

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 1 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

1. INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE DE LA AUDITORÍA:	AUDITORÍA A TODOS LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA REGIÓN ADMINISTRATIVA DE PLANEACIÓN ESPECIAL, RAPE-REGIÓN CENTRAL.		
VIGENCIA:	2016	FECHA AUDITORÍA:	Septiembre 27 a noviembre 21 de 2016
OBJETIVO:	Verificar el grado de cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad de la Región Administrativa de Planeación Especial, RAPE-Región Central, a fin de identificar potencialidades y establecer oportunidades de mejora que contribuyan a la adecuada gestión del mismo.		
ALCANCE:	Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación incluidos en el mapa de procesos del Sistema Integrado de Gestión de la entidad con base en las normas ISO 9001:2008 y la norma de calidad NTCGP 1000:2009.		
FUNCIONARIO RESPONSABLE:	EQUIPO DIRECTIVO RAPE	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	TODAS LAS DEPENDENCIAS Y SUS PROCESOS
AUDITOR LÍDER:	ASESOR DE CONTROL INTERNO	EQUIPO AUDITOR:	Jhon Emerson Espitia Olga Lucía López Jeimy Vargas Cubides Sandra Milena Beltrán
CRITERIOS DE AUDITORÍA:	En todos los procesos se auditaron los requisitos de las normas ISO 9001:2008 y NTCGP 1000:2009, previstos en los numerales: 4.1 – 4.2.1 – 4.2.3 – 4.2.4 – 5.3 – 5.4.1 – 5.5 – 8.2.3 – 8-4 – 8.5. Los requisitos particulares que se auditaron en cada proceso fueron: - DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: Numerales 5.1 - 5.5.2 - 5.6.2 - 6.1 - ADMINISTRACIÓN DEL SIG: Numerales 4.2.2 - 5.2 - 5.4.2 - 8.3 - 8.5.2 - COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA: Numerales 5.5.3 - 7.2.3 - GESTIÓN JURÍDICA: Solo requisitos generales - GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: Numerales 6.3 - 6.4 - 7.4 - GESTIÓN DOCUMENTAL: Solo requisitos generales - GESTIÓN FINANCIERA: Numerales 5.1 - 7.4 - 6.1 - GESTIÓN DE LAS TIC: Numerales 6.3 - 7.4 - GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Numerales 6.2.2 - 6.4 - GESTIÓN CONTRACTUAL: Numeral 7.4 - SERVICIO AL CIUDADANO: Numerales 7.2.3 - CONTROL Y SEGUIMIENTO: Numerales 8.2.2 - 8.5.1 - 8.5.2 - 8.5.3. - MISIONALES: Numerales 5.2 - 7.1 - 7.2.1 - 7.2.2 - 7.2.3 - 7.5 - 8.2.1 - 8.2.4 - 8.3 - 8.5.2		

2. METODOLOGÍA Y/O ACTIVIDADES DESARROLLADAS
La auditoría se llevó a cabo entre el 27 de septiembre y el 21 de noviembre de 2016, en las instalaciones de la Región Administrativa de Planeación Especial, RAPE Región Central, ubicadas en la Av. Calle 26 N° 59 - 41/65, Oficina 702. La reunión de apertura tuvo lugar el día 27 de septiembre, ante todos los responsables de los procesos y dependencias de la entidad que conforman el Sistema de Gestión de Calidad, en donde se presentó al equipo auditor y se expusieron cada uno de los requisitos a auditar y la metodología a desarrollar prevista en el Plan de Auditoría correspondiente. El desarrollo del Plan de Auditoría se programó proceso a proceso, en donde, para todos, se establecieron requisitos generales a auditar y, en algunos de ellos, se hizo hincapié en requisitos particulares a valorar. De esta manera, la auditoría a un proceso específico implicó la revisión de su correspondiente documentación, el cotejo de los criterios establecidos, frente a los soportes y evidencias aportados al equipo de auditoría y entrevistas específicas a los responsables de cada proceso auditado.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 2 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

Para ejecutar el Plan de Auditoría, el equipo auditor utilizó como guía de las preguntas a realizar a los entrevistados, el formato "F-CMC.01 - 03. Lista de Verificación o Chequeo", en el cual se plasmaron orientaciones para realizar el ejercicio de auditoría, asociadas a todos los requisitos definidos como criterios de la auditoría al Sistema de Gestión de Calidad de la RAPE Región Central, a verificar en cada uno de sus procesos.

3. FORTALEZAS

- La RAPE Región Central es una entidad nueva que se encuentra en etapa de construcción y consolidación de sus sistemas de gestión. La disposición de sus funcionarios es notable y en el desarrollo de la auditoría demostraron interés particular para atenderla con oportunidad, celeridad y dinamismo, en especial, en lo que se refiere a la presentación y exposición de la documentación de sus respectivos procesos.
- La implementación del Sistema de Gestión de Calidad se ha protocolizado tan solo unos pocos meses después de la entrada en funcionamiento de la entidad, en abril de 2015, lo cual evidencia el compromiso de la Alta Dirección por estandarizar e impulsar la gestión por procesos en la entidad.
- Los funcionarios de la entidad tienen amplia experiencia en el manejo de los asuntos propios de sus procesos a cargo.

4. RELACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS O NO CONFORMIDADES

A continuación, se relacionan los hallazgos de la auditoría al Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, en donde se identifican los criterios de la norma correspondientes y las respectivas observaciones, según el tipo de hallazgo, a saber:

- [Requisitos con Cumplimiento](#)
- [No Conformidades](#)
- [Oportunidades de Mejora](#)

4.1. REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
1	4.1 REQUISITOS GENERALES. La entidad debe establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, de acuerdo con los requisitos de esta norma; este Sistema incluye de manera integral todos los procesos de la entidad que le permiten cumplir su función (Véase Ley 872 de 2003 artículos 3 y 7). La entidad debe: Literal a) determinar los procesos que le permiten cumplir la función que se le ha asignado. Literal b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos Literal d) asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.	RC. 001. Mapa de Procesos La entidad cuenta con Mapa de Procesos, que evidencia la existencia de macroprocesos estratégicos, de apoyo, misionales y de evaluación. Este Mapa se evidenció en el Manual de Calidad el cual se encuentra publicado en el siguiente enlace (http://regioncentralrape.gov.co/sistema-gestion-calidad/) El Mapa de Procesos de la entidad, evidencia la secuencia e interacción entre sus macroprocesos y procesos (Ver el Manual de Calidad en http://regioncentralrape.gov.co/sistema-gestion-calidad/). Con esta información se da cumplimiento a estos literales de la norma previstos en los requisitos generales
2	4.2 GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.1 Generalidades. La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad debe incluir: Literal b) el manual de la calidad Literal c) los procedimientos documentados y los registros requeridos en esta Norma	RC. 002. Manual de Calidad El Manual de Calidad de la entidad recoge toda la información relacionada con los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad, Ver http://regioncentralrape.gov.co/sistema-gestion-calidad/ . En este Manual se evidencia el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, y la justificación de las exclusiones contempladas.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TÍTULO:	CÓDIGO:	Página 3 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.1. REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
	NOTA 1. Cuando aparece el término "procedimiento documentado" dentro de esta Norma, significa que hay que establecer, documentar, implementar y mantener el procedimiento. Un solo documento puede incluir los requisitos para uno o más procedimientos. Un requisito relativo a un procedimiento documentado puede cubrirse con más de un documento. 4.2.2 Manual de la calidad. La entidad debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya: Literal a) el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos los detalles y la justificación de cualquier exclusión (véase el Literal 2.2) Literal b) los procedimientos documentados establecidos para el Sistema de Gestión de la Calidad, o referencia a los mismos Literal c) una descripción de la interacción entre los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad	En el Manual de Calidad se hace referencia a todos los procedimientos requeridos en la norma, en atención de los Numerales: 4.2.3 Control de documentos, 4.2.4 Control de los registros, 8.2.2 Auditoría interna, 8.3 Control de producto y/o servicio no conforme, 8.5.2 Acción correctiva y 8.5.3 Acción preventiva (estos dos últimos en un solo procedimiento). En el capítulo 4.1 de requisitos generales del Manual de Calidad de la entidad, se describe gráficamente la interacción entre los procesos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad de la RAPE Región Central. Con esta información se da cumplimiento a estos literales relacionados con el Manual de Calidad, previstos en materia de gestión documental, de la norma NTCGP 1000:2009.
3	5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad, mediante: Literal a) la comunicación a los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas de la entidad acerca de la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales. Literal b) el establecimiento de la política de la calidad Literal e) el aseguramiento de la disponibilidad de recursos 6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS La entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para: Literal a) implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad Literal b) aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos	RC. 003. Compromiso de la Dirección De acuerdo con el Manual de Calidad de la entidad, la Alta Dirección a través del Comité de Dirección comunica a los Directores, Jefes de Oficina y responsables de los Procesos la importancia de cumplir con los requisitos legales e internos y éstos a su vez mediante reuniones internas lo comunican al interior de sus procesos. En entrevista con el Doctor Carlos Córdoba, Director Ejecutivo de la entidad, y con la Dra. Lisbeth Buitrago, Jefe de Planeación y Representante de la Alta Dirección para la implementación del SGC, se evidencian narrativas asociadas con la preocupación por el cumplimiento de los requisitos legales de la entidad y de la atención de las expectativas y necesidades de los usuarios directos o socios de la RAPE Región Central. Las entrevistas con los diferentes miembros del equipo directivo, demuestran el conocimiento, experiencia y apropiación que tienen del Sistema de Gestión de Calidad, evidenciando su liderazgo y preocupación para empoderar a sus funcionarios y garantizar el mejoramiento continuo de sus procesos, en función de los usuarios y requerimientos legales establecidos en cada tema. En materia de recursos, además de los recursos físicos y humanos, se ha buscado garantizar la disponibilidad de recursos financieros y tecnológicos para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad. El primer objetivo específico señalado en la ficha técnica de formulación del proyecto interno de la entidad, denominado "Fortalecimiento Institucional de la RAPE Región Central", evidencia el compromiso de "Fortalecer la gestión institucional transparente, eficiente y de calidad", en donde se busca implementar acciones y estrategias de transformación institucional que promuevan la eficiencia, transparencia y la calidad en la gestión pública, mediante la implementación de las políticas nacionales de sistemas integrados de gestión pública. Los recursos para el desarrollo de este objetivo en la vigencia 2016 ascienden a \$362 millones. De esta manera, se evidencia el cumplimiento de estos requisitos, asociados con la comunicación, política de calidad y disposición de recursos para la implementación de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009
4	5.3 POLÍTICA DE LA CALIDAD La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad Literal a) es adecuada al objeto para el cual fue creada la entidad	RC. 004. Política de Calidad La Región Central fue constituida con el propósito de impulsar y articular planes regionales de desarrollo económico y ambiental en sus territorios. En este sentido, se observa que la política de

