

INFORME PRELIMINAR

INFORME DEFINITIVO

MÉTODO DE AUDITORÍA:	
Presencial (X) Remota () Combinada ()	
NOMBRE DE LA AUDITORÍA: AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD AL PROCESO CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	NÚMERO DE LA AUDITORÍA: N° 18
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA: Verificar que el proceso de Control Interno Disciplinario se encuentre ajustado en todos sus procedimientos y formatos a los parámetros de los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015 aplicables al proceso con un enfoque basado en riesgos en función de identificar las oportunidades.	FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME: 15/11/2022
ALCANCE AUDITORÍA: Caracterización, ciclo PHVA, verificación de las acciones de mejora y acciones correctivas, verificación de los indicadores, verificación de los procedimientos, verificación de la matriz de riesgos y documentos inherentes al proceso.	
CRITERIOS: Norma ISO 9001:2015 y Ley 1952 de 2019	
LÍDER DE PROCESO: Lina María Valencia Correa	

Reunión de Apertura:						Ejecución de la Auditoría:				Reunión de Cierre:					
Día	10	Mes	11	Año	2022	Desde	10/11/2022	Hasta	10/11/2022	Día	10	Mes	11	Año	2022
							D / M / A		D / M / A						

EQUIPO AUDITOR (Nombre, cargo y dependencia)

NOMBRE DEL AUDITOR LÍDER:

Kelly Tatiana Tabares Herrera / Profesional Universitario Dirección Jurídica

NOMBRE DEL AUDITOR INTERNO ACOMPAÑANTE:

Sara Cristina Durango Álvarez / Administradora de Empresas apoyo Dirección Administrativa y Financiera



RESULTADOS DE LA AUDITORÍA:

No.	ASPECTOS FAVORABLES
1	Se evidencia el cumplimiento del sistema de gestión de calidad mediante la creación de todo el proceso en el SIG, con los procedimientos, formatos, caratulas y demás; así mismo, el compromiso y responsabilidad del equipo en materia de actualización del proceso acorde con la normativa vigente, se tienen establecidos de manera clara los roles y responsabilidades de cada uno.
2	Se evidencia la realización del “hacer” en el ciclo PHVA establecido la CD-C01.v02 Caracterización Control Interno Disciplinario mediante las capacitaciones y comunicación a través de los canales oficiales de la Entidad, sobre la promoción y prevención de conductas disciplinarias a todo el personal de la empresa.
3	Se evidencia una matriz DOFA, de acuerdo al formato CD-CE.v02. Análisis interno y externo organizacional, recientemente durante el proceso de acompañamiento e implementación del MIPG, que refleja un riguroso y consciente ejercicio de la identificación de riesgos y oportunidades.
4	El equipo se encuentra en proceso de actualización constante en aras de blindar el proceso desde el ámbito legal, que a su turno denota su compromiso y responsabilidad.

Nro.	NO CONFORMIDADES
1	No se presentan no conformidades.

Nro.	OBSERVACIONES
1	En el objetivo del proceso se contempla “determinar la responsabilidad y aplicar las sanciones a que haya lugar conforme a la Ley”, sin embargo, no es acorde con el “CD-P02.v02 procedimiento de investigación” creado por la dirección en la medida que una vez notificado el pliego de cargos los procesos de trasladan a la Procuraduría para la siguiente etapa correspondiente al juzgamiento con las audiencias que apliquen. La misma situación ocurre con el alcance el cual contempla “y finaliza con la decisión jurídica motivada la cuál puede ser inhibitoria, de archivo, absolutoria o sancionatoria.”, se debe precisar porque no aplicaría la decisión absolutoria o sancionatoria, lo cual, podría generar riesgo de incumplimiento al objetivo y alcance del proceso.
2	No se cuenta en el proceso con una herramienta tecnológica que permita la custodia digital de los expedientes, lo cual, pone en riesgo la conservación de la información.



3	Se evidencia la medición de los indicadores CID-FT01.v01, CID-FT02.v01, CID-FT03.v01, con sus respectivos análisis, sin embargo, no se han reportado en el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad, generando posible riesgo de incumplimiento en la información controlada por la organización.
4	En el CD-P01.v02 procedimiento de Investigación disciplinaria, se hace alusión al formato “auto de suspensión provisional” el cual no está creado en el sistema. Lo cual podría generar riesgo de incumplimiento de la información controlada.

