

NOMBRE DEL PROCESO: Auditoria de Gestión Proceso Mejoramiento Continuo

INFORME PRELIMINAR: 17/05/2019

INFORME DEFINITIVO: 17/06/2019

1. INTRODUCCIÓN.

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la Ley 87 de 1993, modificada por la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2145 de 1999 y sus modificaciones; los Decretos 019, y 2641 de 2012, el Decreto 943 de 2014, los Decretos 648 y 1499 de 2017, el Decreto 338 de 2019 “Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno y se crea la Red Anticorrupción” y las Circulares Normativas establecidas por la Entidad, el estatuto de Auditoría Interna y la guía de auditoría para entidades públicas emitida por el DAFP en su versión No 3, tiene como función realizar la evaluación independiente y objetiva al Sistema de Control Interno, a los procesos, procedimientos, actividades y actuaciones de la administración, con el fin de determinar la efectividad del Control Interno, el cumplimiento de la gestión institucional y los objetivos de la Entidad, produciendo recomendaciones para asesorar el Representante Legal en busca del mejoramiento continuo y permanente del Sistema de Control Interno.

En cumplimiento al Programa General de Auditorías aprobado en el mes de enero de 2019, por el Comité Asesor de Junta Directiva de Auditoría, la Oficina de Control Interno realizó Auditoría Interna de Gestión al Proceso de Mejoramiento Continuo, de conformidad al Plan de Auditoría dado a conocer con anterioridad al líder del proceso, cuyo propósito principal fue verificar la existencia y efectividad de los controles, la correcta administración de los riesgos y efectuar las recomendaciones necesarias en pro del mejoramiento continuo del proceso, lo cual redundará en el cumplimiento de la Misión y los Objetivos Institucionales.

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Evaluar la efectividad de los controles existentes, el manejo de los riesgos e indicadores, la pertinencia y oportunidad de los procedimientos establecidos en los Manuales, las Circulares Normativas aplicables al proceso de mejoramiento continuo como también el cumplimiento de la política y normatividad legal vigente aplicable a los procesos, generando una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación.

3. ALCANCE

La Oficina de control interno realizó Auditoría Interna de Gestión al Proceso de Mejoramiento Continuo, evaluando la aplicabilidad de los procesos y procedimientos establecidos en los manuales y las circulares internas, políticas y normatividad legal vigente, con corte al 30 de marzo de 2019.

Esta auditoría se llevó a cabo en atención a las normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, con fundamento en normas internacionales de auditoría basadas en riesgos, la guía de auditoría para entidades públicas versión 2, Estatuto de Auditoría Interna, séptima dimensión y tercera línea de defensa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, la auditoría se realizó del 1° abril al 10 de mayo de 2019, sin dedicación exclusiva.

4. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

4.1. EVALUACIÓN DE AUDITORIAS ANTERIORES

4.1.1. Auditorías anteriores: El proceso no registra evidencias de auditorías internas de gestión realizadas en los últimos 5 años.

4.1.2. Auditorías internas de Calidad: Verificada las acciones registradas en el aplicativo ISOLUCION, se evidencia que sobre el proceso se encuentra registrada una acción de mejora que debe ser desarrollada por el área de inmuebles registrada el 18 de junio de 2018 con el número 1216, la cual, aunque registra gestión no carga evidencias de la acción ejecutada y aún se encuentra abierta.

4.1.3. Auditoría de tercera parte realizada por ICONTEC a los sistemas de gestión que se encuentran certificados en CISA: Se verificó en el aplicativo ISOLUCION la gestión realiza a cada una de las solicitudes de acción correctiva registradas en el informe del ente certificador evidenciando que a la fecha no se encuentran cerradas como se describe en el siguiente cuadro:

Núm.	Estado	Descripción	Fecha de Creación	Norma y Numeral	Observación de la Auditoría
1013	Abierta	No se evidenció en el análisis de vulnerabilidad o de riesgos para emergencias la eficacia de controles de protección de la infraestructura de las sedes tales como: Diseño y construcción sismo-resistente, cumplimiento del reglamento de seguridad eléctrica. Evidencia: Plan de Emergencias Dirección General y Sucursal Barranquilla	07-sep-18	NTC OHSAS 18001:2007 - 4.4.7 Preparación y Respuesta ante emergencias.	Sin Gestión

1012	Abierta	Aunque se han realizado estudios de iluminación y se han desarrollado mejoras por mantenimiento, no se evidencia que se haya establecido la frecuencia de los estudios de iluminación en las sedes y los valores límite. Evidencia: Estudios de iluminación del 2015 en Bogotá y Cali	07-sep-18	NTC OHSAS 18001:2007 - 4.5.1 Medición y seguimiento del desempeño	Se registra gestión y se cargan evidencias de su desarrollo tanto en DG como en las 4 sucursales, está pendiente el cierre.
1011	Abierta	El indicador de consumo de papel en las sedes de CISA no permite evidenciar la tendencia de mejoramiento por disminución del consumo o en cuales áreas de la organización hay mayor potencial de disminución. Evidencia: Resultados del indicador de consumo de papel en las sedes de CISA en el 2017 y lo transcurrido del 2018	07-sep-18	NTC ISO 14001:2015 - 9.1.1 Generalidades	Se registra la inclusión de un Formato para registro del uso del papel, no se evidencia su aplicación y seguimiento sobre el mismo.
1010	Abierta	Dentro de las partes interesadas pertinentes en las sedes de Barranquilla, Medellín y Cali, no se determinó a la administración de la copropiedad. Evidencia: Identificación de partes interesadas para la gestión ambiental de CISA	07-sep-18	NTC ISO 14001:2015 - 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	Se realizó la documentación de las partes interesadas como anexo al Manual 12 del SIG, no se han gestionado las otras dos actividades propuestas para atender la acción de mejora

1009	Abierta	El indicador de "Optimización de Costos" relacionado en el proceso de GESTION DE ACTIVOS en inmuebles, establece como meta un porcentaje mínimo del presupuesto de gastos. y en realidad lo que se mide y se pretende lograr es un porcentaje máximo de la ejecución del presupuesto. Evidencia: Resultados del indicador Optimización de Costos en el 2017 y el 2018 registrados en la aplicación informática de Isolución.	07-sep-18	NTC ISO 9001:2015 - 9.1.1 Generalidades	Se realizó el análisis, verificación y ajuste del indicador, el cual fue publicado en el SIG el 17 de octubre de 2018, se cargan las evidencias de gestión, está pendiente el cierre.
1008	Abierta	En las 3 sesiones de revisión por la dirección del 2018, no se ha considerado como entrada de información, la eficacia de las acciones para abordar los riesgos identificados en mayo del 2018 en el proceso de SANEAMIENTO. Evidencia: Documento de matriz de riesgos del proceso de SANEAMIENTO (mayo del 2018)	07-sep-18	NTC ISO 9001:2015 - 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades NTC ISO 9001:2015 - 9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección	Se realizó el cargue de la información por parte del responsable del proceso de Saneamiento, no se han gestionado las acciones correspondientes al líder de Mejoramiento Continuo relacionadas con la inclusión de las acciones en la Revisión por la dirección sin evidencias
1007	Abierta	No se evidenció que las puertas automáticas de la sede Bogotá, cuenten con la certificación anual del 2018, requerida en el Distrito Capital, con la NTC 5926-3 emitida por un organismo de inspección acreditado. Evidencia: Ausencia de la certificación del 2018, para las puertas	07-sep-18	NTC OHSAS 18001:2007 - 4.4.6 Control Operacional. NTC ISO 9001:2015 - 7.1.3 Infraestructura	1. Se realizó la debida gestión por los responsables, sin embargo, no se evidencian los soportes de la gestión realizada. 2. Se deberá establecer una nueva acción debido a lo informado por el

		automáticas de la sede de Bogotá, con la NTC 5926-3			responsable de no poder dar cumplimiento a la originalmente planteada
1006	Abierta	Aunque CISA le dio respuesta las quejas y reclamaciones recibidas en el 2017 y lo transcurrido del 2018, no es factible evidenciar cuales, de estas quejas y reclamaciones, son válidas por ser un incumplimiento del requisito del servicio y cuáles no, y para las quejas o reclamaciones válidas se debió generar una corrección y acción correctiva. Evidencia: Estadísticas de quejas y reclamaciones del 2017 y 2018	07-sep-18	NTC ISO 9001:2015 - 9.1.3 Análisis y evaluación	Se realizó el análisis, verificación y ajuste de la circular, el cual fue publicado en el SIG el 22 de octubre de 2018, se cargan las evidencias de gestión, está pendiente el cierre.