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 4 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.1. REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
	Literal b) es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el Sistema de Control Interno, los planes estratégicos establecidos Literal c) incluye un compromiso de cumplir con los requisitos de sus clientes, de mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad, y dentro del marco de su función, de contribuir al logro de los fines esenciales del Estado, definidos constitucionalmente Literal d) proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad Literal e) se comunica a todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad, y es entendida por ellos Literal f) se revisa para su adecuación continua	calidad señala el "fortalecimiento y desarrollo integral de la región, para lo cual se implementaran estrategias, planes, programas y proyectos de impulso económico, social y ambiental que permita fortalecer la inversión y la competitividad del territorio cumpliendo lo establecido en las líneas estratégicas", asunto que resulta coherente y se adecúa con el objeto por el cual fue creada la entidad. Por su parte, los ejes estratégicos en los que se dividen los procesos misionales, cuentan con bases de datos que evidencian la relación de la política de calidad, con los compromisos de los planes de desarrollo de los territorios socios. Además, esta política manifiesta expresamente su compromiso "con el mejoramiento permanente de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad", asunto que se relaciona tanto con el sistema de desarrollo administrativo, como con los componentes de control interno. También se menciona la intención de "...garantizar el mejoramiento continuo en términos de eficacia, eficiencia y efectividad de los productos y/o servicios, lo cual permitirá cumplir con los requisitos legales y las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y las partes interesadas". Aunque no establece expresamente la atención de los fines del Estado, si deja entrever la intención de atender los requisitos legales. Las diferentes intencionalidades establecidas en la redacción de la política, pueden llegar a traducirse en los objetivos de calidad de la entidad. Se observó también que la política de calidad ha sido socializada a través del Manual de Calidad de la entidad. En las entrevistas con los directivos y demás funcionarios responsables de los procesos, se corroboró el conocimiento de las intencionalidades de dicha política, evidenciando que es entendida por todos. Se evidencia entonces el cumplimiento de estos requisitos, específicos de la política de calidad previstos en los literales a, b, c, d, e y f del numeral 5.3.
5	5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN 5.5.1 Responsabilidad y autoridad. La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la entidad 5.5.2 Representante de la dirección. La alta dirección debe designar un(os) miembro(s) de la dirección de la entidad quien(es), independientemente de otras responsabilidades, debe(n) tener la responsabilidad y autoridad que incluya: Literal a) asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.	RC. 005. Responsabilidad, autoridad y comunicación En la Resolución RAPE No. 153 de 2015, por la cual se adopta el Sistema de Gestión de Calidad, se establecen las responsabilidades para las autoridades allí definidas, a saber: Representante de la Alta Dirección y Equipo de Calidad. Las responsabilidades allí previstas para el Representante de la Alta Dirección, se refieren a su capacidad de liderar la implementación, el mantenimiento, seguimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad. Frente a las responsabilidades del representante de la alta dirección, desde la Oficina Asesora de Planeación, a quien se le ha designado esta responsabilidad, se evidencia la realización de estrategias de socialización permanente a todos los funcionarios de la entidad para empoderar el tema y generar la cultura organizacional requerida para el posicionamiento del Sistema de Gestión de Calidad (reuniones, correos electrónicos, página web, papel tapiz de los equipos de cómputo). Se evidencia entonces el cumplimiento de los requisitos previstos en el numeral 5.5.1, y en los literales a y c del numeral 5.5.3.
6	6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS La entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:	RC. 006. Provisión de Recursos Además de los recursos físicos y humanos, se evidencia la necesidad de garantizar la disponibilidad de recursos financieros y tecnológicos para la implementación del Sistema de Gestión de

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 5 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.1. REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
	Literal a) implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad Literal b) aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos	Calidad. Así es como en el primer objetivo específico señalado en la ficha técnica de formulación del proyecto interno de la entidad, denominado "Fortalecimiento Institucional de la RAPE Región Central", resulta evidente el compromiso de "Fortalecer la gestión institucional transparente, eficiente y de calidad", en donde se busca implementar acciones y estrategias de transformación institucional que promuevan la eficiencia, transparencia y la calidad en la gestión pública, mediante la implementación de las políticas nacionales de sistemas integrados de gestión pública. Los recursos para el desarrollo de este objetivo en la vigencia 2016 ascienden a \$362 millones. Se evidencia con ello el cumplimiento de los requisitos previstos en los literales a y b del numeral 6.1.
7	6.2 TALENTO HUMANO 6.2.1 Generalidades. Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas que realicen trabajos que afecten la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio deben ser competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas. 6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia. La entidad debe: Literal a) determinar la competencia necesaria de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. Literal b) proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria cuando se requiera Literal e) mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas. (Véase el numeral 4.2.4)	RC. 007. Competencia y Formación del Talento Humano Se evidencia que no solo los servidores públicos que realizan las labores de prestación de los servicios misionales, son seleccionados previa verificación de su competencia en lo que respecta a los requisitos exigidos de educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas. Se evidencian registros del formato F-GTH-05 "Verificación del Cumplimiento de Requisitos", que aplican para todos los funcionarios que conforman la planta de personal de la entidad. Para la auditoría se seleccionaron las hojas de vida de funcionarios del nivel directivo, asesor, profesional y técnico. Se evidencia también que los requisitos de cada cargo han quedado previstos en el Manual Específico de Funciones y Competencias, adoptado mediante la Resolución 003 de 2015. Los casos evaluados, evidencian la verificación de la documentación exigida para acreditar formación académica y experiencia, a través del formato F-GTH-05 "Verificación del Cumplimiento de Requisitos". En cada caso, se evidencia la existencia de comunicaciones particulares en donde se les da a conocer a cada funcionario, los actos administrativos del correspondiente nombramiento efectuado, y se les comunican los objetivos y funciones de cada empleo. Finalmente, se evidencia la disposición adecuada de los registros asociados con la documentación correspondiente a las hojas de vida de cada funcionario de la entidad, lo cual facilita su consulta. De esta manera, se evidencia el cumplimiento de los requisitos previstos en el numeral 6.2.1 y de los literales a, b, y e del numeral 6.2.2.
8	6.3 INFRAESTRUCTURA La entidad debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable: Literal a) edificios, espacio de trabajo y sus servicios asociados (por ejemplo: redes internas de suministro de servicios públicos o cableado estructural, entre otros) Literal b) herramientas, equipos y sistemas de información (tanto hardware como software) para la gestión de los procesos Literal c) servicios de apoyo (tales como transporte y comunicación)	RC. 008. Infraestructura La Región Central RAPE, no cuenta con infraestructura propia, sin embargo, mediante el contrato de arrendamiento No. 036 de 2016, se garantiza la infraestructura necesaria para el funcionamiento de la sede principal de la Región Administrativa y de Planeación Especial - RAPE - Región Central, en el inmueble ubicado en la Avenida calle 26 No. 59 - 51 oficina 702, Edificio Cámara Colombiana de la Infraestructura en la ciudad de Bogotá D.C. Esta infraestructura incluye los espacios de oficina y sus servicios asociados (redes internas de suministro de servicios públicos, cableado estructural, ventilación, etc.). Se evidencia la existencia de espacios de trabajo, distribuidos en toda la oficina mediante cubículos individuales que proporcionan comodidad y ergonomía a todos los funcionarios. En cada puesto de trabajo se ha dispuesto de las herramientas, equipos de cómputo, sistemas de información (tanto hardware como software) y

