naturaleza del proceso, el seguimiento corresponde al área de cartera, dado que la gestión de acuerdos es parte integral del control preventivo y persuasivo de la morosidad. - Se evidenció que no existen medidas claras de cobro ni protocolos definidos para los casos en que los funcionarios cambian de entidad y dejan de cancelar las cuotas de sus créditos. Esta situación genera riesgo de incremento en la morosidad y afecta la recuperación oportuna de la cartera, al no contar con un mecanismo preventivo que asegure la continuidad del recaudo frente a cambios de pagaduría o desvinculación laboral. (Revisión Ley 1527 de 2012). Adicional, se evidenció en la gestión de cobro, que los correos electrónicos presentan errores de redacción y formato, lo cual limita la efectividad del seguimiento a la cartera. Se incumple Norma **ISO 9001:2015 numeral 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.**	NC
2	Se constató el incumplimiento del procedimiento de gestión de cartera, el cual establece la obligación de elaborar y presentar informes semestrales (cortes a 30 de junio y 30 de diciembre) sobre obligaciones en etapa de cobro pre-jurídico para someterlas a castigo ante el Comité de Sostenibilidad Contable. No existen soportes documentales que evidencien la elaboración ni la presentación de dichos informes, lo que afecta la trazabilidad y el cumplimiento Normativo. Se evidenció el incumplimiento del punto 13 en el procedimiento de gestión de cartera, que establece presentar al Comité de Sostenibilidad Contable un informe con las obligaciones en etapa de cobro pre-jurídico (Categoría E) y las gestiones realizadas para someterlas a castigo; adicional, no existen soportes documentales que evidencien la elaboración ni la presentación de dicho informe, lo que afecta la trazabilidad y limita la toma de decisiones del Comité. Incumple Norma **ISO 9001:2015 numeral 8.5.1 - Control de la producción y de la provisión del servicio. numeral 7.5.3 - Control de la información documentada.**	NC
3	REITERACIÓN: 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
4	En la reunión de apertura se mencionó la necesidad de conciliaciones periódicas entre Cartera, Contabilidad, Presupuesto y Tesorería, destacando que actualmente no están formalizadas en los procedimientos, pero resultan fundamentales para garantizar consistencia de la información, por lo que se sugiere la necesidad de establecerlas. (Se deja NC con el objeto de reforzar los planes de mejoramiento del ente de control y establecer los controles pertinentes, con el fin de mitigar los riesgos de la información contable y financiera. Incumple Norma **ISO 9001:2015 Requisito 8.1 - Planificación y control operacional Requisito 4.4.1 - Sistema de gestión de la calidad y sus procesos**	NC
5	Se evidenció que la verificación de los avalúos de bienes para créditos hipotecarios se ha realizado de manera virtual, lo cual no asegura el cumplimiento pleno del procedimiento CSC-CR-PR-04 ni garantiza la confiabilidad de las garantías, pese a que los avalúos externos cumplen con la Normatividad vigente. La Normativa aplicable —Decreto 556 de 2014 y Resolución IGAC 620 de 2008— exige inspección física, aceptando la modalidad remota solo en circunstancias excepcionales como la pandemia. Por lo anterior, el hallazgo se clasifica como Observación y se recomienda implementar los puntos de control para la verificación interna, a fin de complementar el trabajo de las firmas externas y asegurar la veracidad de la información, evitando riesgos de sobrevaloración o subvaloración del predio.	Obs