4.2. EVALUACIÓN DE INDICADORES DEL PROCESO.

El proceso de mejoramiento continuo cuenta con tres indicadores de gestión registrados en el aplicativo ISolucion, una vez analizada la información de los indicadores se concluye que solo uno se encuentra asociado a las actividades del proceso y los dos restantes son mediciones para el sistema de gestión ambiental, de la primera se observó que el indicador es de medición trimestral y durante la vigencia 2018 y lo corrido de 2019 presento un cumplimiento entre el 94.5% y el 98.7%, resultado superior al del establecido para el indicador, no obstante a partir del segundo trimestre de 2018, no se registran observaciones relacionadas con la medición que permita ampliar el análisis la misma, así mismo se observó que las ACPM's descritas en el numeral 4.5 del presente informe no son atendidas oportunamente lo que desvirtúa la medición del indicador.

Los indicadores denominados "Generación de Residuos sólidos Inorgánicos" y "Nivel de consumo de resmas de papel" cuya medición trimestral a la fecha de la revisión 15 de mayo de 2019, se encontraban desactualizados por cuanto la última medición fue a diciembre de 2018.



4.3. EVALUACIÓN DE RIESGOS.

El proceso de mejoramiento continuo tiene registrados los siguientes riesgos operativos y de corrupción para la vigencia 2018, los cuales no han presentado reportes de materialización, no obstante de acuerdo con lo identificado en el numeral 4.5 y 4.6 del presente informe, se evidencia debilidad en el seguimiento realizado a las acciones registradas para evaluar el estado del Sistema Integrado de Gestión – SIG, la cual se identifica como una causa de incumplimiento del riesgo operativo el cual se determina “incumplimiento a los requisitos establecidos para el SIG”, identificado en el proceso, por lo cual el equipo auditor recomienda revisar los controles establecidos, donde el seguimiento a las acciones propuestas por los líderes, los auditores y las revisiones por la dirección, se determine como un control que permita la evaluación de la efectividad real el sistema.

Clase	Nombre	Descripción	Controles
Riesgo Operativo	RO-MC-01 Incumplimiento a los requisitos establecidos para el sistema integrado de gestión	Incumplimiento a los requisitos establecidos para el sistema integrado de gestión, que puedan generar multas, sanciones y/o pérdida de las certificaciones internacionales, debido a la gestión del proceso de Mejoramiento Continuo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de los nuevos requisitos aplicables al Sistema Integrado de Gestión y las posibles modificaciones a los ya existentes 2. Definición de indicadores y esquemas de seguimiento por parte de los líderes de proceso. 3. Flujo en el aplicativo ZEUS, para la solicitud de modificación de documentos del SIG

			<ol style="list-style-type: none"> Identificación de los aspectos e impacto ambientales relativos a las actividades, productos y servicios ofrecidos por CISA (Nuevos o ya existentes) Ejecución de las Auditorías Internas del SIG (1) vez al año a todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión
Riesgo de Corrupción	RC-M-01 Recibir y/o pagar bienes o servicios sin el cumplimiento de los requisitos establecidos contractualmente para beneficio propio o de terceros	Certificar el cumplimiento del objeto contractual sin que se dé cumplimiento a las obligaciones y condiciones establecidas buscando beneficio propio o para un tercero.	<ol style="list-style-type: none"> Esquema de autorizaciones para realización de pagos en CISA Informes de supervisión Pólizas y Garantías

4.4. ESTRUCTURA DEL PROCESO:

El proceso de Mejoramiento Continuo en los dos últimos años ha presentado dos cambios de estructura aprobados por la Junta Directiva de CISA con el fin de apoyar la administración a saber:

- Traslado Gerencia de Talento Humano a Gerencia de Planeación aprobada en el acta Junta Directiva número 520 del 24 de febrero de 2017 soportado en la asignación de nuevas funciones a saber:



- b. Traslado Gerencia de Planeación a Vicepresidencia Financiera y Administrativa aprobada mediante acta de Junta Directiva número 549 del 18 de junio de 2018, donde se solicita la modificación de la estructura, con el fin de dar apoyo transversal a los proyectos que se están ejecutando, soportado en la siguiente presentación:

MEJORAMIENTO CONTINUO (proyectos – ubicación en la estructura)

SOLICITUD:

Se solicita al comité de Gobierno se apruebe el traslado de la Jefatura de Mejoramiento Continuo a la Vicepresidencia Financiera y Administrativa (**dependencia directa de la Vicepresidencia**), con el fin de dar apoyo transversal a los proyectos que se están ejecutando.

Proyectos de Optimización de procesos (prioridad 2018)
Implementación y mejora de flujos de trabajo (ZEUS)
Estandarización de operaciones
Participación en estructuración de nuevos negocios
Administración de normatividad interna
Participación en estructuración de nuevos negocios

Mantenimiento del SIG (certificaciones y cumplimientos de ley)
Roles y Responsabilidades

Implementación del MIPG
Apoyo implementación decreto 612
Validación de cambios en aplicativos
Seguimiento indicadores operativos
Planes Sectoriales

Vicepresidente Financiero y Administrativo

Responsable del 60% de los planes derivados del decreto 612, MIPG, austeridad del gasto, plan de mejoramiento archivístico, plan estratégico sectorial de gestión documental, optimización de procesos y representante de la dirección SIG.

Jefe de Mejoramiento Continuo
(actualmente encargada de la Gerencia de Recursos)

Ingeniero de Mejoramiento Continuo (2)
Jaime Andrés Monroy – *encargado de la Jefatura*
Robert Cárdenas

Analista de Procesos (1)
Lina González

NOTA: LA JEFATURA DE MEJORAMIENTO HACE PARTE DE PLANEACIÓN DESDE FEBRERO DE 2017, ANTERIORMENTE ESTABA ASIGNADA A LA GERENCIA DE GESTION HUMANA Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y A LA GERENCIA DE PROCESOS Y TECNOLOGÍA (SE UBICA EN LA ESTRUCTURA DEPENDIENDO DE LAS NECESIDADES DE CISA). ESTA MODIFICACION CORRESPONDE AL TERCER NIVEL, NO NECESITA APROBACION DE JUNTA

- c. La actual estructura del proceso es la siguiente:



Durante el desarrollo de la auditoria se realizó la re-categorización de uno de los “ingenieros de mejoramiento” a la denominación de “Ingeniero de Productividad”, en virtud al desarrollo de actividades relacionadas con diseño, estructuración y medición de planes enfocados a productividad o contingencias especiales.