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 6 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.1. REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
		elementos de comunicación para la gestión requerida en cada proceso. En lo que al servicio de transporte se refiere, como no se cuenta con vehículos propios, a través del contrato 024 de 2016, se garantiza la prestación del servicio de transporte público terrestre automotor especial para desarrollar actividades de la Región Administrativa y de Planeación Especial - RAPE - Región Central. Las evidencias existentes son suficientes para determinar el cumplimiento de los requisitos previstos en el numeral 6.3 de la norma técnica.
09	6.4 AMBIENTE DE TRABAJO La entidad debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. NOTA. El término "ambiente de trabajo" está relacionado con aquellas condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo, incluyendo: factores físicos, ambientales y de otro tipo (tales como ergonomía, el ruido, la temperatura, la humedad, la iluminación o las condiciones climáticas).	RC. 009. Ambiente de Trabajo Parte de las condiciones del contrato de arrendamiento del inmueble en donde funciona la entidad, da cuenta de la necesidad de garantizar, por parte del arrendador, las condiciones necesarias del ambiente de trabajo, referidas a los factores físicos y ambientales que tienen que ver con ruido, temperatura, humedad, iluminación y/o condiciones climáticas. De igual forma, con la contratación realizada mediante el proceso MC-006 DE 2016, para la prestación de servicios y de apoyo necesarios para desarrollar el Programa de Bienestar e Incentivos de la entidad para el año 2016, se busca mejorar la calidad de vida de los funcionarios y sus familias, mediante acciones que permiten atender los requerimientos de los funcionarios y las dependencias, relacionadas con asuntos de Seguridad y Salud en el trabajo, y Calidad de Vida, principalmente. Estas acciones permiten evidenciar el cumplimiento de los requisitos señalados en el numeral 6.4 de la norma.
10	7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO La entidad debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto y/o la prestación del servicio. La planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (véase el numeral 4.1). Durante la planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio, la entidad debe determinar, cuando sea apropiado, lo siguiente: Literal b) la necesidad de establecer procesos y documentos y de proporcionar recursos específicos para el producto y/o servicio Literal c) las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo / pruebas específicas para el producto y/o servicio, así como los criterios para la aceptación de éste Literal d) los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización del producto y/o prestación del servicio resultante cumplen los requisitos (véase el numeral 4.2.4). El formato de presentación de los resultados de esta planificación debe ser adecuado para la forma de operación de la entidad NOTA 1. Un documento que especifica los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (incluyendo los procesos de realización del producto y/o prestación del servicio) y los recursos a aplicar a un producto, servicio, proyecto o contrato específico, puede denominarse plan de la calidad. La norma NTC-ISO 10005 establece directrices para la elaboración de los planes de calidad	RC. 010. Planificación del producto o servicio La entidad ha establecido en su mapa de procesos, dos que son de carácter misional, a través de los cuales se desarrollan los servicios ofertados "<i>Gestión de la información y generación de servicios</i>" y "<i>Gestión del desarrollo regional</i>". Estos procesos misionales se ejecutan a través de 5 ejes estratégicos de planificación, que agrupan la mayor parte de los recursos de inversión, orientados al desarrollo de cada servicio y, en especial, del desarrollo de la Articulación Interinstitucional, la Estructuración de Programas y Proyectos de Inversión y la Gestión de Fuentes de Financiación. A través de la estructuración de programas y proyectos, se establecen las actividades para verificar, validar, hacer seguimiento y determinar el nivel de avance de cada uno de los compromisos previstos en los correspondientes Planes de Acción, asunto que se verifica de manera trimestral, en cabeza de la Oficina Asesora de Planeación. Esta labor se refuerza a través de los instrumentos previstos en el proceso de Gestión Contractual, en donde, de acuerdo con las modalidades de contratación definidas, se establecen obligaciones específicas y entregables que dan cuenta del desarrollo de los servicios contratados. En este sentido, se evidencia en los procesos misionales el uso de los formatos definidos por la entidad, tanto para la planeación como para la contratación, así como informes de supervisión contractual en donde se aprecia la valoración del cumplimiento de requisitos y obligaciones establecidas en cada contrato. Con el seguimiento a estos planes de acción, se consolidan los resultados específicos de la entidad en el cumplimiento de los compromisos asociados a sus 5 ejes estratégicos y los correspondientes servicios.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TÍTULO:	CODIGO:	Página 7 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.1. REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
		Además, la planificación se ve reforzada con la implementación de otras herramientas con las que cuenta la entidad, tales como el Plan Anual de Adquisiciones del procesos Gestión Contractual, y el Presupuesto Operativo Anual de Inversiones y el Plan Anual Mensualizado de Caja del proceso de Gestión Financiera, elementos suficientes para establecer el cumplimiento de los requisitos señalados en el numeral 7.1, en lo que tiene que ver con la coherencia con otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad y con los balances sobre el cumplimiento de los compromisos adquiridos, que dan cuenta del nivel de ejecución de los proyectos de la entidad.
11	7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE 7.2.3 Comunicación con el cliente. La entidad debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a: Literal a) la información sobre el producto y/o servicio Literal b) las consultas, contratos o solicitudes, incluidas las modificaciones Literal c) la retroalimentación del cliente, incluidas sus peticiones, quejas, reclamos, percepciones y sugerencias Literal d) mecanismos de participación ciudadana, según sea aplicable	RC. 011. Comunicación con el Cliente En la página web de la entidad se encuentra información suficiente que da cuenta del cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 7.2.3, relacionados con la comunicación con el cliente. En efecto, en el vínculo http://regioncentralrape.gov.co/servicios-2/, se relacionan los servicios previstos por la entidad para su desarrollo misional, así como el alcance de cada uno de los ejes estratégicos (submenú “Ejes Estratégicos” del menú principal “LA REGIÓN CENTRAL”). De igual manera, en lo que tiene que ver con las consultas de la información contractual de la entidad, el aplicativo SECOP de la página web de Colombia Compra Eficiente, se encuentra debidamente actualizada y, además, en la web de la entidad se relacionan todos los contratos celebrados en cada vigencia, en el vínculo http://regioncentralrape.gov.co/plan-de-compras/. Así mismo, dado que se trata de una entidad joven, no ha recibido mayor cantidad de peticiones, quejas, reclamos, percepciones y sugerencias, sin embargo, las que han llegado han sido atendidas de manera oportuna, tal y como lo evidencian los informes de control interno realizados semestralmente, los cuales se pueden consultar en la web, en el vínculo: http://regioncentralrape.gov.co/informes-control-interno/, el cual hace parte de la información prevista en el submenú “Rendición de Cuentas” del menú “ATENCIÓN AL CIUDADANO” de dicha página web. Otros mecanismos de participación ciudadana tienen que ver con los ejercicios de rendición de cuentas que se hacen mediante audiencia pública (como la realizada en Villavicencio el 27 de octubre de 2016) o con la publicación de los logros de la entidad en las redes sociales.
12	7.4 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS 7.4.1 Proceso de adquisición de bienes y servicios. La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, o en las disposiciones aplicables. El tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al producto y/o servicio adquirido debe depender de su impacto sobre: Literal a) la realización del producto y/o prestación del servicio Literal b) el producto y/o servicio final La entidad debe evaluar y seleccionar a los proveedores con base en una selección objetiva y en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios, de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad.	RC. 012. Adquisición de Bienes y Servicios La entidad cuenta con un Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría de Contratos, en cumplimiento de los principios de la función administrativa consignados en el artículo 209 de la Constitución Política y según lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.5.3 del Decreto 1082 del 2015 y en la normatividad contractual vigente y de acuerdo con los requisitos mínimos de cada modalidad de contratación, en donde se determinan los lineamientos para garantizar el cumplimiento de requisitos especificados en los pliegos de condiciones, estudios previos y demás elementos que establecen las condiciones para la gestión contractual de la entidad. Según el Manual en mención, en la justificación de los factores de selección que permitan identificar la oferta más favorable, debe indicarse la forma en que se seleccionará la oferta más favorable para la entidad, dejando claro

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 8 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.1. REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
	NOTA 1. Selección objetiva se refiere a aquella selección en la cual la escogencia se hace al ofrecimiento más favorable a la entidad y a los fines que ella busca, sin tener en consideración factores de afecto o de interés y, en general, cualquier clase de motivación subjetiva. Deben establecerse los criterios para la selección y la evaluación de proveedores. Deben mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria derivada de éstas (véase el numeral 4.2.4). NOTA 2. El término “evaluación de proveedores” incluye la evaluación inicial y las posteriores que se deriven de la necesidad de evaluar el desempeño del proveedor (re-evaluaciones). 7.4.2 Información para la adquisición de bienes y servicios. La información descrita en los pliegos de condiciones o en las disposiciones aplicables del producto y/o servicio por adquirir, debe incluir, cuando sea apropiado: Literal a) los requisitos para la aprobación del producto y/o servicio, procedimientos, procesos y equipos Literal b) los requisitos para la calificación del personal Literal c) los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad La entidad debe asegurarse de la adecuación de los requisitos para la adquisición de bienes y servicios especificados, antes de comunicárselos al proveedor. 7.4.3 Verificación de los productos y/o servicios adquiridos La entidad debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple con lo especificado en los pliegos de condiciones o en las disposiciones aplicables. Cuando la entidad o su cliente quieran llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la entidad debe establecer en los pliegos de condiciones o en las disposiciones aplicables las especificaciones para la verificación pretendida y el método para la aceptación del producto y/o servicio. 8.4 ANÁLISIS DE DATOS El análisis de datos debe proporcionar información sobre: Numeral d) los proveedores (véase el numeral 7.4).	el método o factores que se tendrán en cuenta para tal selección, según como lo establece el artículo 88 de la Ley 1474 de 2011. De otra parte, en atención de los requisitos de publicación de información correspondientes a cada modalidad contractual, se verificó en el aplicativo SECOP de Colombia Compra Eficiente, que la entidad haya cumplido con estas responsabilidades. Específicamente se revisaron los procesos correspondientes a los contratos No. 030 de 2015 (adquisición, configuración, instalación, puesta en marcha y mantenimiento preventivo de los componentes tecnológicos), No. 052 de 2016 (Suministro de elementos de seguridad y salud en el trabajo), No. 058 de 2016 (estructurar y proyectar una estrategia de acción por parte de la RAPE Región Central en el marco de los acuerdos de la Habana) y el de Consultoría No. 048 de 2016 (Formular un plan estratégico regional que oriente las acciones a emprender por la RAPE Región Central). Para los contratos que aplica, se evidenció la aplicación de instrumentos de evaluación de la idoneidad y análisis de datos para el cumplimiento de requisitos de los oferentes, antes de comunicárselos a los interesados. Para los contratos que ya realizaron pagos, de acuerdo con las obligaciones estipuladas por las partes, se evidenció el cumplimiento de informes de supervisión o Certificados de Cumplimiento de la prestación del servicio, que dan cuenta de la evaluación y aceptación de los productos o entregables previstos. En todos los casos, los pagos previstos están sujetos al cumplimiento de las obligaciones y/o a la entrega de los productos o entregables establecidos, para lo cual la entidad ha establecido que la supervisión e interventoría de los contratos es el mecanismo utilizado para vigilar la correcta ejecución contractual, que consiste en hacer seguimiento y vigilancia técnica, administrativa, financiera, contable y jurídica para el adecuado inicio, ejecución y liquidación de un contrato o convenio. Todo contrato de la Región Central contará con un supervisor y/o interventor que deberá hacer la labor de seguimiento de la ejecución contractual, como efectivamente se evidenció en los contratos revisados. (las funciones de supervisión e interventoría están previstas en el Manual de Contratación - http://regioncentralrape.gov.co/plan-de-compras/) Con la verificación de estos documentos, se evidencia el cumplimiento de los requisitos asociados con el 7.4 de la norma, así como el literal d) del numeral 8.4.
13	8.2.2 Auditoría interna. La entidad debe llevar a cabo, a intervalos planificados, auditorías internas para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad: Literal a) es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de esta norma y con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad establecidos por la entidad, y Literal b) se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva. Se debe establecer un procedimiento documentado para definir las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorías, establecer los registros e informar de los resultados.	RC. 013. Auditoría Interna Es importante aclarar que la presente auditoría al Sistema de Gestión de Calidad es la primera en su tipo que se realiza en la entidad. Se evidencia que el desarrollo de esta auditoría ha sido conforme a las condiciones previamente planificadas y cubre la totalidad de los requisitos previstos en la norma y los estipulados por la entidad en la Resolución RAPE No. 153 de 2015. La auditoría cuenta con un Plan en donde se establecieron los criterios a auditar, el alcance, la frecuencia y cronograma detallado. En el acta y presentación de la reunión de apertura se evidencia la metodología a utilizar. El proceso de selección de auditores involucró, en primera instancia, un filtro preliminar por parte del proceso de Gestión del Talento Humano con los funcionarios con experiencia y