6	En seguimiento y evaluación de Auditoría Interna se denotó debilidad en el seguimiento riguroso que debe tener el área de Cartera en sus procesos (**Preventivo** Persuasivo y Prejurídico), por lo que se deben implementar controles más estrictos (Incluyendo el ajuste del procedimiento en cuanto a las acciones de seguimiento y conciliación con las pagadurías), con el fin de mantener y/o disminuir el monto total que se tiene, y evitar que el cobro Jurídico aumente en procesos y cuantías.	Obs
7	Se evidenció que los procedimientos institucionales no se encuentran actualizados, y no contienen firma. En particular, el procedimiento 05 (Otorgamiento de Créditos) y el procedimiento de Recaudo de Cartera mantienen versiones con fecha de 2023, lo cual genera riesgo de desalineación frente a la Normatividad vigente y limita la validez de los controles documentales. Adicionalmente, se identificó que los procedimientos requieren ajustes en cuanto a tiempos reales frente a los establecidos y documentos efectivamente utilizados. Se evidenció, en el proceso de Otorgamiento de Créditos No Hipotecarios se menciona el diligenciamiento de la hoja de ruta CSC-CR-FR-12, la cual no se utiliza en la práctica ni se encuentra en la ruta de calidad, lo que refleja inconsistencias entre lo escrito y la operación real. Se incumplen numerales de ISO 9001:2015 (6.1 y 7.5.3) y lineamientos de MECI/MIPG sobre control documental y gestión de riesgos. En réplica se afirma que la trazabilidad se garantiza con el Reporte 216 de Novasoft, pero en el procedimiento CSC-CR-PR-01 (Otorgamiento de Créditos No Hipotecarios) aún se menciona la Hoja de Ruta CSC-CR-FR-12 como parte del trámite y no existe evidencia documental en el procedimiento que respalde la eliminación formal de la hoja de ruta ni la incorporación del Reporte 216 como control oficial. Finalmente, de acuerdo a **Norma ISO 9001:2015 (numeral 7.5.3), la información documentada debe estar controlada y actualizada para asegurar su validez y la falta de actualización constituye incumplimiento Normativo.**	Obs
8	Referente al tema de la cartera con fallecidos, se deben implementar controles efectivos con el fin de evitar la perdida recursos por la aprobación de estos Créditos y mitigar el riesgo de perdida de cartera (Daño Antijurídico) o castigo frente a la responsabilidad con lo establecido con la aseguradora. (Estudios previos contratación seguros), proceso transversal (Subgerencia Admin y Financiera - Jurídica).	Obs.
	GESTIÓN BIENESTAR	
1	Se evidenció que el proceso presenta debilidad para la formulación del Plan de Bienestar (trazabilidad de la información - estudios, reportes - que permita validar la información de las necesidades - Costo/Beneficio), lo cual limita la identificación integral de las necesidades y preferencias reales de los afiliados; situación que debe contemplar los puntos de control pertinentes para mitigar la materialización de riesgos. Planeación de las actividades a ejecutar, Norma **ISO 9001:2015 Clausula 8.2 requisitos para los productos y servicios. clausula 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades.**	Obs