- d. Caracterización del Proceso de Mejoramiento Continuo:

Revisada la caracterización del proceso de Mejoramiento continuo se observa que en el desarrollo de sus actividades no se tiene contemplada la responsabilidad asignada al área relacionada con el Sistema de Continuidad del Negocio, como herramienta fundamental de la sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión, por lo cual se recomienda por parte del equipo

auditor realizar la actualización del registro toda vez que esta es la base documental para el desarrollo de las evaluaciones (auditorías de calidad) del SIG.

4.5. SEGUIMIENTO DE EJECUCIÓN DE ACCIONES EN ISOLUCIÓN:

El proceso de mejoramiento continuo es el encargado de realizar las verificaciones de las acciones derivadas de las actividades de mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión – SIG que se encuentran registradas en el aplicativo ISOLUCION con el fin de determinar el cumplimiento y efectividad de las mismas, el equipo auditor evidencia que a la fecha de corte en el aplicativo se registran 57 acciones abiertas y 102 vencidas con fechas de creación de vigencias 2014-2015-2016-2017-2018 como se detalla en el siguiente cuadro:

TIPO DE REGISTRO	PROCESO RESPONSABLE	FECHA DE CREACIÓN	ABIERTAS	VENCIDAS	OBSERVACION AI	
Auditoría de Tercera Parte	Proceso de Mejoramiento Continuo	07-sep-18	8		2 Sin Gestión 2 Con gestión sin cierre 3 Con gestión Parcial 1 Gestión sin cierre, falta evidencias	
No Conformidad Real	Proceso Infraestructura Tecnológica	14-dic-18		1	No se ha iniciado la gestión	
	Proceso de Saneamiento	14-ene-19		2	No se ha iniciado gestión en las 2 NC	
	Proceso Administrativo y Suministros	15-nov-18		1	No se ha iniciado la gestión	
	Proceso de SIU		17-dic-18	1		No se ha iniciado la gestión
			12-oct-18	2		No se ha iniciado la gestión en 2 NC
			29-ene-19		3	No se ha iniciado la gestión en las 3 NC
			20-feb-19		2	1. Acción sin evidencia, no es eficaz se tomo como acción particular no general 2. Sin inicio de Gestión
			17-dic-18		1	No se ha iniciado la gestión
			14-nov-18		1	No se ha iniciado la gestión
			12-oct-18		3	No se ha iniciado la gestión en las 3NC
			05-sep-18		2	Acción no es eficaz se tomo como acción particular no general en los dos casos.
			13-jul-18		2	No se ha iniciado la gestión
			10-ago-18		1	Acción con gestión sin evidencias, o es eficaz
	Proceso Gestión de Activos	29-ene-19	1		Con Gestión parcial	
	Proceso Gestion del TH		14-ene-19		1	No se ha iniciado la gestión
		13-sep-18		1	No se ha iniciado la gestión	
		18-may-18		1	Se realiza gestión, no se carga evidencia	
Proceso Soluciones para el Estado	21-ene-19	1		Se realiza gestión, no se carga evidencia		
No Conformidad EFR	Proceso Gestión del TH	14-ene-19	1		Con gestión sin cierre	

TIPO DE REGISTRO	PROCESO RESPONSABLE	FECHA DE CREACIÓN	ABIERTAS	VENCIDAS	OBSERVACION AI	
No conformidad real ambiental	Proceso Administrativo y Suministros	18-jul-18		1	No se ha iniciado la gestión	
		16-ene-19		1	Con gestión sin cierre	
	Proceso de Mejoramiento Continuo	13-jul-18		1	Se da gestión a la acción, no se ha hecho seguimiento a la acción para determinar el eficiencia	
No conformidad real de SST	Proceso Gestión del TH	28-feb-18		1	Gestión parcial	
		25-jun-18		1	Con gestión sin cierre	
No conformidad real Legislación Ambiental	Proceso Gestión del TH	18-mar-18		1	La gestión no es efectiva	
No conformidad real 27001	Proceso de Direccionamiento estratégico	13-jul-17		1	Se Gestiona sin acción por licencia de Maternidad de la Funcionaria responsable	
No conformidad real Legislación SYSO	Proceso Gestión del TH	16-ago-18		1	No se ha iniciado la gestión	
	Proceso Administrativo y Suministros	18-ago-18		1	No se ha iniciado la gestión	
Riesgos	Proceso Gestión Integral de Activos	31-mar-16		1	Con gestión sin cierre	
Riesgos 27001	Proceso Infraestructura Tecnológica	27-ene-17	4	1	Gestión sin evidencia para cierre	
Oportunidades de Mejora	Proceso Infraestructura Tecnológica	30-oct-18	1	0	Sin asignar	
		21-ago-18	1		Sin asignar	
		08-may-18	1		Sin asignar	
		26-abr-18	1		Sin asignar	
		18-abr-17	1		Gestión sin evidencia	
		11-dic-15	1		Gestión sin evidencia para cierre	
		21-oct-14	2		Gestión parcial en 2 NC	
		13-oct-13	1		Sin asignar	
		23-ago-17			9	No se ha iniciado la gestión 4NC Gestión Parcial por licencia de maternidad de la responsable 2 NC Gestión para cierre 2 NC Gestión sin evidencia 1 NC
		11-oct-17			1	gestión sin evidencia
		13-feb-17			1	Gestión sin evidencia
		23-ago-16			1	Gestión sin evidencia
		13-jul-16			1	Gestión Parcial, modificación de acción
		07-mar-16			1	Gestión Parcial, modificación de acción
	11-dic-15			1	Gestión para cierre	
	Proceso de Direccionamiento estratégico	30-oct-18	1		Sin asignar	
		29-jun-18	1		Sin asignar	
		31-may-16	1		gestión si evidencia	
		15-ago-18			1	Gestión sin cierre
		03-ago-18			1	en gestión - revisar acción
		07-jul-16			1	gestión si evidencia
	Proceso de Gestión de TH	09-dic-15			1	Gestión sin cierre
		30-oct-18	4			Sin asignar
	Proceso de Gestión de Activos	17-may-18	1			gestión sin evidencia
		20-nov-15	1			Gestión sin cierre
		11-ene-18			1	Gestión sin cierre
		12-jul-17			1	Gestión sin cierre
	Proceso Administrativo y Suministros	19-jul-18			1	Sin asignar
		29-jun-18			1	gestión sin evidencia
		11-oct-17			1	gestión sin evidencia
23-ago-17				1	gestión sin evidencia	
07-jul-15				1	gestión sin evidencia - revisar modificación	
Proceso de Gestión Jurídica del Negocio	16-jul-18			1	gestión sin evidencia	
Proceso de Mejoramiento Continuo	28-jul-18			1	gestión sin evidencia	
Proceso de Saneamiento	13-jul-18			1	gestión sin evidencia	
Proceso de SIU	13-jul-18			2	gestión sin evidencia	