Nro.	OPORTUNIDAD DE MEJORA
1	<p>En la interacción con otros procesos se debe ajustar la redacción para precisar de qué manera el “plan de acción” es entrada y salida, así mismo incluir el informe que presenta la Dirección a los proveedores (Gerencia y Planeación).</p> <p>Por otro lado, se sugiere ajustar en la segunda entrada que corresponde a todos los servidores y externos, la salida de “Fallo sancionatorio o absolutorio”, el cual no corresponde con el proceso.</p>
2	<p>En el ciclo PHVA se sugiere lo siguiente:</p> <p>En la etapa del “planear” se sugiere replantear el establecimiento de directrices, toda vez que el procedimiento está descrito desde la Ley y es de obligatorio cumplimiento según el artículo 84 de la Ley 1952 de 2015.</p> <p>En la etapa “verificar” no se evidenció una metodología en cuanto a las actividades y periodicidad establecida para el seguimiento enunciado, lo que puede generar riesgo de incumplimiento en el ciclo PHVA de la Entidad.</p>
3	En la interacción con otros procesos, en cuanto a la comunicación se tienen trocados todos los elementos de la comunicación externa y la interna, por otro lado, en la estrategia comunicacional, es necesario ajustar el “¿cuándo?” en la medida que no se tiene un cronograma cargado en el SIG, o establecer una periodicidad diferente en la columna “¿cuándo?”.
4	Es conveniente solicitar al proceso del Direccionamiento del SIG el recibo oficial de las evidencias de soportan la ejecución de las acciones de mejora N°1,2,3,4,5,6 y 8, y la acción correctiva N°7 relacionadas con la mejora continua del proceso, las cuales aparecen como abiertas.
5	Se recomienda evaluar la pertinencia de continuar con el indicador CID-FT03.v01, toda vez que el proceso ya se encuentra estandarizado en el Sistema Integrado de Gestión.
6	Incluir en los procedimientos: “CD-P01.v02 Indagación previa, CD-P02.v02 Investigación disciplinaria, CD-P03.v02 Decisión inhibitoria, CD-P04.v02 Notificaciones, Comunicaciones y Citaciones” en la columna de registros la codificación de los formatos asociados.

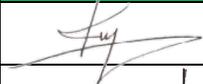
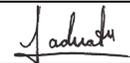


PLAZO LEVANTAMIENTO PLAN MEJORA: (Se contará con 10 días hábiles, luego de notificado el informe de Auditoría Interna para atender los hallazgos)

Nro.	CONCLUSIONES
1	Como resultado de la auditoría se pudo identificar que el proceso de Control Interno Disciplinario ha realizado una excelente gestión en la medida que se creó el proceso desde cero, el compromiso y responsabilidad de su líder y equipo son notorios con la realización de todos los procedimientos, identificación de riesgos, caracterización acorde con el contexto de la entidad y constante capacitación y actualización de su equipo, por lo cual, se concluye la conformidad del sistema bajo la ISO 9001.2015.
2	Del ejercicio de auditoría se obtuvieron: cuatro (4) aspectos favorables, cuatro (4) observaciones y seis (6) oportunidades de mejora, que permiten gestionar el cambio para evitar la materialización de los riesgos y asegurar el cumplimiento del proceso a la norma ISO 9001:2015 y a los parámetros de calidad de la Entidad.
4	Se concluye que el proceso de Control Interno Disciplinario cumple con los productos mínimos establecidos de acuerdo con el Modelo Estándar de Control Interno-MECI 2014.

OBSERVACIONES FRENTE A LOS RESULTADOS:

FIRMAS EQUIPO DE AUDITORES INTERNOS:

NOMBRE COMPLETO	CARGO / ROL	FIRMA
Kelly Tatiana Tabares Herrera	Auditor Líder	
Sara Cristina Durango Álvarez	Auditor acompañante	

FIRMA LÍDER DEL PROCESO:

NOMBRE LÍDER DEL PROCESO	CARGO / ROL	FIRMA
Lina María Valencia Correa	Directora de Control Interno Disciplinario	