	GESTIÓN JURÍDICA	
1	En observancia con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015: Capitulo 4. Contexto de la Organización, numeral 4.4 sistema de gestión de la calidad y sus procesos. Se evidencia, que la caracterización del Proceso de Apoyo Gestión de la Información Código: CSC-GJ-CR-01, Versión 4, fecha noviembre 05 del 2025, no se identifica las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas requeridas no se pudo evidenciar la interacción con el ciclo PHVA del proceso. El procedimiento tiene un alcance diferente a la caracterización. No se tiene conocimiento del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad disponible en la página web institucional y en el manual del Sistema de Gestión de la Calidad, el cual no fue correctamente ubicado y explicado, generando debilidades en la apropiación y conocimiento del significado del alcance del Sistema de Gestión de Calidad. Se evidencia que el proceso maneja varias bases de datos las cuales pueden presentar un riesgo en la información real de los procesos jurídicos, las cuales no se encuentran codificadas por el equipo de Planeación. En observancia con el Procedimiento código CSC-DE-PR-02 versión 04 de julio 24 de 2023, se evidenció que el Normograma vigente compartido en 2025 no incluye la Ley de Insolvencia No. 2445 de 2025, incumpliendo lo establecido en el ítem 1 - 2 - 5 y subsiguientes. Si bien el procedimiento corresponde a Direccionamiento Estratégico, por competencia, es deber de informar y de mantener actualizada la información de la Normatividad aplicable de la CSC Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la Norma **ISO 9001:2015: Capitulo 4 Contexto de la Organización, numeral 4.2 comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.** Una vez revisadas las respuestas por parte del proceso, esta NC se mantiene, puesto que las acciones ejecutadas fueron posteriores con lo evidenciado dentro del proceso de la auditoría realizado entre el 25 de mayo al 05 de junio 2026.	NC
2	Se evidenció en la auditoría que la presentación y aprobación de la Política de Prevención del Daño Antijurídico por el Comité de Conciliación, tiene fecha del 30 de noviembre de 2020. Por lo anterior, se recomienda actualizar la Política de Prevención del Daño Antijurídico conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la generación de política de prevención del daño antijurídico y el Manual para la elaboración de políticas de prevención del daño antijurídico, expedidos por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (ANDJE), esta política busca reducir la litigiosidad y promover el uso eficiente de los recursos públicos mediante la implementación de acciones preventivas. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la Norma **ISO 9001:2015 5.2. Política 5.1. Liderazgo y compromiso** Se evidenció que el procedimiento no se encuentra articulado con MIPG, no cuentan con una política de defensa jurídica. Esta situación conduce al incumpliendo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015: Capitulo 5. Liderazgo, numeral 5.3 roles, responsabilidades y autoridades en la organización. La política transversal de defensa jurídica del Estado: (i) establece los lineamientos estratégicos y componentes necesarios para una gestión adecuada del Ciclo de Defensa Jurídica del Estado por parte de todas las entidades públicas y (ii) se enmarca en el Sistema de Defensa Jurídica del Estado, cuyo objetivo es fortalecer la defensa jurídica del Estado, mejorar las calidades y condiciones de los abogados defensores del Estado, promover estándares y condiciones para el ejercicio de la función de la defensa jurídica del Estado, propiciar la generación y circulación de buenas prácticas y administrar los recursos promoviendo la disminución del impacto fiscal derivado de la litigiosidad.	NC
3	Se evidenció por parte del equipo auditor, que los controles de los procesos jurídicos que se encuentran en estado de prescripción y desistimiento tácito, generan un alto riesgo de pérdida y/o daño antijurídico (Vigencias fiscales 2024 - 2025 - 2026), como tampoco se encuentra establecido en la matriz de riesgo del proceso; denotando deficiencias en la gestión jurídica y administrativa para estos casos. Norma **ISO 9001:2015 5.2. Política 5.1. Liderazgo y compromiso**	NC