TIPO DE REGISTRO	PROCESO RESPONSABLE	FECHA DE CREACIÓN	ABIERTAS	VENCIDAS	OBSERVACION AI	
No conformidad de Auditoria Interna SIG	Proceso Financiero Contable	08-ago-18	1		Sin Gestión	
		31-ago-17		1	gestión si evidencia	
	Proceso Gestión del TH	06-jul-18		4	Gestión sin cierre 1 NC Sin Gestión 1NC Gestión sin Evidencias 1 NC Gestión parcial 1 NC	
	Proceso Administrativo y Suministros	16-jul-18			1	Sin Gestión
		10-ago-18			1	Sin Gestión
	Proceso Gestión Jurídica del Negocio	13-jul-18	1	1	1	Abierta: Gestión sin evidencia Vencida : Sin gestión
		16-jul-18			4	Sin Gestión
		06-jul-18			1	Sin Gestión
	Proceso Infraestructura Tecnológica	29-ago-17			1	Sin Gestión
		19-jul-18			1	gestión sin evidencia
	Proceso de Mejoramiento Continuo	18-jul-18	1	1	1	Abierta: Gestión sin evidencia Vencida: Gestión sin evidencia
	Proceso de Comunicaciones y Relacionamiento	09-jul-18			1	Sin Gestión
	Proceso de Saneamiento	13-jul-18			1	Gestión para cierre
Proceso de SIU	13-jul-18			4	Gestión sin evidencia	
No conformidad Auditoria Interna 27001	Proceso Infraestructura Tecnológica	23-ago-17	8	14	Abiertas: No se ha iniciado la gestión en 5 NC Gestión sin evidencias en 3 NC Vencidas: No se ha iniciado la gestión en 8 NC Gestión sin Cierre 2 NC Gestión sin evidencias 4 NC	
		13-jul-16	6		Gestión sin evidencia 5 NC Gestión sin cierre 1 NC	
		09-dic-15	4	1	Abiertas: Gestión sin Evidencia 3 NC Gestión sin cierre 1 NC Vencidas: Gestión sin Evidencia 1 NC	
		28-ago-17			1	Gestión sin evidencia

Fuente: ISOLUCION – MAYO 2019

De lo anterior se resalta el incumplimiento registrado tanto por los líderes de los procesos como por los responsables de realizar las verificaciones de cumplimiento toda vez que como se evidencia, se registran No Conformidades sin asignar responsable, acciones sin gestionar y acciones que aunque han sido gestionadas no registran las respectivas evidencias que demuestren su ejecución, incumpliendo lo establecido en el anexo 05 "Procedimiento Gestión para la Mejora", en el cual se identifican las actividades a seguir tanto por los responsables de los procesos como las actividades que se deben desarrollar por el área de Mejoramiento continuo, relacionadas con la asignación de responsables, seguimiento de acciones y evaluación de la eficacia para su correspondiente cierre.

Adicionalmente, el equipo auditor ha evidenciado en las diferentes auditorías internas de gestión realizadas a los procesos, el registro de acciones que, aunque son gestionadas y cuentan con las evidencias necesarias para su evaluación de efectividad, siguen abiertas y algunas de ellas vencidas para el aplicativo ISOLUCION sin que se halla registrado el cierre por parte de los auditores del proceso de Mejoramiento Continuo, situación que debe ser analizada y registrada como un riesgo operativo.

Es de resaltar que, una vez evaluada la gestión del aplicativo de seguimiento, se informa que no se ejecutan las acciones número 1119-1182 por la “Licencia de Maternidad” del funcionario responsable de realizar las actividades descritas como gestión.

Así mismo, se observó la imposibilidad de cumplimiento de acciones dependientes que no van a poder ser ejecutadas o que se encuentran pendientes de ejecución de contratos las cuales fueron generadas en vigencias de 2014, 2015, 2016 y 2017, como es el caso de las acciones de mejora propuestas por el Proceso de Infraestructura Tecnológica identificadas con los números 828-829- 972-976-1077-1173.

4.6. PLANES DE ACCIÓN:

Se evidencian los siguientes planes de acción en el Aplicativo ISOLUCION, los cuales no cuentan con registro del resultado para gestionar su cierre.

PROCESO	# PLANES REGISTRADOS	Revisión por la Dirección vigencias	Derivado de planes GEL- PDA- PAAC - CGR	Implementación de racionalización de Tramites
Mejoramiento Continuo	11	2013-2015-2016-2017		
Gerencia de Recursos - TH	5	2013-2016-2017-2018		
Infraestructura Tecnologica	2	2014-2017		
Todos los procesos	1	2014		
Direccionamiento estrategico	37		2013-2014-2015-2016-2017	
Servicio Integral al Usuario	1			2017

Fuente: ISOLUCION – mayo 2019

En el registro de estos planes se observaron acciones de mejora que corresponden a las revisiones por la dirección registradas en vigencias 2013 al 2017, donde se evidencia la realización actividades de cumplimiento, no obstante a la fecha de cierre de la auditoría no se registra su resultado, incumpliendo lo establecido en el numeral 6.2 del Manual 013 “Manual del Sistema Integrado de Gestión (SIG)” el cual establece que como insumo minino para la Revisión por la Dirección se debe “revisar el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas”(sic), así mismo se observa la gestión de acciones para dar cumplimiento a planes de orden regulatorio e implementación de estrategias de Gobierno, las cuales también se encuentran sin definir su estado de revisión.

4.7. ACTUALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN / NORMATIVIDAD EN CISA:

Dentro de la estructura documental definida en el Manual 13 “Manual del Sistema integrado de Gestión” se establece la siguiente:



El proceso de mejoramiento continuo tiene dentro de sus responsabilidades las siguientes:

- Definir y determinar políticas para el control de la documentación del SIG en CISA.
- Realizar levantamiento de información y elaborar procedimiento
- Realizar análisis de impacto
- Actualizar, modificar, elaborar o eliminar documentos en el SIG

a. Observaciones Listado Maestro de Documentos: Se observa que la documentación que soporta el sistema SIG es la siguiente:

TIPO DE DOCUMENTO	CANTIDAD
CIRCULAR NORMATIVA	30
MEMORANDO CIRCULAR	23
MANUALES	12
DTOS INTERES GENERAL	9
TOTAL	74

Documentalmente el SIG se controla a través del Banco de documentos de la página intranet de CISA, dando así aplicabilidad a la Circular Normativa 016 “Política y Procedimiento para control de Documentos del SIG”, no obstante, esta política de operación no evidencia el tratamiento de los documentos obsoletos, toda vez que como se informó por parte del proceso responsable, se cuenta con una herramienta tecnológica como repositorio de información más que de control de documentos, ya que no permite la inclusión de criterios documentales

diferentes a los registrados previamente, limitando el actuar de los responsables al no poder registrar nuevas propuestas documentales al SIG.

Así mismo, esta herramienta solo permite la actualización de los documentos y no controla los obsoletos los cuales son archivados a criterio de los responsables en una carpeta pública de acceso limitado y con la asignación de carpetas por cada uno de los procesos vigentes desde el 2012, la información correspondiente a vigencias anteriores se ubica en otro repositorio con diferente identificación, lo que no permite identificar la trazabilidad de los documentos.