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 9 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.1. REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
	Deben mantenerse registros de las auditorías y sus resultados (véase numeral 4.2.4). Se debe planificar un programa de auditorías internas tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos por auditar, así como los resultados de auditorías previas. Se deben definir los criterios de la auditoría interna, su alcance, su frecuencia y metodología. La selección de los auditores y la realización de las auditorías internas deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Los auditores no deben auditar su propio trabajo. El responsable del proceso que esté siendo auditado debe asegurarse de que se realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación (véase el numeral 8.5.2).	certificación en sistemas de gestión. Se evidencia un instrumento de apoyo para analizar los temas de dominio del personal seleccionado y, con base en ello, se determinaron los procesos a auditar por cada una de las personas seleccionadas, a quienes se les notificó su participación como auditores, mediante memorando interno. Al revisar el cumplimiento de lo planificado resultó ser eficiente, con la cobertura del alcance programado, demostró su eficacia. En cuanto a la efectividad, está solo será posible medir con el desarrollo de las acciones previstas en el Plan de Mejoramiento resultante de esta auditoría. Se evidencia la existencia del procedimiento P-CMC.01 Realización Auditorías Internas V1-2016, en el proceso de Control y Mejoramiento Continuo, en donde se señalan las responsabilidades, políticas de operación y los requisitos para desarrollar las auditorías internas. Se evidencian además registros virtuales y en físico de cada informe realizado por control interno. En lo que concierne a la Auditoría de Calidad, se evidencian registros relacionados con el Plan de Auditoría, la convocatoria, presentación, acta y listado de asistencia de la reunión de apertura, los listados de chequeo que orientan las auditorías a cada proceso y algunos formatos con la valoración de la satisfacción de los clientes de la auditoría. Se evidenció la existencia de un Programa Anual de Auditorías (su última versión fue aprobada en la 2ª reunión del Comité de Coordinación de Control Interno)
14	8.5 MEJORA 8.5.2 Acción correctiva. La entidad debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con el objeto de evitar que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas. Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para: Literal a) revisar las no conformidades (incluidas las quejas y reclamos de los clientes), Literal b) determinar las causas de las no conformidades Literal c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir Literal d) determinar e implementar las acciones necesarias Literal e) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase el numeral 4.2.4) 8.5.3 Acción preventiva. La entidad debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para: Literal a) determinar las no conformidades potenciales y sus causas Literal b) evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades Literal c) determinar e implementar las acciones necesarias Literal d) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase el numeral 4.2.4)	RC. 014. Acciones correctivas y preventivas La entidad cuenta con el procedimiento P-CMC.02 "Acciones preventivas, correctivas y de mejora V2-2016", que inicia con la identificación de una no conformidad real, potencial u oportunidad de mejora, derivada del resultado de auditorías internas de gestión, auditorías externas, de la autoevaluación de los procesos o de otra fuente, y termina con el seguimiento del plan de mejoramiento, determinando la eficacia de las acciones ejecutadas. Dentro de las actividades de este procedimiento se encuentran las de la "Identificación de Causas que generan cada Hallazgo" e "Identificación de tipo de acción y descripción de acciones a ejecutar". De este procedimiento se desprende el formato F-CMC.02 - 02 Plan de Mejoramiento, a través del cual los procesos deben registrar las acciones identificadas y sus resultados, y control interno debe establecer la eficacia de cada una de las acciones para determinar si deben cerrarse o mantenerse abiertas dentro del plan de mejora. Con corte a septiembre 30 de 2016, se observa un reporte de seguimiento del Plan de Mejoramiento de la entidad, en donde se identifican 14 acciones correctivas, 3 acciones preventivas y 35 acciones de mejora, para un total de 52 acciones. De éstas, 20 corresponden a los procesos de la Dirección Corporativa, 16 a los procesos de la Oficina de Planeación, 13 a los procesos de la Dirección Ejecutiva y 3 a los procesos de la Dirección Técnica. A la fecha de corte, solo 5 acciones fueron catalogadas como eficaces y 4 de ellas fueron cerradas por el proceso de Control Interno. Estas evidencias son suficientes para considerar que la entidad está dando cumplimiento a los numerales 8.5.2 y 8.5.3 de la norma técnica.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 10 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.2. NO CONFORMIDADES

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
1	4.1 REQUISITOS GENERALES. La entidad debe establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, de acuerdo con los requisitos de esta norma; este Sistema incluye de manera integral todos los procesos de la entidad que le permiten cumplir su función (Véase Ley 872 de 2003 artículos 3 y 7). La entidad debe: Literal c) determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes Literal e) realizar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de estos procesos Literal f) implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos Literal g) establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad. 5.4 PLANIFICACIÓN 5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad. La alta dirección debe asegurarse de que: Literal a) la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1, así como los objetivos de la calidad. Literal b) se mantiene la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste. 8.1 GENERALIDADES MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA. La entidad debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para: Literal b) asegurarse de la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad Literal c) mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad Esto debe comprender la determinación de los métodos aplicables, incluidas las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización. 6.2 TALENTO HUMANO 6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia. La entidad debe: Literal c) evaluar las acciones tomadas, en términos de su efecto sobre la eficacia, eficiencia o efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad. 8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos. La entidad debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, y cuando sea posible, su medición. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia). El seguimiento y la medición del impacto (efectividad) de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados como en el manejo de los recursos utilizados pueden realizarse por proceso, por conjunto de procesos o en forma global para el Sistema. Como resultado del seguimiento de la medición y seguimiento de los procesos, deben	NC 001. Seguimiento, Medición y Análisis de Procesos. No se encontraron evidencias que den cuenta de los criterios y métodos diseñados por la entidad para conocer la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos, contraviniendo los requisitos establecidos en los literales c), e), f) y g) del numeral 4.1, en los literales a y b del numeral 5.4.2, en el literal c) del numeral 6.2.2, en los literales b y c del numeral 8.1, en el numeral 8.2.3, así como en los literales a, b y c del numeral 8.4 y el numeral 8.5.1 de la norma NTCGP 1000:2009, situación que dificulta el monitoreo de la gestión de los procesos, la identificación de riesgos u oportunidades de mejora, y la valoración del aporte de cada proceso al cumplimiento de las metas institucionales y del Sistema de Gestión de Calidad. Aunque algunos procesos (Dirección Corporativa y Control Interno), han construido formatos mediante los cuales se podría establecer la eficacia y eficiencia de la operación de los mismos (planes de trabajo y/o indicadores), no se evidenció la existencia de una herramienta institucional, que permita el seguimiento periódico, para facilitar la medición y análisis de los resultados de todos los procesos de la entidad y su impacto en la gestión. No se encontraron instrumentos que unifiquen criterios de medición, evaluación, ni se hallaron evidencias sobre lineamientos que den cuenta de algún tipo de periodicidad determinada por la Alta Dirección para los seguimientos a la gestión de procesos. Si bien es cierto, existen informes producto del análisis de control interno frente al cumplimiento de requisitos específicos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con las características de la entidad, éstos no son suficientes para determinar el nivel de satisfacción de usuarios internos y externos, las tendencias de los procesos o los niveles de conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del SGC. De otra parte, el Mapa de Riesgos de la entidad, mediante el cual se establecen controles para mitigar cada riesgo y contrarrestar sus causas, solo hace referencia a riesgos de corrupción y no cuenta con información de todos los procesos. Además, en los riesgos relacionados en dicho Mapa, algunos de los controles existentes presentan inconsistencias, como se evidencia en el informe de seguimiento al mapa de riesgos de corrupción (http://regioncentralrape.gov.co/wp-content/uploads/2016/09/2016-%E2%80%93Seguimiento-a-Mapa-de-Riesgos-de-Corrupci%C3%B3n-%E2%80%93mayo-a-agosto.pdf). En este sentido, el Mapa de Riesgos, tampoco permite contar con seguimiento, medición y valoración de los controles de los riesgos que se deben asociar a todos los procesos de la entidad. Los insumos que generan estos instrumentos, hoy ausentes en la entidad, permitirían contar con información necesaria para establecer los análisis del caso y determinar las acciones que conduzcan a la mejora continua de productos, procesos y de la propia planificación e implementación del SGC, en beneficio del cumplimiento de los objetivos y de la política de calidad de la entidad.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 11 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.2. NO CONFORMIDADES

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
	llevarse a cabo correcciones, acciones preventivas y/o correctivas, según sea conveniente. NOTA 1. Para el seguimiento y la medición de los procesos se pueden emplear métodos como indicadores, encuestas, seguimiento al avance de los proyectos y cronogramas entre otros. Los métodos de seguimiento y medición deben facilitar el seguimiento por parte de los clientes y las partes interesadas, y los resultados pertinentes deben estar disponibles y ser difundidos de manera permanente en las páginas electrónicas, cuando se cuente con ellas u otros medios con los que se cuente. NOTA 2. Al determinar los métodos apropiados, es aconsejable que la entidad considere el tipo y el grado de seguimiento o medición apropiado para cada uno de sus procesos en relación con su impacto sobre la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio y sobre la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad. 8.4 ANÁLISIS DE DATOS El análisis de datos debe proporcionar información sobre: Literal a) la satisfacción del cliente (véase el numeral 8.2.1) Literal b) la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio (véase el numeral 7.2.1) Literal c) las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluidas las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas, (véanse los numerales 8.2.3 y 8.2.4), La entidad debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad. Esto debe incluir los datos generados por el resultado del seguimiento y medición y los generados por cualesquiera otras fuentes pertinentes. 8.5 MEJORA 8.5.1 Mejora continua. La entidad debe mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.	
2	4.2 GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.1 Generalidades. La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad debe incluir: Literal d) los documentos, incluidos los registros, requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus funciones y que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos. NOTA 2. La documentación puede estar en cualquier formato o tipo de medio. NOTA 3. El conjunto de los documentos relacionados en los literales c) y d) conforman el: "Manual de operaciones o procedimientos". 4.2.3 Control de documentos. Los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse. Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:	NC 002. Control de Documentos del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal d) del numeral 4.2.1, así como en los literales d), e), f) y g) del numeral 4.2.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que, aunque el procedimiento P-SIG.01 Elaboración y Control de Documentos_V1, plantea un control en la Actividad 12 que indica la obligatoriedad de "... garantizar el control de versiones y documentos obsoletos", no se encontraron evidencias de la disponibilidad de los documentos obsoletos, ni del control de versiones en los puntos de uso de los documentos (One Drive). Dentro de la información del procedimiento, tampoco se aprecian orientaciones sobre los medios disponibles de consulta de los documentos oficiales y sus registros. Además, tan solo 3 procesos cuentan con documentación totalmente normalizada. El procedimiento P-SIG.01 tampoco define controles para asegurarse que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables. Tampoco se evidencian controles para asegurarse de que los documentos de origen externo que la entidad

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TÍTULO:	CÓDIGO:	Página 12 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.2. NO CONFORMIDADES