4	Se Observa, que la Oficina Asesora Jurídica debe documentar y actualizar los riegos del proceso para dar cumplimiento a los requisitos para el Sistema de Gestión de la Calidad. Esto sucede en la revisión de la Guía de Administración de Riesgos con la Oficina Asesora de Planeación, el cual tiene por objetivo "Fijar los lineamientos para la adecuada administración de los riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información y fiscal en la CSC, a través de la identificación, análisis, evaluación, monitoreo, revisión y seguimiento de estos, así como aquellos riesgos positivos denominados como oportunidades para ganar más valor en el proceso". Lo anterior se evidencia que en la Guía determina un alcance de 4 tipos de riesgos (gestión, seguridad de la información, corrupción y fiscal) cuentan con 3 riesgos pero no es posible identificar que tipo de riesgo es, no guardando consistencia ni coherencia identificados, analizados y evaluados en la matriz de riesgos. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la Norma **ISO 9001:2015: Capitulo 6 Planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades.**	Obs
5	De acuerdo con el procedimiento y en revisión y seguimiento en la Auditoria Interna Integral, se solicitó las nuevas demandas presentadas para las vigencias 2024-2025-2026 de los procesos que se encuentran en estado pre - jurídico, evidenciando que a la fecha de auditoría no se ha dado inicio a esta actividad. Se evidencia debilidades según lo contemplado en el numeral 2 y subsiguientes del procedimiento código: CSC-GJ-PR-01 en su versión 6 de fecha junio 19 de 2024, Norma **ISO 9001:2015 numeral 8.2 planificación y control operacional y numeral 4.4 sistema de gestión de calidad y sus procesos**	NC
6	Dentro de las bases de datos suministradas por parte del equipo de Gestión Jurídica, estas no cuentan con fecha de corte, no se encuentran cuantificadas, situaciones que generan debilidad en la trazabilidad de la información procesal, su estado en cada uno de los juzgados y sus respectivas actuaciones y gestiones, representando un riesgo inminente en la presentación y seguimiento de la información por lo que se recomienda implementar los controles pertinentes.	Obs
	GESTIÓN ATENCIÓN AL CLIENTE	
1	Se evidencian oportunidades de mejora en el control documental y trazabilidad del proceso de afiliaciones, considerando que en la muestra revisada se identificaron formularios incompletos, campos de verificación sin diligenciar, ausencia de algunos soportes requeridos, trámites clasificados como nuevas afiliaciones cuando correspondían a actualizaciones o reactivaciones, y casos registrados en la base de afiliaciones para los cuales no se evidenció el expediente físico o digital de afiliación ni los documentos soporte correspondientes. Se recomienda fortalecer los controles de revisión, validación, archivo y conservación documental de las afiliaciones, de manera que cada registro cuente con los soportes completos, la correcta clasificación del trámite y la trazabilidad necesaria para verificar la información registrada en las bases de datos o sistemas correspondientes.	Obs
2	Se observan oportunidades de mejora en la actualización y depuración de la **base de datos** de los afiliados; sin embargo y en razón a lo anterior, se recomienda al proceso liderar puntos de control respecto a la transversalidad que requieren estas acciones al interior de cada una de las áreas que conforman la CSC; toda vez que dentro de la entidad y sus procedimientos no existe un responsable específico de ésta actividad.	Obs
	GESTIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	
1	Se evidenció que los indicadores de gestión (Plan Estratégico Institucional) presentan debilidades al encontrarse por debajo de la media esperada, lo que limita la confiabilidad del seguimiento; adicionalmente, la información analizada en los resultados se comparte con la Alta Gerencia de manera extemporánea, retrasando la retroalimentación y la toma de decisiones oportunas, por lo cual se recomienda establecer los puntos de control pertinentes e implementar mecanismos de comunicación inmediata que fortalezcan la gestión estratégica, incumpliendo Norma **ISO 9001:2015 numeral 9.1.3 análisis y evaluación, numeral 9.3 revisión por la dirección. 6.2.1 objetivos de calidad y planificación para lograrlos.** Se evidenció la necesidad de fortalecer la articulación entre el Plan Institucional, la Matriz de Riesgos y el Plan de Acción, garantizando que se establezcan metas claras, específicas y verificables; asimismo, se constató que los planes estratégicos requieren actualización para asegurar su alineación con la gestión de riesgos, la planeación financiera y los objetivos institucionales, lo que permitirá mayor trazabilidad y efectividad en la gestión, debilidad en **Norma ISO 9001:2015 numeral 6.2 objetivos de calidad y planificación para lograrla. y 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades**	NC