Adicionalmente y de acuerdo con lo indicado por los funcionarios adscritos al proceso de Mejoramiento Continuo, la definición de las tipologías documentales asignadas al sistema está determinado por el nivel de impacto que el documento tiene sobre el SIG, para lo cual se diseñó un flujo en el aplicativo documental ZEUS denominado “Solicitud de información de Documentos del SIG”, en el cual se realizaron para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2018 al 30 de marzo de 2019 309 solicitudes de modificación a los documentos los cuales se desagregan de acuerdo a su tipología de la siguiente manera:

TIPOLOGIA DOCUMENTAL	CANTIDAD SOLICITUDES
Anexo	86
Caracterizaciones	16
Circular Normativa	104
Manual	24
Memorando Circular	22
Otros*	57
TOTALES	309

DESAGREGACIÓN DE OTROS*	CANTIDAD SOLICITUDES
Manual de funciones, requisitos y perfiles	21
Flujo de gestión de requisitos de software	1
FOC	5
Indicadores	14
Eliminación de indicador	1
Procedimiento SAE	3
Instructivo	4
Actualización de estatutos	1
Documento de interés general	1
Normograma	1
Varios	1
Por definir	2

Revisada la documentación que se encuentra en el “Banco de Documentos”, se identificaron para las vigencias 2013-2014-2015 documentos que no registran ninguna actualización o modificación, generando inconsistencia en la aplicabilidad de estos, toda vez que la entidad ha presentado cambios de estructura y de operación que impactan el SIG y a su vez la documentación que soporta el sistema, tal como se describe a continuación:

TIPOLOGIA DOCUMENTAL	VIGENCIA		
	2013	2014	2015
Circular Normativa 001	Anexo 7		
Circular Normativa 031			Anexo 11
Circular Normativa 057			Anexo 1-2-3
Circular Normativa 061	Anexo 11		Anexos 5-6
Circular Normativa 069	Anexos 5-11-14-18-20-22-24-25-27-28		Anexos 4-9-10-13-21
Circular Normativa 070	Anexos 7-10-14-23-24		Anexos 1-2-3-5-16-19-20-22-25
Circular Normativa 123			Anexos 1-2-7
Manual 12	Anexos 1-2		anexos 3-4
Manual 16			
Memorando Circular 33	Anexos 3-4-6	Documento	
Memorando Circular 35	2013		
Memorando Circular 23		Anexo 2	
Memorando Circular 38		Documento	

Es de resaltar que al realizar la verificación sobre el listado maestro de documentos remitido por el proceso y revisada la carpeta contentiva de los documentos obsoletos se evidencia que se tiene control sobre las tipologías documentales mencionadas anteriormente mas no sobre los anexos, toda vez que estos son **re-enumerados** en la medida en que se solicite su eliminación, generando nueva numeración en los que se encuentran vigentes, lo que no permite tener trazabilidad sobre esta tipología documental.

b. Documentos Soportes del SIG – Vigentes:

A continuación, se detalla la relación de documentos soportes del sistema y la cantidad de anexos de cada uno:

i. Circulares Normativas:

No.	TIPOLOGIA DEL DOCUMENTO	CANTIDAD DE ANEXOS	No.	TIPOLOGIA DEL DOCUMENTO	CANTIDAD DE ANEXOS
1	Circular Normativa 100	43	16	Circular Normativa 017	9
2	Circular Normativa 069	39	17	Circular Normativa 127	6
3	Circular Normativa 085	27	18	Circular Normativa 055	6
4	Circular Normativa 070	25	19	Circular Normativa 066	6
5	Circular Normativa 097	22	20	Circular Normativa 088	6
6	Circular Normativa 092	18	21	Circular Normativa 030	5
7	Circular Normativa 005	17	22	Circular Normativa 110	4
8	Circular Normativa 123	17	23	Circular Normativa 111	4
9	Circular Normativa 093	17	24	Circular Normativa 029	3
10	Circular Normativa 061	16	25	Circular Normativa 057	3
11	Circular Normativa 024	15	26	Circular Normativa 107	2
12	Circular Normativa 023	14	27	Circular Normativa 117	2
13	Circular Normativa 031	14	28	Circular Normativa 016	2
14	Circular Normativa 001	12	29	Circular Normativa 003	2
15	Circular Normativa 044	10	30	Circular Normativa 120	0

En esta tipología se resalta la generación de anexos de manera particular para casos especiales, generando acumulación de registros que no son de uso permanente para el sistema

por lo que se recomienda hacer una revisión de su aplicabilidad en pro de establecer un banco de documentos ajustado y actualizado al que hacer institucional.

ii. Memorando Circulares:

No.	TIPOLOGIA DEL DOCUMENTO	CANTIDAD DE ANEXOS	No.	TIPOLOGIA DEL DOCUMENTO	CANTIDAD DE ANEXOS
1	Memorando Circular 033	7	13	Memorando Circular 043	0
2	Memorando Circular 023	3	14	Memorando Circular 039	0
3	Memorando Circular 030	2	15	Memorando Circular 041	0
4	Memorando Circular 024	2	16	Memorando Circular 038	0
5	Memorando Circular 044	1	17	Memorando Circular 035	0
6	Memorando Circular 029	1	18	Memorando Circular 016	0
7	Memorando Circular 052	1	19	Memorando Circular 050	0
8	Memorando Circular 47	0	20	Memorando Circular 053	0
9	Memorando Circular 046	0	21	Memorando Circular 051	0
10	Memorando Circular 048	0	22	Memorando Circular 049	0
11	Memorando Circular 042	0	23	Memorando Circular 37	0
12	Memorando Circular 040	0			

Se observa que esta tipología hace referencia a requerimientos puntuales de los procesos para desarrollar algunas actividades que no se enmarcan en las Circulares Normativas, siendo esta una política que debe estar determinada en un periodo de tiempo para las actividades propias del negocio que también incluyen anexos para su ejecución; situación particular tienen aquellos Memorandos Circulares que soportan la creación de Comités Internos y establecen sus reglamentos, no obstante por el formato utilizado para su descripción no desarrolla un control de cambios que determine su modificación o actualización dejando nuevamente la trazabilidad del mismo sin control.

iii. Manuales:

No.	TIPOLOGIA DEL DOCUMENTO	CANTIDAD DE ANEXOS
1	Manual 18	25
2	Manual 13	24
3	Manual 20	15
4	Manual 15	7
5	Manual 12	5
6	Manual 16	4
7	Manual 115	3
8	Manual 14	3
9	Manual 11	2
10	Manual 71	1
11	Manual 19	0
12	Manual 21	0

Analizada la Circular normativa 16, esta tipología no se encuentra definida en el numeral 3 de Términos y Definiciones, por lo cual no se establece que clase de actividades operativas podrán ser llevadas a este nivel de documento dejando a criterio de los líderes de los procesos esta definición, generando inconsistencias en relación con la gestión documental del SIG.

iv. Documentos de Interés General:

No.	TIPOLOGIA DEL DOCUMENTO	CANTIDAD DE ANEXOS
1	Docs de Interes Gral 007 de 2018	15
2	Docs de Interes Gral 005	4
3	Docs de Interes Gral 001	0
4	Docs de Interes Gral 004	0
5	Docs de Interes Gral 001	0
6	Docs de Interes Gral 002	0
7	Docs de Interes Gral 003	0
8	Docs de Interes Gral 008	0
9	Docs de Interes Gral 006	0

Como se mencionó en el literal anterior, esta tipología no se encuentra identificada en la Circular Normativa 16, así mismo, se resalta el uso de esta tipología en documentos de interés general 007 y 005, donde se hace referencia a documentación externa soporte de actividades de la operación de CISA, como es el manejo de la comercialización de inmuebles de la SAE y Venta de Inmuebles de la Unidad de Reparación de Víctimas, frente a las descritas en los demás documentos, que son, como su denominación lo establece “De interés general” para la organización como los “Estatutos Sociales”, “Reglamento Interno de Trabajo”, “Modelos de Términos de Referencia” y “Actas de Liquidación” de CISA, que son de uso general de la organización.

Adicionalmente se evidencia la duplicidad del Código 001, toda vez que se identifican documentos diferentes con el mismo código, como es el caso de los “Términos de Referencia” y los “Estatutos Sociales de CISA”, generando incertidumbre en la aplicabilidad de los mismos por parte de los usuarios del sistema.