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
	Literal d) el procedimiento define controles para asegurarse de que las versiones vigentes y pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso Literal e) El procedimiento define controles para asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables Literal f) El procedimiento define controles para asegurarse de que los documentos de origen externo que la entidad determina que son necesarios para la planificación y la operación del Sistema de Gestión de la Calidad, se identifican y que se controla su distribución Literal g) El procedimiento define controles para prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón	determina que son necesarios para la planificación y la operación del Sistema de Gestión de la Calidad, se identifican y que se controla su distribución. Finalmente, el procedimiento no define controles para prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón. No se brindan lineamientos sobre el uso de copias controladas o no controladas. Estas falencias ocasionan riesgos relacionados con el uso de la documentación oficial del SGC, por cuanto los procesos pueden utilizar documentos erróneos, tales como formatos, plantillas, manuales e instructivos, afectando con ello la pertinencia y calidad de la información y de los registros de la entidad. En efecto, este riesgo se materializa en procesos en donde se aprecia el uso de formatos que no son oficiales o registros en formatos no vigentes. Los formatos de mayor uso, que evidencian falencias en el control documental, son el <i>Acta de Reunión</i> y la <i>Lista de Asistencia</i>. Algunos temas en donde se evidenció esta particularidad son: Comité de Contratación, Confirmación Servicios Operativos, Reunión Comunicaciones, Comité de Coordinación de Control Interno, Normograma, entre otros. Así mismo se evidenció duplicidad de documentos en el SGC, como es el caso del procedimiento de Acciones preventivas, correctivas y de mejora, el cual se encuentra documentado en el proceso de control y mejoramiento continuo bajo el código P-CMC.02 Acciones preventivas, correctivas y de mejora y a la vez en el proceso de administración del SIG bajo el código P-SIG.03 Acciones correctivas, preventivas y de mejora. Sin embargo, vale la pena destacar que con la normalización del procedimiento P-SIG.01 Elaboración y Control de Documentos_V1, la entidad está dando cumplimiento a buena parte del artículo 4.2.3, en los literales a) y b) relacionados con las acciones para revisar y actualizar los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, y en el literal c).
3	4.2 GESTIÓN DOCUMENTAL 4.2.4 Control de los registros. Los registros son un tipo especial de documento y se establecen para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos, así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad deben controlarse. Literal b) Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables	NC 003. Control de Registros del SGC. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el literal b) del numeral 4.2.4 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que, aunque el listado de maestro de documentos de la entidad hace referencia a todos los documentos relacionados con los procedimientos y procesos del Sistema de Gestión de Calidad, no cuenta con la relación de los respectivos registros, en especial los que están en uso por parte de los procesos de la entidad, asunto que evidencia la ausencia de controles, generando el riesgo de propiciar la desorganización documental y de los expedientes oficiales de cada proceso. Se requiere incorporar la información de la totalidad de los registros que está utilizando la entidad a través de sus procesos dentro del listado de maestro de documentos y verificar la actualización de los nombres de algunos procesos. Además, con la normalización del documento I-M-GD.01 Instructivo Organización de Expedientes, del proceso Gestión Documental, cuyo objetivo es <i>"Establecer las directrices para la organización de los expedientes que produce cada dependencia en desarrollo de sus procesos bajo el marco de los principios y normatividad archivística establecidos por el Archivo General de la Nación (AGN), con el fin de garantizar la autenticidad, integridad y conservación documental y</i>

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 13 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.2. NO CONFORMIDADES

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
		de las cuales todas las personas que formamos parte de la entidad, tenemos la responsabilidad de dar estricto cumplimiento", se establecieron las directrices para darle orden a cada proceso de la entidad (depuración, foliación y marcación). Sin embargo, aunque los registros evidenciados en los procesos resultan legibles, ningún proceso ha adelantado las acciones necesarias para que estos sean fácilmente identificables de manera que su consulta responda a los parámetros del Programa de Gestión Documental, y su custodia responda a los lineamientos sobre archivos de gestión, los cuales aún no están organizados y, por tanto, la recuperación se dificulta. Sin embargo, vale la pena destacar que con la normalización del procedimiento P-SIG.02 Control de Registros V.1, la entidad está dando cumplimiento al literal a) del numeral 4.2.4, por cuanto allí define los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.
4	5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 5.6.1 Generalidades. La alta dirección debe revisar el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe realizarse por lo menos una vez al año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos la política de la calidad y los objetivos de la calidad. 5.6.2 Información de entrada para la revisión. La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir: a) los resultados de auditorías; b) la retroalimentación del cliente; c) el desempeño de los procesos y la conformidad del producto y/o servicio; d) el estado de las acciones correctivas y preventivas; e) las acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección; f) los cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad; g) las recomendaciones para la mejora; y h) los resultados de la gestión realizada sobre los riesgos identificados para la entidad, los cuales deben estar actualizados (véase además el numeral 4.1 literal g). 5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad, mediante: Literal d) la realización de las revisiones por la dirección 5.5.2 Representante de la dirección. La alta dirección debe designar un(os) miembro(s) de la dirección de la entidad quien(es), independientemente de otras responsabilidades, debe(n) tener la responsabilidad y autoridad que incluya: Literal b) informar a la alta dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y de cualquier necesidad de mejora	NC 004. Revisión por la Dirección. Se contravienen las disposiciones previstas en el literal d) del numeral 5.1 sobre el Compromiso de la Dirección, así como los requisitos señalados en los numerales 5.6.1, 5.6.2 y 5.6.3 relacionados con la Revisión por la Dirección, y en el literal b) del numeral 5.5.2 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, sobre las responsabilidades previstas para el Representante de la Dirección, por cuanto a la fecha no se evidenció la realización de revisiones al Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, por parte de la Alta Dirección, lo cual genera el riesgo de no contar con información analítica que le permita a la máxima autoridad de la entidad, identificar el nivel de eficacia, eficiencia y efectividad de su SGC, con el fin de establecer las correspondientes necesidades de mejora.
5	4.2.1 Generalidades. La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad debe incluir: Literal a) las declaraciones de la política de la calidad y de los objetivos de la calidad 5.4.1 Objetivos de la calidad. La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluidos aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto y/o servicio (véase el numeral 7.1,	NC 005. Objetivos de calidad Se configura la no conformidad de los requisitos señalados en el literal a) del numeral, 4.2.1, así como en el numeral 5.4.1 y en el literal a) del numeral 7.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, dado que la entidad no ha declarado oficialmente sus objetivos de calidad y, en consecuencia, no se han establecido dentro del Manual de las funciones y no existen indicadores para su

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 14 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.2. NO CONFORMIDADES

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
	literal a)), se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la entidad. Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad. 7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO La entidad debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto y/o la prestación del servicio. La planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (véase el numeral 4.1). Durante la planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio, la entidad debe determinar, cuando sea apropiado, lo siguiente: Literal a) los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto y/o servicio.	valoración, lo cual afecta la medición del nivel de cumplimiento de la política de calidad y del Sistema de Gestión de Calidad.
6	6.2 TALENTO HUMANO 6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia. La entidad debe: Literal d) asegurarse de que los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas son conscientes de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.	NC 006. Toma de Conciencia sobre Objetivos de Calidad Se configura la no conformidad de los requisitos señalados en el literal d) del numeral 6.2.2 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, toda vez que no se evidenciaron mecanismos que permitan establecer el nivel de contribución que los servidores públicos y/o particulares realizan en cumplimiento de sus funciones públicas para lograr los objetivos de calidad, considerando que éstos no se han declarado oficialmente por parte de la entidad. En este sentido, una vez formalizados los objetivos de calidad, la entidad deberá establecer estrategias conducentes a asegurar que sus funcionarios entienden y son conscientes de la pertinencia e importancia de su labor en función de los objetivos de calidad.
7	8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN 8.2.1 Satisfacción del cliente. Como una de las medidas del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, la entidad debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información. NOTA El seguimiento de la percepción del cliente puede incluir la obtención de elementos de entrada de fuentes como las encuestas de satisfacción del cliente, los datos del cliente sobre la calidad del producto y/o servicio entregado, los resultados de los mecanismos de participación ciudadana, las encuestas de opinión del usuario, el análisis de la pérdida de negocios, las felicitaciones, las garantías utilizadas, los informes de los agentes comerciales, mercancías devueltas, entre otros. 5.5.2 Representante de la dirección. La alta dirección debe designar un(os) miembro(s) de la dirección de la entidad quien(es), independientemente de otras responsabilidades, debe(n) tener la responsabilidad y autoridad que incluya: Literal c) asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la entidad.	NC 007. Satisfacción del Cliente. Se configura la no conformidad del numeral 8.2.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, correspondiente a la Satisfacción del Cliente, por cuanto no se evidencia el uso ni la institucionalización de instrumentos que le permitan a la entidad contar con información que dé cuenta del nivel de satisfacción de los clientes externos e internos, frente a la prestación de los diferentes servicios y labores adelantadas por cada proceso, lo cual conlleva a que no sea posible plantear alternativas o establecer estrategias para aumentar el nivel de dicha satisfacción, de acuerdo con los requisitos establecidos para cada servicio o con el alcance de los objetivos y políticas de operación previstas en los procedimientos. Igualmente, en lo que tiene que ver con las responsabilidades del representante de la alta dirección, no se observan las relacionadas con la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la entidad, razón por la que se configura la no conformidad relacionada con el incumplimiento del literal c) del numeral 5.5.2 Representante de la Dirección.
8	8.1 GENERALIDADES MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA La entidad debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para: Literal a) demostrar la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.	NC 008. Seguimiento y medición del producto y/o servicio. Se configura la no conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 8.2.4 y en el literal a) del numeral 8.1 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, ya que, aunque la entidad hace seguimiento y medición de los productos y entregables previstos en sus procesos contractuales, la gestión

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 15 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