2	En Observancia con el Procedimiento código CSC-DE-PR-02 versión 04 de julio 24 de 2023, se evidenció que el Normograma vigente compartido en 2025 no incluye la **Ley de Insolvencia** No. 2445 de 2025, incumpliendo lo establecido en el ítem 1 - 2 - 5 y subsiguientes.	Obs
	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	
1	Deshumidificador dañado: No funciona desde marzo de 2025, lo que afecta la conservación documental: **ISO 9001:2015 numeral 7.1.3 Infraestructura y numeral 7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos.**	NC
2	Falta de indicadores: No existen indicadores implementados para medir la gestión de correspondencia y riesgos del área.	Obs
3	Organización documental: Se evidenció la existencia de archivos antiguos sin organización. De igual forma se evidenció la ausencia del FUID actualizado, hoja de ruta por caja, las Tablas de Retención Documental TRD y Transferencias Documentales, lo cual constituye incumplimiento de la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos), que establece la obligación de garantizar la conservación, integridad y disponibilidad de la información pública e incumpliendo la Norma **ISO 9001:2015 numeral 7.5.3 Control de la Información Documental.** De acuerdo con la respuesta obtenida por el proceso, la observación se refiere única y exclusivamente a tablas de retención documental, evidenciando que no se da respuesta al total de lo conceptuado en el hallazgo; se deja de lado el formato único documental, la hoja de Ruta por cajas, transferencia documentales; razón por la cual se mantiene el mismo.	NC
4	Dentro del proceso auditor se visitó el área del Archivo Central de la CSC, evidenciando debilidad en la marcación e identificación de las cajas, multiplicidad en numeración lo que genera un riesgo en la identificación de las cajas, incumpliendo la Norma **ISO 9001:2015 numeral 7.5.3 Control de la Información Documental.**	NC
	GESTION FINANCIERA	
1	Se identificó que los rendimientos financieros aparecen en conciliación sin ser registrado presentando debilidades frete a las responsabilidades asignadas a Tesorería según procedimiento. Asimismo, se encontraron partidas de cheques vencidos del año 2024 en conciliaciones de diciembre de 2025 y consignaciones del año 2022 previamente identificadas que aún no han sido descargadas. Estas situaciones reflejan deficiencias en el control y gestión de las conciliaciones bancarias, constituyendo una no conformidad que requiere acciones correctivas inmediatas incumpliendo la Norma **ISO 9001:2015 numeral 8.1 Planificación y Control Operacional.**	NC
2	En la revisión de Tesorería se evidencian aspectos que requieren fortalecimiento en la gestión documental y de control. Se recomienda organizar los documentos de las inversiones junto con los oficios correspondientes, dado que en las actas del comité financiero se constata que las decisiones de inversión se toman con base en las propuestas de los bancos, pero no existe memorando de aprobación que respalde dichas decisiones. Asimismo, se sugiere cuantificar el valor potencial de los rendimientos generados y dejar constancia formal de la solicitud de devolución de los gastos bancarios, con el fin de asegurar respaldo documental y mayor transparencia en la gestión financiera, incumpliendo la Norma **ISO 9001:2015 numeral 7.5.3 Control de la Información Documental.**	NC
3	Se evidenció la existencia de 19 cuentas bancarias, frente a las 17 conciliaciones informadas. Por lo anterior, es pertinente que se establezcan los puntos de control que conduzcan a mantener la información saneada y depurada contablemente conforme a la ley. Se deja la observación dado que si bien los CDT y algunas inversiones pueden no presentar movimientos mensuales, es necesario realizar verificaciones periódicas que permitan validar que los saldos contables coincidan con los extractos, certificados o reportes emitidos por las entidades financieras, así como reconocer adecuadamente los rendimientos causados.	Obs.
4	Se evidencia que las conciliaciones bancarias se elaboran con un desfase de hasta dos meses posteriores y no de manera inmediata, situación que afecta la oportunidad y confiabilidad de la información financiera.	Obs.