4.8. VERIFICACION DE REGISTROS DEL SIG

El equipo auditor realizó la verificación de los registros soportes de los procedimientos incluidos en las siguientes Circulares Normativas 100-123-097-085-069-044-023-024-016-005, donde se buscó determinar la corresponsabilidad de los anexos de la CN con el desarrollo de las actividades descritas en los procedimientos, evidenciando lo siguiente:

CIRCULAR NORMATIVA	PROCEDIMIENTO	OBSERVACIÓN EQUIPO AUDITOR
016	6.1 Procedimiento para el control de documentos en el SIG	a. La denominación del documento esta errada toda vez que al abrir el archivo se hace mención a la CN 017 b. 4 actividades sin registro
005	Sin numeral de procedimientos	Anexos de describen instructivos de atención
044		Sin observaciones
023		Sin observaciones
123	Sin numeral de procedimientos	Aplicabilidad de esta Circular vs Manual 20 - Proyectos
97	6.1 Procedimiento de actualización de perfiles de clientes	Las actividades de 1 a 14 se resumen en depuración de la Base de Datos de Cartera

a. Circular Normativa 69:

PROCEDIMIENTO	TOTAL DE ACTIVIDADES	OBSERVACIÓN EQUIPO AUDITOR
5.1 PROCEDIMIENTO PARA OFERTA PUBLICA - SIMPLE	24	2 actividades con identificación de registro, sin soporte
		1 actividad a la que se puede relacionar anexo
5.2 PROCEDIMIENTO DE FORMALIZACION DE VENTAS	34	11 actividades sin registro
		3 actividades a las que se puede relacionar anexo
5.3 PROCEDIMIENTO PARA FACTUACIÓN, ENTREGA Y LIQUIDACION DE INMUEBLES VENDIDOS	12	8 actividades sin registro
5.4 PROCEDIMIENTO PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE INMUEBLES OCUPADOS CUANDO EL OFERENTE ES EL OCUPANTE	11	4 actividades sin registro
		2 actividades a las que se puede relacionar anexo
		2 actividades con identificación de registro, sin soporte
5.5 PROCEDIMIENTO PARA LA COMERCIALIZACION DE INMUEBLES OCUPADOS CUANDO EL OFERENTE ES UN TERCERO	10	5 actividades sin registro

b. Circular Normativa 85:

PROCEDIMIENTO	TOTAL DE ACTIVIDADES	OBSERVACIÓN EQUIPO AUDITOR
6.1 PROCEDIMIENTO PARA AGISNACIÓN DE ABOGADOS	6	3 actividades sin registro
6.2 PROCEDIMIENTO DE SANEAMIENTO JURIDICO DE	15	5 actividades sin registro

c. Circular Normativa 70:

PROCEDIMIENTO	TOTAL DE ACTIVIDADES	OBSERVACIÓN EQUIPO AUDITOR
6.1 PROCEDIMIENTO PARA ALISTAMIENTO DE INMUEBLES PROVENIENTES DE CONVENIOS	23	13 actividades sin registro
6.2 PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN DE INMUEBLES PROVENIENTES DE COMPRA EN CONVENIOS	9	Sin observaciones
6.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN FISICA Y DOCUMENTAL DE INMUEBLES POR DACIONES, CUSTODIAS Y REMATES (PROVENIENTES DE CARTERA)	7	Sin observaciones
6.4 PROCEDIMIENTO PARA RETIRAR LAS LINEAS TELEFONICAS DE LOS INMUEBLES PROPIEDAD DE CISA	6	Sin observaciones
6.5 PROCEDIMIENTO DE PARA SOLICITAR PAGO DE CUOTAS DE ADMINISTRACIÓN DE INMUEBLES A TRAVES DE LISTADO SANEAMIENTO JURIDICO DE INMUEBLES OCUPADOS	14	Sin observaciones
6.6 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO ELECTRONICO DE SERVICIOS PUBLICOS DE LOS INMUEBLES DEL INVENTARIO	14	Sin observaciones
6.7 PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE INMUEBLES	44	5 actividades sin registro
6.8 PROCEDIMIENTO PARA ASEO DE INMUEBLES	7	Sin observaciones
6.9 PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE CORRECCIÓN DE AVALUOS CATASTRALES CUANDO LOS INMUEBLES SON PROPIEDAD DE CISA	8	1 actividades sin registro
6.10 PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE CORRECCIÓN DE AVALUOS CATASTRALES CUANDO LOS INMUEBLES SE ENCUENTRAN ADMINISTRADOS POR CISA	2	Sin observaciones
6.11 PROCEDIMIENTO PARA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INMUEBLES EN COMUN Y PROINDIVISO CUANDO CISA OSTENTA EL PORCENTAJE MAYORITARIO O HA SIDO DESIGNADO PARA ADMINISTRAR	4	Sin observaciones
6.12 PROCEDIMIENTO PARA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INMUEBLES EN COMUN Y PROINDIVISO CUANDO CISA OSTENTA EL PORCENTAJE MINORITARIO O HA SIDO DESIGNADO PARA ADMINISTRAR	3	Sin observaciones
6.13 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE PLAN DE MANTENIMIENTO Y OBRAS	7	Sin observaciones
6.14 PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE REPARACIONES Y MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS	11	Sin observaciones
6.15 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE PAGOS DE SERVICIOS PUBLICOS, CUOTAS DE ADMINISTRACIÓN E IMPUESTOS	8	8 actividades sin registro

d. Circular Normativa 100:

PROCEDIMIENTO	TOTAL DE ACTIVIDADES	OBSERVACIÓN EQUIPO AUDITOR
6.1 LOCALIZACION DE CLIENTES	25	4 actividades sin registro
		3 actividades con identificación de registro, sin soporte
		2 actividades a las que se puede relacionar anexo
6.2 PROCEDIMIENTO PARA NEGOCIAR CARTERA	9	3 actividades sin registro
		2 actividades a las que se puede relacionar anexo
6.3 PROCEDIMIENTO PARA CELEBRAR COMITÉ DE COBRANZA	16	4 actividades sin registro
		1 actividad con identificación de registro, sin soporte documental o electrónico
		1 actividad a la que se puede relacionar anexo
6.4 PROCEDIMIENTO DE INSTRUMENTACIÓN DE FORMULAS DE NORMALIZACION APROBADAS	22	1 el registro es la aplicabilidad de un procedimiento que no indica
		5 actividades con identificación de registro, sin soporte
		2 actividades a las que se puede relacionar anexo
6.5 PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS FORMULAS DE NORMALIZACION APROBADAS	17	4 actividades sin registro
		3 actividades con identificación de registro, sin soporte
		1 el registro es la aplicabilidad de un procedimiento 6.1 sin
6.6 PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINSTRACION	5	1 actividad sin registro
		4 actividades con identificación de registro, sin soporte
		Las actividades no son consecutivas - no se evidencia actividad 2
6.7 PROCEDIMIENTO PARA COBRO COACTIVO	31	19 actividades sin registro
6.8 PROCEDIMIENTO PARA ASIGNAR PORTAFOLIO Y CALCULAR METAS DE RECAUDO	9	1 actividad sin registro
		3 actividades con identificación de registro, sin soporte documental o electrónico
6.9 PROCEDIMIENTO PARA REALZACION DE VISITAS	7	5 actividades con identificación de registro, sin soporte documental o electrónico
6.10 PROCEDIMIENTO PARA LA	12	Se duplica el procedimiento con el 6.1 de la misma CN 100
6.11 PROCEDIMIENTO PARA CASTIGO DE CARTERA PERSONA JURIDICA	17	1 actividad sin registro

e. Circular Normativa 024

Revisada documentalmente la Circular Normativa 024, se evidencia que los nombres de los anexos no corresponden a los documentos que se encuentran cagados en los link de los mismos, como es el caso de los anexos 12 “roles y responsabilidades del Sistema Integrado de Gestión”, el cual descarga el “Formato de seguimiento e incapacidades y exámenes ocupacionales” correspondiente al anexo 13, así como el anexo 14 “Formato de autorización de Consulta en Centrales de Riesgo” que descarga el “Formato de Entrevista de Retiro de Central de Inversiones” correspondiente al anexo 15 lo que evidencia fallas en el control en los documentos soportes del sistema.