4.2. NO CONFORMIDADES

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
	8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN 8.2.4 Seguimiento y medición del producto y/o servicio. La entidad debe hacer un seguimiento y medir las características del producto y/o servicio, para verificar que se cumplen sus requisitos. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto y/o prestación del servicio según las disposiciones planificadas (véase el numeral 7.1). Debe mantenerse evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Los registros deben indicar la(s) persona(s) que autoriza(n) la entrega del producto y/o prestación del servicio al cliente (véase el numeral 4.2.4). La autorización para entregar al cliente el producto o prestar el servicio no debe llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas (véase el numeral 7.1), a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda por el cliente.	debe considerar el desarrollo de procesos que no necesariamente requieren recursos presupuestales y por ello, los productos y servicios ofrecidos o entregados por cada proceso, deben hacer seguimiento y verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos para cada producto o servicio. Revisado cada proceso, aunque existe propuesta de indicadores para la mayor parte de ellos, no se evidenciaron seguimientos o mediciones que permitan establecer el nivel de cumplimiento de los requisitos de cada producto y/o servicio. Tampoco se evidenció la existencia de otros instrumentos, herramientas o elementos en los procesos de la entidad, que puedan contribuir a la identificación del nivel de satisfacción de un producto o servicio.
9	8.3 CONTROL DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME La entidad debe tratar los productos y/o servicios no conformes identificados, de acuerdo con sus características, mediante una o más de las siguientes maneras: Literal a) la definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada; Literal d) tomando acciones apropiadas a los efectos, reales o potenciales, de la no conformidad cuando se detecta un producto y/o servicio no conforme después de su entrega o cuando ya ha comenzado su uso. La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos establecidos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Cuando se corrija un producto y/o servicio no conforme, debe someterse a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos. Se deben mantener registros (véase el numeral 4.2.4) de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones que se hayan obtenido.	NC 009. Registros del Producto No Conforme. Se contravienen las disposiciones previstas en los literales a y d, así como las aclaraciones señaladas en el numeral 8.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, por cuanto no se encontraron evidencias que den cuenta del uso del procedimiento P-SIG.04 "Producto y/o servicio no conforme", que inicia con la identificación del producto y/o servicio no conforme y termina con la toma de acciones a seguir para impedir su uso o aplicación, por tanto, no se evidenció la existencia de registros en donde se haya establecido la conformidad o no de un producto o servicio, en atención de los requisitos establecidos, o en donde se hayan determinado los respectivos tratamientos.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TÍTULO:	CÓDIGO:	Página 16 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

5. RELACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIONES

OPORTUNIDADES DE MEJORA

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
1	5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN 5.5.3 Comunicación interna. La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.	OM 001. Comunicación Interna Se recomienda documentar las evidencias que dan cuenta de la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones de comunicación interna de la entidad, de acuerdo con los requisitos establecidos en los numerales 5.5.3 de Comunicación Interna de la norma técnica NTCGP 1000:2009. En efecto, aunque el proceso de Comunicación Institucional realiza mediciones y seguimientos al cubrimiento noticioso de las novedades e iniciativas de la entidad, en redes sociales y en medios de comunicación, es importante instrumentalizar los resultados e impactos, con el fin de evidenciar la eficacia, eficiencia y la efectividad del proceso Así mismo, con las estrategias de comunicación establecidas en la entidad (redes sociales, página web, correos electrónicos, papel tapiz de los equipos de cómputo), reuniones de socialización o acciones de rendición de cuentas), se evidencia la intención de garantizar oportunidad, celeridad, objetividad y transparencia para dar a conocer la gestión permanente de la entidad, tanto a los funcionarios como a la ciudadanía, sin embargo, la comunicación se ha concentrado en la socialización de los asuntos de carácter misional, razón por la que es recomendable fortalecer la Comunicación Interna que contribuya a la socialización del alcance, logros y gestiones que se adelantan para el logro de la misión de la entidad, desde los procesos no misionales.
2	7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. La entidad debe determinar: Literal a) los requisitos especificados por el cliente, incluidos los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a ésta. NOTA 1. Las actividades posteriores a la entrega incluyen, por ejemplo, acciones cubiertas por la garantía, obligaciones contractuales como servicios de mantenimiento, y servicios suplementarios como el reciclaje o la disposición final Literal b) los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto Literal c) los requisitos legales y reglamentarios aplicables al producto y/o servicio NOTA 2. Los requisitos legales y reglamentarios incluyen los relacionados con la política vigente de racionalización de trámites. Literal d) cualquier requisito adicional que la entidad considere necesario. 7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. La entidad debe revisar los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. Esta revisión debe efectuarse antes de que la entidad se comprometa a proporcionar un producto y/o servicio al cliente, y debe asegurarse de que: Literal a) están definidos los requisitos del producto y/o servicio Literal b) están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos definidos y los expresados previamente.	OM 002. Requisitos del producto o servicio En los requisitos establecidos en los numerales 7.2.1 y 7.2.2 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, se recomienda estandarizar los instrumentos que permiten definir y realizar la revisión de los requisitos asociados a cada servicio de la entidad, por cuanto con ello se puede evitar el riesgo de generar información dispersa y desconcentrada y se pueden establecer controles que le permitan a la entidad valorar el nivel de pertinencia para emprender nuevas iniciativas, y determinar el nivel de avance de cada iniciativa adelantada. Aunque desde el punto de vista de la gestión contractual, la entidad establece los productos y entregables específicos de cada contrato, con base en los mandatos y hechos regionales de los que trata el Documento Técnico de Soporte que brinda los elementos estratégicos sobre los cuales debe orientarse la ejecución de la misionalidad, así como en los requerimientos particulares previstos por los diferentes procesos en el ejercicio de construcción del presupuesto de cada vigencia, para el caso de los productos y servicios misionales, aunque existen estrategias específicas de intervención (http://regioncentralrape.gov.co/servicios-2/), y se han determinado requisitos particulares de los socios territoriales de la entidad, es necesario normalizar un documento con las orientaciones para su diligenciamiento (procedimiento, instructivo, protocolo, etc.), a través del cual se estandarice la información de todos los ejes misionales y lograr consolidar en un único instrumento las bases de datos correspondientes, que permitan la gestión de la información para determinar los requerimientos particulares de cada uno de los servicios misionales de la entidad, razón por la que el cumplimiento de este requerimiento de la norma constituye una oportunidad de mejora.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TÍTULO:	CÓDIGO:	Página 17 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

OPORTUNIDADES DE MEJORA

ITEM	CRITERIO	OBSERVACIÓN
	Literal c) La entidad tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos Deben mantenerse registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por ésta (véase el numeral 4.2.4). Cuando se cambien los requisitos del producto y/o servicio, la entidad debe asegurarse de que la documentación pertinente sea modificada y de que los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas correspondientes sean conscientes de los requisitos modificados.	En materia de revisión de requisitos, desde los procesos misionales se evidencia la existencia de revisiones relacionadas con las expectativas y necesidades de los usuarios directos de la entidad, es decir, los territorios socios que demandan los servicios desarrollados por RAPE Región Central. Aunque el ejercicio ha sido realizado de manera individual por los responsables de cada uno de los ejes misionales, se aprecia el uso de formatos no normalizados, pero que contienen la información señalada en este requisito, en donde se han realizado cruces de datos entre los requisitos definidos en los Planes de Desarrollo de cada territorio y los mandatos o hechos regionales identificados en el momento de creación de la entidad, previstos en el “Documento Técnico de Soporte” que definió las líneas generales de intervención misional. Además, el presupuesto de la entidad ha sido programado en atención de su capacidad institucional para ejecutar los compromisos resultantes de este cruce de información. Sin embargo, como se ha mencionado, es necesario normalizar el formato y el documento pertinente con las orientaciones para su diligenciamiento (procedimiento, instructivo, protocolo, etc.), con el fin de generar estándares para todos los ejes misionales y lograr consolidar en un único instrumento las evidencias que den cuenta del nivel de cumplimiento de los requisitos de los socios asociados con la puesta en marcha de cada una de las iniciativas generadas o gestionadas por la Región Central.
3	8.3 CONTROL DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME La entidad debe tratar los productos y/o servicios no conformes identificados, de acuerdo con sus características, mediante una o más de las siguientes maneras: Literal b) la autorización de su uso, aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente. Literal c) la definición de acciones para impedir su uso o aplicación originalmente prevista Se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto y/o servicio no conforme.	OM 003. Procedimiento Producto No Conforme Se configura una oportunidad para mejorar el procedimiento P-SIG.04 “Producto y/o servicio no conforme” y atender así los requerimientos correspondientes a los literales b) y c) previstos en el numeral 8.3 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, por cuanto es necesario establecer actividades que precisen la autorización del uso del producto o servicio, así como acciones para impedir su uso o aplicación, en especial cuando ya ha comenzado el uso del producto o servicio.
4	8.5 MEJORA 8.5.2 Acción correctiva. La entidad debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con el objeto de evitar que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas. Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para: Literal f) revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas 8.5.3 Acción preventiva. La entidad debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para: Literal e) revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas	OM 004. Eficacia de Acciones Plan de Mejora Se configura una oportunidad para mejorar el procedimiento P-CMC.02 “Acciones preventivas, correctivas y de mejora V2-2016” y atender así los requerimientos correspondientes al literal f) previsto en el numeral 8.5.2 de la norma técnica NTCGP 1000:2009, con el fin de especificar los requisitos necesarios para revisar la eficacia de las acciones correctivas o preventivas definidas en el Plan de Mejoramiento de la entidad, que se menciona en la actividad “Cierre de acciones previstas en el Plan de Mejoramiento”, estableciendo que en caso que las acciones previstas en el Plan de Mejoramiento por cada proceso, hayan sido eficaces, control interno procederá a realizar el cierre de las mismas, para lo cual se hace uso del formato F-CMC.02-02 Plan de Mejoramiento.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	Página 18 de 24

6. CONCLUSIONES DE AUDITORÍA

La Región Administrativa de Planeación Especial de la Región Central, es una entidad recientemente creada, que implementó su Sistema de Gestión de Calidad -SGC- mediante la Resolución 153 de diciembre de 2015. Los resultados de la auditoría reflejan un nivel de desarrollo adecuado, considerando que no ha transcurrido aún el primer año de implementación del SGC, y ya cuenta con un nivel de avance que alcanza un porcentaje del 68%. Los esfuerzos de la entidad para incrementar este nivel de avance, deben concentrarse, principalmente, en los requisitos relacionados con la medición, análisis y mejora, así como en la gestión documental del SGC (control de documentos y de registros).

En efecto, el uso de herramientas, instrumentos y/o estrategias de seguimiento, medición y análisis del Sistema de Gestión de la Calidad, no solo permite establecer su eficiencia, eficacia y efectividad en tiempo real, sino que además debe complementarse con la identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios y la medición de su nivel de satisfacción.

Se debe normalizar la documentación de todos los procesos, de manera que se formalicen todas las políticas de operación aplicables a cada proceso. Es importante, además, establecer estrategias de socialización mediante acciones de sensibilización y capacitación, que propicien la adecuada implementación y uso por parte de todos los funcionarios de la entidad. En este sentido, desde el proceso de gestión documental se deben adelantar las gestiones necesarias para garantizar la debida organización de los archivos de gestión y transferencias documentales que apliquen, de manera que todos los procesos puedan contar con una adecuada organización de sus registros y activos de información.

Se reitera la evidente disposición de todo el personal en los avances requeridos para la implementación del SGC, asunto que constituye una fortaleza de la entidad, sumando a la voluntad y apoyo de la Alta Dirección.