	GESTIÓN CONTRACTUAL	
1	Se evidencia que no se encuentra actualizada la Resolución del Comité de Contratación ni el manual de contratación desde el año 2013, está oficina recomienda realizar las actualizaciones correspondientes, por lo cual se informa que se incumple el requisito de la Norma ISO 9001:2015: Capitulo 4. Contexto de la Organización, 4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, se Observo que la resolución del comité de contratación se encuentra debidamente desactualizada.	**Obs**
2	Se Observó diferencias entre el reporte de SIA OBSERVA vs. Base de datos Excel 2025, en SIA Observa registra 142 contratos por valor de $16.540.481.208,50 y en el Excel reporta 151 contratos por valor de $15.658.192.707. Se recomienda tener controles con lo reportado en SIA Observa y lo registrado en la base de datos de la entidad. Incumpliendo el numeral 5.1 Liderazgo y compromiso- los líderes de proceso deben lograr identificar los recursos necesarios para la realización de las acciones en los procesos y la gestión que se realiza para dar seguimiento a los mismos.	**Obs**
3	Para la vigencia 2025 en la muestra seleccionada el contrato interadministrativo No. 25-056 del 2025, se evidenciaron debilidades en la planeación, ejecución y liquidación contractual, por lo que se deben establecer los puntos de control acogiendo los principios de la contratación pública. De igual forma se presentaron debilidades en la modalidad de contratación. Este contrato presenta deficiencias, en la entrega de las herramientas tecnológicas las cuales no se han entregado en su totalidad a los beneficiados, denotando nuevamente la falta de planeación y ejecución. Se presenta un riesgo que no se encuentra incorporado dentro de su correspondiente Matriz Institucional y que podría ser materializado de no contar con los puntos de control pertinentes. Esta situación conduce a una debilidad con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015: Capitulo 5. Liderazgo, numeral 5.3 roles, responsabilidades y autoridades en la organización. 7.5 Información Documentada, 7.5.3 Control de la información documentada. 8.1 Planificación y control operacional, 9.1.2 Evaluación del cumplimiento, 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades.	**Obs**
	GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO	
1	Durante la auditoría se evidenció que la caracterización del proceso de Gestión del Mejoramiento y los procedimientos Auditoría Interna e Identificación, Formulación y Seguimiento de Acciones Correctivas y de Mejora no se encuentran actualizados, debido a que no reflejan de manera consistente la operación actual del proceso, las actividades desarrolladas, los responsables, los controles implementados y los lineamientos institucionales vigentes. La desactualización de esta información documentada puede afectar la adecuada ejecución, seguimiento y estandarización del proceso, así como la disponibilidad de información confiable para la operación del Sistema de Gestión de Calidad. Lo anterior evidencia incumplimiento del numeral 7.5.2 "Creación y actualización" de la NTC ISO 9001:2015, el cual establece que la información documentada debe mantenerse actualizada y ser apropiada para su uso. Respecto de la Política de Administración del Riesgo, se recomienda realizar una verificación independiente para determinar si las responsabilidades asignadas a las líneas de defensa se encuentran alineadas con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y con la política institucional vigente.	**Obs**
2	Se evidenció que los formatos de acciones correctivas y de mejora no contienen de manera completa los seguimientos efectuados por la Oficina de Control Interno, ni se demostró la verificación de eficacia de las acciones cerradas. Adicionalmente, la matriz consolidada presenta acciones con fechas de implementación vencidas que continúan en estado abierto, sin que en la información revisada se identifique claramente la gestión realizada frente al incumplimiento de los plazos, la reprogramación o la evaluación de su eficacia. Incumplimiento Norma **ISO 9001:2015 numeral 10.2.1 y 10.2.2 No Conformidad y Acción Correctiva.**	**NC**
3	Se evidenciaron debilidades en la organización y disponibilidad de los soportes correspondientes al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y a las auditorías internas. Durante la verificación no fue localizada el Acta 02 del Comité y se identificaron actas de apertura y cierre de auditoría sin la totalidad de las firmas requeridas. Así como ausencia de informes de auditoria de algunos procesos.	**Obs**

GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS		
1	Durante la revisión de los registros correspondientes al procedimiento de administración de almacén, se evidenció que algunos formatos de salida de bienes y formato de solicitudes, cuentan únicamente con la firma del almacenista, sin registrar la firma de recibido por parte del funcionario o contratista responsable de los elementos entregados. Esta situación impide garantizar la trazabilidad de la entrega de los bienes y la existencia de evidencia objetiva sobre su recepción, constituyendo una debilidad en los mecanismos de control interno para la administración y custodia de los activos de la Entidad, incumpliendo la **Norma ISO 9001:2015 numeral 8.5.1 control de producción y de la provisión del servicio y numeral 7.5.3 control de la información documentada**	NC
2	Durante la auditoría se evidenció que para la gestión de solicitudes de almacén se utilizó el formato Solicitud de Almacén en su Versión 03, pese a que el Sistema de Gestión de Calidad tiene vigente la Versión 05. Adicionalmente a ello, estos formatos presentan enmendaduras en las cantidades, la casilla Observaciones no es utilizada, por lo que genera debilidades en el procedimiento.	Obs.
3	Durante la auditoría, el Jefe de la Oficina de Control Interno señaló como buena práctica la consolidación de toda la documentación y los soportes asociados a cada proceso o actividad en un único expediente físico o digital, facilitando su consulta, trazabilidad y seguimiento. No Obstante, se evidenció que el proceso de Gestión de Recursos Físicos no cuenta con un sistema de organización documental que permita disponer de manera oportuna e integral de la información requerida, incumpliendo la Norma ISO 9001:2015 numeral 7.5. 3 control de la información documentada.	Obs.
4	Se evidenció que la entidad no ha realizado el proceso de baja de bienes desde el año 2019. Si bien se cuenta con un procedimiento establecido para la baja de bienes, se considera necesario que el área responsable actualice dicho procedimiento de acuerdo con las condiciones y necesidades actuales de la entidad y adelante las gestiones correspondientes para identificar y dar de baja los bienes que hayan cumplido su vida útil, de conformidad con los lineamientos y reglamentos aplicables. Lo anterior permitirá mantener actualizados los registros de los bienes y fortalecer el control sobre los activos de la entidad, incumpliendo la Norma ISO 9001:2015 Capítulo 6 enfoque basado en riesgos	NC
5	Se evidenció que no se realizó en el último periodo 2025, una toma física de inventarios, denotando debilidades en el proceso, confrontación en el numero de elementos por ítem, conciliación de unidades existentes en almacén, encontrando como por ejemplo (el inventario presentó libros físicos y no relacionados en el listado de inventarios, entre otros). Adicionalmente se evidencio desorden administrativo en las bodegas, en la identificación de cantidades de algunos elementes existentes, a su vez la ubicación de algunos elementos se encuentran distribuidos en sitios diferentes (Ranas, sombrillas, paraguas), y hay elementos que pueden ser afectados por el medio ambiente por encontrarse sin soporte en el suelo y contra la pared, lo que puede generar humedad. Por otro lado se desconoce el método de inventarios con el que cuenta la CSC generando un riesgo operativo (Desabastecimiento de elementos, incumplimiento en la entrega de los mismos) riesgo financiero (exceso de compras innecesarias que afectan la liquidez, caducidad u Obsolescencia), incumpliendo la Norma ISO 9001:2015 numeral 8.5.1 control de producción y de la provisión del servicio.	NC

7. CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

Se realizó la evaluación integral a todos los procesos de la CSC, verificando el cumplimiento de los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001:2015, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Sistema de Control Interno, bajo los principios de autocontrol y autogestión, identificando aspectos relevantes para el fortalecimiento del proceso y su mejora continua.

Como conclusiones generales, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con el fortalecimiento de los controles internos y la estandarización de procedimientos en las áreas auditadas, adicionalmente la mayoría de los hallazgos corresponden a incumplimientos documentales, debilidades en registros y falta de evidencia objetiva del cumplimiento de algunos procesos.

En las auditorías, se evidenció la necesidad de reforzar el seguimiento a planes de acción para garantizar el cierre oportuno y efectivo de los hallazgos recurrentes ya que algunos procesos presentan buenas prácticas y cumplimiento adecuado de los requisitos establecidos, sin embargo se debe fortalecer la mejora continua.

Los hallazgos identificados no solo requieren acciones correctivas, sino también acciones preventivas orientadas a reducir la recurrencia de las desviaciones detectadas, por lo que se recomienda fortalecer la capacitación y sensibilización del personal en los procedimientos, políticas y controles aplicables.

MARÍA ALEJANDRA BELTRÁN BELTRÁN

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ LOPEZ