Como se detalla en las observaciones sobre los procedimientos se evidencia que no se realiza la adecuada identificación de los registros, incluyendo registros sin soportes documentales o electrónicos que no permiten evidenciar la ejecución de las actividades como se establece en el triángulo documental mencionado en el Manual 13.

Así mismo se identificó que la CN 016 “Políticas y Procedimientos para el control de documentos”, no establece con claridad las características de la estructura de los procedimientos y en especial la definición de los registros en cada uno de ellos, incumpliendo así lo establecido en los numerales 7.5.2 “Creación y Actualización” y numeral 7.5.3 “Control de la información documentada” de la Norma NTC 9001-2015, relacionados con la identificación y conservación de los documentos que soportan el SIG.

4.9. ACTUALIZACIÓN Y VERIFICACIÓN DE INDICADORES

El Manual 13 del SIG, establece en su anexo 09 el “Procedimiento para Seguimiento y Medición del desempeño del SIG”, en el cual se determinan las responsabilidades en términos de diseño, implementación, medición y análisis de los indicadores y los planes de acción correspondientes a las desviaciones generadas al momento de la medición, evidenciado que para el cierre de la auditoria los siguientes procesos no han realizado el correspondiente reporte de acuerdo con la periodicidad establecida.

PROCESO	INDICADOR
Direccionamiento Estratégico	Gestión de Vulnerabilidades Técnicas Porcentaje de Incidentes de Seguridad de la Información Programa Estratégico
Gestión de Activos	Cumplimiento de Metas de Recaudo Disponibilidad Administrativa de Inmuebles. Ejecución de Presupuesto Gestión Comercial. Gestión de contactabilidad al portafolio
Gestión del Talento Humano	Ausentismo Laboral Índice de lesión incapacitante Índice General de Ausentistas Nivel de participación del modelo EFR
Gestión Jurídica del Negocio	Auditorías procesales de Inmuebles Desembargo de cuentas bancarias (\$) Judicialización de obligaciones Oportunidad en la Emisión de conceptos Jurídicos de valoración Tiempos de Respuesta para la elaboración de Contratos Interadministrativos
Infraestructura Tecnológica	Cumplimiento de Solicitudes de Informes Disponibilidad de Servicios Soportes solucionados en el tiempo
Legal	Tiempos de elaboración o modificación de contratos de funcionamiento Tiempos de elaboración y consolidación de los términos de referencia (concursos, públicos, directos)
Mejoramiento Continuo	Generación de Residuos Sólidos Inorgánicos Nivel de Consumo de resmas de papel
Saneamiento	Atención de requerimientos técnicos y jurídicos de inmuebles Cumplimiento de cronograma de inmuebles a sanear
Servicio Integral al Ciudadano	PQR atendidas PQR atendidas dentro de terminos Quejas y Reclamos Satisfacción del Cliente Trámites atendidos Trámites atendidos dentro de terminos Trámites de Cancelaciones de Garantías Atendidos Trámites de Cancelaciones de Garantías Atendidos dentro de Términos

Así mismo, la Auditoría Interna como resultado de evaluaciones realizadas a los diferentes procesos ha evidenciado que se siguen identificando los responsables del indicador con nombres de funcionarios, siendo la mejor practica la definición con cargos, evitando así la modificación y/o actualización del indicador al momento de presentarse situaciones administrativas que modifiquen la responsabilidad directa del funcionario.

4.10. MEDICIÓN DE VOLUMETRÍAS DE LOS PROCESOS

El proceso de mejoramiento Continuo es el encargado de realizar mediciones de productividad de algunos proyectos de cartera como lo son Icetex, Finagro, Registraduría y Judicialización Icetex por solicitud de la administración, la medición de estas volumetrías se realiza a través del mapeo de actividades y toma de tiempos de cada una de ellas, para determinar la cantidad de actividades operativas que debe realizar un funcionario en determinado lapso tiempo, lo que permite definir el recurso humano requerido para ejecutar las actividades del proyecto en un determinado tiempo, con el fin optimizar los recursos.

Así mismo se evidencio que el Proceso de Mejoramiento Continuo no cuenta con un procedimiento formal y documentado para la realización de estas mediciones, que permita evaluar eficientemente el cumplimiento de las actividades propuestas y sus respectivos registros como soporte de su ejecución, con el fin de garantizar la gestión del conocimiento en la entidad frente a esta responsabilidad.

Adicionalmente se observa que las mediciones son realizadas por solicitud de la administración durante la ejecución de los proyectos, lo que termina denominándose “Plan Choque”, dejando en evidencia la falta de planeación al momento de la estructuración del proyecto, aumentando los costos y debiéndose tener en cuenta este ejercicio al momento de la valoración de los proyectos para así disminuir las desviaciones en los márgenes inicialmente previstos por la contratación de personal adicional.

5. HALLAZGOS

5.1. Evaluado el cumplimiento de las acciones inscritas en el aplicativo ISOLUCION, se evidenció la no aplicación del “*Procedimiento para la gestión de la Mejora en CISA*”, anexo 05 del Manual 13, incumpliendo las actividades de la 17 a la 21, toda vez que no se da el tratamiento de las acciones inscritas en los planes de mejora derivados de auditorías internas y de tercera parte, cómo se describe en el numeral 4.1 del presente informe.

5.2. Revisada la medición de indicadores del proceso de Mejora Continua, se evidenció que no se realiza el registro de los mismos en los términos establecidos por cada proceso, incumpliendo lo establecido en el numeral 3 del “*Procedimiento para el Seguimiento y Medición del Desempeño del SIG*”, anexo 13 del Manual 13, cómo se describe en los numerales 4.2 y 4.8 presente informe.

- 5.3. Evaluado el módulo de mejora en el aplicativo ISOLUCION, se evidencio que en dicho aplicativo se registran No Conformidades sin identificar planes de acción, sin gestión y acciones que no registran las respectivas evidencias que demuestren su ejecución, incumpliendo lo establecido en el anexo 05 “Procedimiento Gestión para la Mejora”, cómo se describe en el numeral 4.5 del presente informe.
- 5.4. Revisado el aplicativo ISOLUCION, se evidenció que no se registra el resultado de las acciones inscritas como plan de acción para atender las observaciones de la Revisión por la Dirección, incumpliendo lo establecido en el numeral 6.2 del Manual 013 “Manual del Sistema Integrado de Gestión (SIG)” el cual establece que como insumo minino para la Revisión por la Dirección se debe “*revisar el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas*”, como se describe en el numeral 4.6 del presente informe.
- 5.5. Evaluada la CN 016 “Políticas y Procedimientos para el control de documentos”, se evidenció que allí no se establece con claridad las características de la estructura de los procedimientos y en especial la definición de los registros en cada uno de ellos, incumpliendo así lo establecido en los numerales 7.5.2 “Creación y Actualización” y numeral 7.5.3 “Control de la información documentada” de la Norma NTC 9001-2015, relacionados con la identificación y conservación de los documentos que soportan el SIG, como se describe los numeral 4.7 y 4.8 del presente informe.