La auditoría permitió la identificación de 14 fortalezas, que dan cuenta de los requisitos específicos de la norma NTCGP 1000:2009, que la entidad está cumpliendo, aunque también evidenció los requisitos específicos que requieren mejorar o implementarse, determinado hallazgos que dan cuenta de 9 no conformidades y 4 oportunidades de mejora. A continuación, el balance de los hallazgos resultantes de la auditoría:

- **14 Requisitos con Cumplimiento** (corresponden a 71 requisitos específicos):

- RC. 001. Mapa de Procesos
- RC. 002. Manual de Calidad
- RC. 003. Compromiso de la Dirección
- RC. 004. Política de Calidad
- RC. 005. Responsabilidad, autoridad y comunicación
- RC. 006. Provisión de Recursos
- RC. 007. Competencia y Formación del Talento Humano
- RC. 008. Infraestructura
- RC. 009. Ambiente de Trabajo
- RC. 010. Planificación del producto o servicio
- RC. 011. Comunicación con el Cliente
- RC. 012. Adquisición de Bienes y Servicios
- RC. 013. Auditoría Interna
- RC. 014. Acciones correctivas y preventivas

- **9 No Conformidades** (corresponden a 59 requisitos específicos):

- NC 001. Seguimiento, Medición y Análisis de Procesos
- NC 002. Control de Documentos del SGC
- NC 003. Control de Registros del SGC
- NC 004. Revisión por la Dirección

	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO		VERSIÓN No. 01
	PROCEDIMIENTO: REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		VIGENTE A PARTIR DE: 2016
	TÍTULO: INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO: F-CMC.01 - 05	Página 19 de 24

- NC 005. Objetivos de calidad
- NC 006. Toma de Conciencia sobre Objetivos de Calidad
- NC 007. Satisfacción del Cliente
- NC 008. Seguimiento y medición del producto y/o servicio
- NC 009. Evidencias Producto No Conforme
- **4 Oportunidades de Mejora** (corresponden a 12 requisitos específicos):
 - OM 001. Comunicación Interna
 - OM 002. Requisitos del producto o servicio
 - OM 003. Procedimiento Producto No Conforme
 - OM 004. Eficacia de Acciones Plan de Mejora

7. RECOMENDACIONES

Con el fin de complementar las conclusiones y las observaciones que, de manera general, se han realizado para determinar el cumplimiento de los requisitos objeto del ejercicio de la auditoría al Sistema de Gestión de Calidad de la RAPE Región Central, a continuación, se relacionan una serie de recomendaciones para la optimización o fortalecimiento de cada uno de los procesos de la entidad:

Recomendaciones Generales para cada Proceso

- Normalizar la caracterización del proceso, revisando especialmente el alcance de sus objetivos y de las actividades previstas en el ciclo PHVA.
- Actualizar y normalizar los documentos de cada proceso en donde se establecen las políticas de operación y los controles que los funcionarios deberán tener en cuenta para el desarrollo de su labor, en especial, en lo que se refiere a los documentos relacionados con los procedimientos y manuales de cada proceso.
- Normalizar y socializar todos los documentos del proceso con todos los funcionarios de la entidad, para garantizar el uso de los formatos, plantillas, instructivos y demás documentos oficiales.
- Considerar la generación de indicadores en cada proceso, de tal forma que por lo menos se cuente con un indicador que mida la eficacia, uno que mida la eficiencia y uno que determine la efectividad de los productos y servicios ofrecidos por cada proceso.
- Actualizar o generar la matriz de riesgo del proceso, en donde se identifique claramente cada riesgo, su análisis y valoración, y se establezcan controles pertinentes para la mitigación del riesgo y/o sus causas.
- Establecer planes de trabajo o planes de acción, que le permita a cada proceso hacer seguimiento periódico, evaluar su gestión operativa y generar las acciones de mejora correspondiente.
- Revisar y actualizar el normograma de cada proceso.
- Hacer uso de la documentación oficial de cada proceso, realizando la consulta directamente desde la ubicación establecida para tal fin por parte de la Oficina Asesora de Planeación, absteniéndose de emplear documentos que han sido enviados por correo electrónico o reposan en las carpetas de trabajo de los equipos de cómputo de cada funcionario.
- Realizar mediciones de la satisfacción de los usuarios de cada proceso, con cada uno de los servicios prestados o productos realizados, y realizar los correspondientes análisis de los datos que soporten las decisiones del proceso.

Proceso Administración del SIG

- Fortalecer la cultura de gestión por procesos, por cuanto unos pocos no tienen claro su interacción con otros procesos y las caracterizaciones de algunos requieren actualización (Gestión Jurídica, TICS, Comunicación

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	Página 20 de 24

estratégica). Este ejercicio se puede impulsar con requerimientos periódicos sobre el avance de cada proceso en términos de plan de acción, indicadores, gestión de riesgos y plan de mejoramiento.

- Aunque en el Manual de Calidad de la entidad se presentan tres exclusiones, dado el abordaje que se le está dando a los servicios de la entidad, es importante reconsiderar el numeral 7.3 Diseño y Desarrollo, con el fin de incluirlo como parte de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad de la RAPE región Central.
- Actualizar el Manual de Procesos y Procedimientos de la entidad o Manual de Operaciones, de acuerdo con los requerimientos establecidos en los literales c) y d) del numeral 4.2.1 de la norma NTCGP 1000:2009.
- Establecer instrumentos que faciliten la programación, seguimiento y valoración de planes de acción, indicadores y la matriz de riesgos por proceso, con el fin de apoyar la evaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad.
- Oficializar los objetivos de calidad de la entidad y mejorar la socialización de la política para que, junto a los objetivos de calidad, a los funcionarios les sea fácil referenciarlos.
- Institucionalizar los puntos de uso para la disponibilidad de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, que garanticen la consulta permanente de los documentos oficiales y de los documentos obsoletos, sin que dicho espacio esté asociado al perfil específico de usuario de alguno de los funcionarios de la entidad.
- Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón. Así mismo generar estrategias que adviertan al usuario sobre el uso de copias controladas o no controladas de la documentación oficial del SGC.
- Precisar las fechas de las versiones de los documentos de cada proceso, para que por lo menos se establezca el mes y la vigencia en la que se generan, ya que con la sola referencia del año se propician escenarios de confusión y riesgos en el uso de las versiones oficiales.
- Establecer y documentar procedimiento, manual o instructivo para la adecuada administración de riesgos de manera que se considere integralmente la probabilidad, causa e impacto de los mismos en cada proceso, a fin de establecer controles efectivos.
- Actualizar el procedimiento de Control de Documentos para atender la totalidad de requerimientos previstos en al NTCGP1000:2008
- Actualizar el procedimiento de Control de Registros para atender la totalidad de requerimientos previstos en al NTCGP1000:2008
- Además de socializar y capacitar sobre la aplicación del procedimiento P-SIG.04 “Producto y/o servicio no conforme”, se deben establecer actividades que precisen las acciones para impedir el uso o aplicación de productos o servicios no conformes.

Proceso Direccionamiento Estratégico

- Fortalecer el equipo de trabajo de la Oficina Asesora de Planeación de manera que se cuente con el personal requerido para asumir las responsabilidades de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en todos sus funcionarios, de tal forma que se distribuya la labor de asesoría y acompañamiento, que permita actuar con mayor celeridad y oportunidad en la caracterización de procesos, el levantamiento de la documentación asociada y en la revisión, seguimiento y valoración de la gestión de los procesos de la entidad.
- Realizar la primera Revisión del Sistema de Gestión de Calidad por parte de la Alta Dirección, antes de culminar la vigencia 2016. En lo que se refiere a la información de entrada para dicha revisión, se sugiere lo siguiente:
 - a) los resultados de auditorías: Existen informes y seguimientos realizados por Control Interno que pueden utilizarse para este requisito.
 - b) la retroalimentación del cliente: Existe información relacionada con algunos eventos de la entidad (Mercado Campesino) que puede ser útil para identificar esta información.
 - c) el desempeño de los procesos y la conformidad del producto y/o servicio: Con los instrumentos existentes se puede realizar un balance preliminar básico del estado de los procesos.
 - d) el estado de las acciones correctivas y preventivas: Con el seguimiento al Plan de Mejoramiento realizado con el último corte trimestral, se puede analizar este requerimiento.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	Página 21 de 24

- e) las acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección.
- f) los cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad.
- g) las recomendaciones para la mejora. Buena parte de ellas se pueden extraer de los informes de control interno.
- h) los resultados de la gestión realizada sobre los riesgos identificados para la entidad. Se pueden extraer del informe de control interno sobre el Mapa de Riesgos de Corrupción.

- Revisar la pertinencia de actualizar la política de calidad de la entidad para hacer explícitos algunos asuntos relacionados con el sistema de control interno, la contribución al logro de los fines del estado establecidos en la constitución, y la coherencia con planes de desarrollo, planes sectoriales y planes de desarrollo administrativo.
- Incorporar dentro de las responsabilidades del Representante de la Alta Dirección del SGC, la de asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la entidad.
- Liderar la construcción del Portafolio de Servicios de la entidad, con la información de los procesos misionales y con el apoyo de los procesos de Atención al Ciudadano y Comunicación Institucional.

Proceso Gestión Jurídica

- Gestionar el traslado del formato F-SIG.04 Normograma, desde el proceso de Administración del Sistema Integrado de Gestión hacia el de Gestión Jurídica.
- Documentar un procedimiento (instructivo o protocolo) que garantice la consolidación, actualización y seguimiento permanente del normograma de la entidad.
- Gestionar la actualización del normograma de la entidad, consolidando y valorando la información suministrada por cada uno de los procesos de la entidad.
- Revisar la pertinencia de los procedimientos del proceso, para establecer los necesarios y actualizar los existentes, garantizando la coherencia entre cada procedimiento y sus documentos de apoyo. Por ejemplo, el procedimiento P-GJ.01 Gestión de actos administrativos, menciona el uso del formato F-GD.01 Formato de ruta, pero no existen registros relacionados. También se hace referencia al formato F-GJ.01 Conceptos jurídicos en este procedimiento, sin que corresponda a ninguno de los registros de dicho procedimiento. En el procedimiento P-GJ.02 Atención a requerimientos jurídicos, se hace referencia al formato F-GJ.01 Respuesta a solicitud de concepto, denominación que no corresponde al formato adoptado en el SGC (F-GH.01 Conceptos jurídicos).