6. OBSERVACIONES

- 6.1. En el análisis realizado a los riesgos del proceso se observó que no se tiene contemplado dentro de las causas del riesgo denominado “**incumplimiento a los requisitos establecidos para el SIG**”, la falta de gestión de los procesos en la ejecución de acciones para la mejora provenientes de auditorías internas de calidad, evaluación de indicadores y planes de acción propuestos para la mejora de cada uno de ellos, lo que evidencia la posible materialización del riesgo mencionado, como se describe en el numeral 4.2 del presente informe.
- 6.2. Se observó que el Proceso de Mejoramiento Continuo, durante los dos últimos años ha presentado dos traslados estructurales y cambios de áreas, lo que ocasionó la asignación de nuevas responsabilidades como proceso las cuales no se encuentran registradas en la Caracterización del proceso, siendo esta la base documental para el desarrollo de las evaluaciones (auditorias integrales) del SIG, tal como se describe en el literal (d) del numeral 4.4 del presente informe.
- 6.3. Se observa que el proceso no cuenta con un listado maestro de documentos que permita verificar la trazabilidad de los mismos, toda vez que se usa como repositorio de información (serverlife) carpetas sin la adecuada identificación de los documentos obsoletos.

- 6.4. Evaluada la herramienta “Banco de Documentos” utilizada para realizar el control de los documentos, se observó que limita la actualización de las tipologías documentales toda vez que no permite realizar modificaciones a los ya preestablecidos, utilizando criterios que no corresponden a los requerimientos del sistema, como se describe en el literal iv del numeral 4.7 del presente informe.
- 6.5. Se observa por parte del equipo auditor el registro de acciones que no son realizadas y definen su falta de gestión a la “**Licencia de Maternidad**” del responsable, así como el incumplimiento de acciones que son dependientes de otras y que se definen que no van a poder ser cumplidas por la no ejecución de contratos con vigencias anteriores al 2017 como se describe en el numeral 4.5 del presente informe.
- 6.6. Realizada la revisión documental del sistema, se observaron documentos que no han sido actualizados ni modificados desde el 2013, como se describe en el literal (a) del numeral 4.7 del presente informe, lo cual genera incertidumbre en la aplicabilidad de los mismos, toda vez que la entidad ha generados cambios organizaciones, de estructura y de operación que impactan el SIG y su documentación soporte.
- 6.7. Se observo que se tiene control sobre las tipologías documentales generales del Sistema, mas no sobre los anexos, toda vez que estos son **re-enumerados** en la medida en que se solicita su eliminación, generando nueva numeración en los que se encuentran vigentes, lo que no permite tener trazabilidad sobre esta tipología documental, como se describe en el literal (a) del numeral 4.7 del presente informe, así como lo descrito en el literal (e) del numeral 4.8 donde se evidencia que los anexos de la CN 024 mencionados descargan información de otros anexos.
- 6.8. La documentación soporte del sistema es muy robusta en algunos procesos, los cuales no realizan la actualización de los documentos contentivos de sus políticas, como lo son anexos, instructivos, memorandos circulares, documentos de interés general, que no han sido actualizados o modificados por más de 5 años, lo que genera incertidumbre en su aplicabilidad y genera desactualización del sistema.
- 6.9. Se observó que en los indicadores soporte del SIG se siguen identificando los responsables del indicador con nombres de funcionarios, siendo la mejor practica la definición con cargos, evitando así la modificación y/o actualización del indicador al momento de presentarse situaciones administrativas que modifiquen la responsabilidad directa del funcionario.
- 6.10. Revisadas las mediciones de productividad realizadas por el proceso de mejoramiento continuo, se observó que este no cuenta con un procedimiento formal y documentado en el SIG que contribuya a garantizar la gestión del conocimiento en la entidad frente a esta función como responsabilidad directa de este proceso.

6.11. Se observó que las mediciones de productividad son realizadas por solicitud de la administración durante la ejecución de los proyectos, lo que termina denominándose “Plan Choque”, dejando en evidencia la falta de planeación al momento de la estructuración de los proyectos, aumentando los costos y debiéndose tener en cuenta este ejercicio al momento de la valoración de los mismo, con el fin de disminuir las desviaciones en los márgenes inicialmente previstos por la contratación de personal adicional.

7. RECOMENDACIONES

7.1. Se recomienda documentar la metodología con la que se realizan las mediciones de productividad, con el fin de garantizar la gestión del conocimiento frente a esta función.

7.2. El equipo auditor recomienda que las mediciones de productividad sean realizadas desde el inicio de la estructuración de los proyectos, con el fin de optimizar los recursos asignados y fortalecer la etapa de planeación de los mismos.

7.3. Se recomienda revisar las causas asociadas al riesgo operativo del proceso, toda vez que no se contemplan los incumplimientos a la ejecución de las actividades propuestas para la mejora del SIG.

7.4. Se recomienda que el repositorio de información que contiene el listado maestro de documentos tenga una estructura que permita evidenciar la trazabilidad de los documentos tanto vigentes como obsoletos, revisando las codificaciones que tienen los documentos en su estructura y versión como se mencionó en el numeral 4.8 del presente informe.

7.5. Se recomienda realizar una revisión integral a los documentos soporte de los procesos que hacen parte del SIG, para evitar la desactualización de estos por inaplicabilidad y obsolescencia y así mostrar una mayor eficiencia administrativa en relación con el manejo de la gestión documental.

8. CONCLUSIÓN DE AUDITORÍA

Evaluado el Proceso de Mejoramiento Continuo, se concluye que cumple con las políticas administrativas establecidas por la entidad y con la normatividad legal vigente, no obstante, presenta algunas desviaciones operativas que requieren acciones de mejora para fortalecer el proceso, tal como se detalla en los numerales 5 y 6 del presente informe.

Así mismo, se debe fortalecer el tema de documentación, indicadores, riesgos y controles en el proceso con el fin de contar con mecanismos de medición y seguimiento eficientes que permitan cumplir los objetivos institucionales.

Es de resaltar la disponibilidad y compromiso por parte de los auditados durante la etapa de ejecución de la auditoría, destacando la oportunidad en la entrega de la información requerida por el equipo auditor, lo que permitió una evaluación objetiva del proceso.

9. MESA DE TRABAJO

Se realizó mesa de trabajo el día 07/06/2019, con la asistencia por parte de Mejoramiento Continuo la Doctora Adriana Reyes Pico – Jefe de Mejoramiento, Lina Maria Gonzalez Cruz, Jaime Andres Monroy Lopez, Roberth Cardenas Silva y por la Auditoría Interna el Doctor Elkin Orlando Angel Muñoz - Auditor Interno, Mauren Andrea González Salcedo como auditor Líder y Zulma Janneth Cristancho Jaimes como auditor de apoyo, donde se discutieron los hallazgos y observaciones inscritos en el informe preliminar, de lo anterior se solicitaron evidencias que soportaran el ajuste propuesto por los auditados las cuales se encuentran registradas en el acta en el acta de mesa de trabajo que hace parte integral del presente informe. Revisada y valorada la evidencia enviada al equipo auditor, esta no es prueba suficiente para desvirtuar lo acordado en la mesa de trabajo, por lo que el informe no presenta ninguna modificación.

Aprobado por:	Elaborado por:	Fecha de aprobación
<p style="text-align: center;">ORIGINAL FIRMADO</p> <p>Elkin Orlando Angel Muñoz Auditor Interno</p>	<p style="text-align: center;">ORIGINAL FIRMADO</p> <p style="text-align: center;">Auditor Líder.</p> <p>Mauren Andrea González Salcedo Audidores de apoyo</p> <p>Zulma Janneth Cristancho Jaimes Juan Sebastian Jiménez Martínez</p>	<p style="text-align: center;">17-06-2019</p>