Proceso Gestión Documental

- Generar estrategias para organizar y poner al día los archivos de gestión de cada proceso de la entidad, considerando el análisis que de la información suministrada por todos los procesos en el formato F-M-GD.01-03 Formato Único de Inventario Documental V.1, debe realizar el proceso de Gestión Documental.
- Adelantar acciones conjuntas con los Procesos de Administración del SIG, Comunicación Estratégica y Gestión de TIC, de manera que se determine la clasificación de la información e inventario documental para garantizar que la custodia de la información responda a los lineamientos de los archivos, con el fin de organizarlos correctamente, mitigando posibles pérdidas de información y generando herramientas que permitan la recuperación en caso de que este riesgo se materialice.
- Adelantar las acciones necesarias para que los documentos generados en cumplimiento de la misión de la entidad sean fácilmente identificables, de manera que su consulta responda a los parámetros del Programa de Gestión Documental aprobado en los términos de ley.

Proceso Gestión TICS

- Actualizar el Manual de Gestión TICs para incorporar la política de administración de la página web de la entidad, de común acuerdo con el proceso de Comunicación Institucional.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	Página 22 de 24

- Incorporar políticas de operación relacionadas con el mantenimiento correctivo que realizan los funcionarios del proceso Gestión TICS a manera de soporte técnico, solicitado por los demás funcionarios de la entidad.
- Establecer instrumento que permita valorar por parte del usuario, el nivel de satisfacción frente al servicio de soporte técnico prestado por el proceso.
- Socializar a todos los funcionarios de la entidad las políticas de operación previstas en el Manual de Gestión TICS y generar estrategias que permitan propiciar la cultura requerido para el uso apropiado de los servicios suministrados por el proceso Gestión TICS.

Proceso Comunicación Institucional

- Normalizar el instrumento para dar a conocer el papel, importancia y políticas de operación relacionadas con cada una de las estrategias de comunicación que la entidad ha venido utilizando para informar, promover y posicionar su gestión institucional, en función de la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad. Se sugiere construir este instrumento a manera de Manual de Comunicaciones, en donde, además, se incorporen las políticas de operación relacionadas con el manual de imagen de la entidad.
- Documentar las evidencias que dan cuenta de la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones de comunicación interna de la entidad, para fortalecer el proceso y contribuir con el conocimiento de las gestiones que se adelantan para el logro de la misión de la entidad en los procesos no misionales.
- Documentar las acciones de mejora del proceso en el formato F-CMC.02-02 Plan de Mejoramiento.
- Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación Institucional en la construcción del Portafolio de Servicios de la entidad, con la información de los procesos misionales.

Proceso Gestión Contractual

- El contrato 030 de 2015, objeto de esta auditoría, se fechó como 09 de agosto de 2015, fecha que es anterior a la de adjudicación (07 de octubre), por lo cual se recomienda realizar el ajuste del caso.
- En el contrato 052 de 2016, se utilizó el formato no normalizado de Certificado de Cumplimiento de la prestación del servicio, a pesar que a la fecha de suscripción de este certificado (04 de octubre de 2016), ya era oficial el uso del nuevo formato.
- El expediente del contrato 058 de 2016, da cuenta de documentos adicionales a los previstos en el formato F-M-GC.01-07, sin hacer la correspondiente relación en el registro como, por ejemplo, el certificado de no disponibilidad de personal de planta. En SECOP, en la información del Detalle del Proceso, la fecha de la minuta del contrato se relacionó como de la vigencia 2015. Se recomienda realizar los ajustes respectivos.
- Para los contratos que con fecha posterior al 30 de septiembre de 2016 no han culminado su ejecución, se recomienda utilizar la Lista de Verificación correspondiente al nuevo formato F-M-GC.01-07, para realizar la verificación documental y organizar el respectivo expediente.
- Realizar una jornada de revisión de la información de cada contrato de la entidad publicado en SECOP, con el fin de verificar los datos allí consignados y garantizar su correspondencia con los documentos físicos que reposan en cada expediente contractual.

Proceso Servicio al Ciudadano

- Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación Institucional en la construcción del Portafolio de Servicios de la entidad, con la información de los procesos misionales.
- Documentar la funcionalidad de cada uno de los canales de comunicación con el usuario que se han incorporado en la entidad.
- Consolidar y coordinar la medición de la satisfacción de los usuarios con cada proceso, para los servicios prestados o productos realizados, y realizar los correspondientes análisis de los datos que soporten las decisiones del proceso.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
TITULO:	CODIGO:		
INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	Página 23 de 24	

Proceso Bienes y Servicios

- Incorporar en el Manual de Bienes y Servicios la gestión y administración de seguros y pólizas de aplicabilidad en la entidad, con sus correspondientes políticas de operación.
- Establecer estrategias de acción para mitigar posibles riesgos por contingencias relacionadas con los recursos físicos de la entidad, en especial los de infraestructura y transporte.

Proceso Control y Mejoramiento Continuo

- Revisar y ajustar el procedimiento P-CMC.02 "Acciones preventivas, correctivas y de mejora V2-2016", de manera que se establezcan políticas de operación relacionadas con los requisitos necesarios para revisar la eficacia de las acciones correctivas o preventivas definidas en el Plan de Mejoramiento de la entidad.
- Revisar y realizar actualización de registros propios del proceso de manera que se incorporen en los formatos vigentes aplicables, como es el caso del documento "Plan de Mejoramiento" el cual se encuentra consignado en formato F-CMC -.06 que no corresponde al establecido como registro en el procedimiento P-CMC.02 Acciones preventivas, correctivas y de mejora (F-CMC.02.02). Igualmente, la relación de registros y/o activos de información del proceso se encuentra detallada el "Formato Único de Inventario Documental" en versión de formato no normalizado por el SGC (F-GD.000) siendo el formato normalizado y vigente el F-M-GD.01-03.

Proceso Gestión del Talento Humano

- Incorporar en el Manual Especifico de Funciones y de Competencias Laborales de la entidad el deber de los funcionarios de cumplir con el Sistema de Gestión de Calidad, de manera que se establezca la responsabilidad de todos con el cumplimiento de los objetivos de calidad y con los requisitos para el producto y/o servicio, según corresponda.
- Establecer estrategias para asegurar que los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas sean conscientes de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.
- Revisar las políticas de operación de los procedimientos y manuales del proceso, relacionados con los temas de capacitación, inducción y salud ocupacional, para precisar su alcance o para hacer referencia a su consulta en otros documentos relacionados.
- Considerar el diseño de instrumentos que permitan valorar la eficiencia y la eficacia de los programas de capacitación y de entrenamiento en el puesto de trabajo en los que participan funcionarios de la RAPE Región Central, generando el informe correspondiente.
- Realizar por lo menos una estrategia anual, que permita evaluar la oportunidad, calidad y el grado de satisfacción de los funcionarios de la entidad con las acciones adelantadas a través de los programas de capacitación, bienestar, salud ocupacional, inducción y reinducción.
- Hacer uso de los indicadores de seguimiento que ya han sido definidos en el proceso Gestión del Talento Humano.
- Con los resultados de las valoraciones realizadas a cada actividad, realizar informes periódicos que retroalimenten al proceso para optimizar la toma de decisiones.

Proceso Gestión Financiera

- Establecer instrumentos para llevar a cabo el seguimiento periódico y permanente del Plan Anual Mensualizado de Caja, generando las políticas de operación correspondientes en el procedimiento o manual del caso.
- Verificar la formalización de todos los registros del proceso mediante la suscripción de las firmas correspondientes en donde haya lugar, por parte de los responsables de la contabilidad, la tesorería y el presupuesto, según aplique.
- Revisar y precisar el papel del proceso de Gestión Financiera en la programación, actualización, seguimiento y evaluación del Plan Anual de Adquisiciones.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No.
	FORMATO		01
	PROCEDIMIENTO:		VIGENTE A PARTIR DE:
	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS		2016
	TITULO:	CODIGO:	Página 24 de 24
	INFORME DE AUDITORÍA	F-CMC.01 - 05	

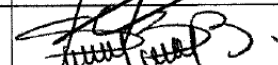
- Establecer estrategias o mecanismos tendientes a la generación y documentación de registros que den evidencia formal del seguimiento a la ejecución presupuestal que se realiza, tales como comunicaciones a los responsables de los procesos, envío de alertas de ejecución, etc.

Procesos Misionales

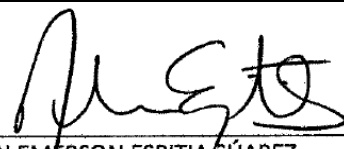
- Se debe dimensionar y detallar el alcance de los servicios misionales que oferta la entidad a través de sus cinco ejes estratégicos, con las especificaciones correspondientes a los requisitos exigidos para que cada servicio tenga lugar y pueda ser verificado su cumplimiento, ya que hasta el momento únicamente se encuentran identificados.
- Se debe fortalecer la planificación para la prestación de los servicios misionales de manera que estos sean coherentes con los requisitos de los otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad y con los compromisos y capacidad de gestión de cada Eje.
- Se deben apropiar e implementar las políticas de operación administrativas, en especial las relacionadas con el manejo documental, para garantizar la correcta organización de expedientes y del archivo de los asuntos misionales, así como la correspondiente custodia de información física y digital.
- Se deben establecer las necesidades y expectativas de los usuarios de los asuntos misionales en un único instrumento que consolide todas las variables trabajadas en cada eje estratégico, que permita realizar la caracterización de cada usuario y complementar así los requisitos asociados a cada producto y servicio.
- Es necesario institucionalizar instrumentos que den cuenta del nivel de satisfacción de los clientes externos e internos, frente a la prestación de los diferentes servicios y labores adelantadas que permitan determinar alternativas o establecer estrategias para aumentar el nivel de dicha satisfacción, de acuerdo con los requisitos establecidos para cada servicio o con el alcance de los objetivos y políticas de operación previstas.
- Se deben generar estrategias que permitan establecer la no conformidad de los productos y servicios ofrecidos, en atención del procedimiento P-SIG.04 "Producto y/o servicio no conforme", para lo cual se sugiere generar y normalizar instrumentos que faciliten dicho control, por ejemplo, un instrumento de verificación de la pertinencia de adoptar nuevas iniciativas en la entidad y otro instrumento para establecer el nivel de avance, oportunidad y calidad de cada iniciativa adelantada.

8. AUDITOR LÍDER Y EQUIPO AUDITOR

Equipo Auditor

NOMBRES	CARGO	FIRMA
OLGA LUCÍA LÓPEZ MORA	Profesional Especializado Dirección Corporativa	
JEIMY VARGAS CUBIDES	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación	
SANDRA MILENA BELTRÁN DÍAZ	Profesional Especializado Dirección Técnica	

Auditor Líder


JHON EMERSON ESPITIA SUÁREZ Asesor de Control Interno