



## **Bureau Veritas Certification**

### **Certificación de Sistemas de Gestión**

#### **Visita de Seguimiento 2**

**ISO 9001:2008, NTC GP1000:2009**

## **Bureau Veritas Certification**

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION  
PUBLICA**

Información de la Organización						
Nombre de la Organización		DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA				
Dirección	Carrera 6 No. 12 – 62		Ciudad	Bogotá		
Teléfono No.	(571) 5667650 / 3344080		Fax No.	(571) 5667650 / 3344080		
Página Web	<a href="http://www.dafp.gov.co">www.dafp.gov.co</a>					
Contrato(s) No(s).		CO-2016-0463				
Información de Contacto						
Nombre persona contacto	María del Carmen López Olga Lucía Arango		Teléfono No.	(571) 5667650		
Dirección e-mail	mlopez@funcionpublica.gov.co / oarango@funcionpublica.gov.co					
Información de la Auditoría						
Norma(s)	ISO 9001:2008	NTC GP1000:2009	0	0	0	
Código(s)	36					
Nº de Empleados	244		Nº Turnos		1	
Tipo de Auditoría	Visita de Seguimiento 2					
Fecha Inicio Auditoría fase 1 o seguimiento:	NA		Fecha Fin Auditoría fase 1 o seguimiento:		NA	
Fecha inicio Auditoría fase 2:	23/08/2016		Fecha Fin Auditoría fase 2:		24/08/2016	
Proxima visita antes de:	18/06/2016		Duración (días) de la proxima visita:		Según oferta de Recertificación	
Información del Auditor						
Auditor Líder:	Rafael Orjuela V		Iniciales líder:	ROV		
Auditor (es) (Miembros de Equipo)	NA	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	
Especialista	NA					
Horario de los Turnos	8:00 a.m. - 5:00 p.m.					
Si se trata de una auditoria "multi-site", se establece un Apéndice relacionando todos los emplazamientos relevantes y/o centros remotos establecidos y anexos al informe de auditoría.						
Distribución	Cliente / Equipo Auditor / Oficina BV Certification					

Resumen de los hallazgos de la auditoria				
No. De No conformidades registradas:	Mayores:	0	Menores:	5
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Duración de la Auditoría Extraordinaria:		NA día(s)
Fechas reales de la auditoria extraordinaria:	Inicio:	NA	Final:	NA
Observaciones auditoria extraordinaria:	NA			
Recomendación del equipo Líder				
Normas (s)	Recomendación			
ISO 9001:2008	Mantener el certificado, ya que la Entidad presentó el plan de acciones satisfactorio para el cierre de las NC menores reportadas en el presente informe; y el mismo fue avalado por el Auditor Líder.			
NTC GP1000:2009	Mantener el certificado, ya que la Entidad presentó el plan de acciones satisfactorio para el cierre de las NC menores reportadas en el presente informe; y el mismo fue avalado por el Auditor Líder.			
Equipo Líder (1):	Auditor (es) Miembros del equipo			
Rafael Orjuela V	NA	0		
	0	0		
	0	0		
Alcance (el alcance debe ser verificado)				
Formulación, Instrumentalización y difusión de política, Asesoría a las instituciones públicas, Selección meritocratica de cargos de gerencia pública y jefes de control interno, Administración y otorgamiento del premio nacional de alta gerencia e inscripción en el banco de éxitos.				
El documento de existencia legal concuerda con la dirección y nombre de la empresa:	<input checked="" type="checkbox"/>	El objeto social tiene relacion con el alcance del Sistema de Gestion.		<input checked="" type="checkbox"/> VERDADERO
Comentarios de la revisión del documento de existencia legal:	El DAFP es la entidad técnica, estratégica y transversal del Gobierno Nacional que contribuye al bienestar de los colombianos mediante el mejoramiento continuo de la gestión de los servidores públicos y las instituciones en todo el territorio nacional. Función Pública hace parte de los 24 sectores que componen la Rama Ejecutiva Nacional, siendo cabeza del sector Función Pública, del cual también hace parte la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP); entidad descentralizada de carácter universitario con presencia regional.			
Acreditación:	ONAC	GP 1000:2009		
Nº de Certificados requeridos:	2	2		
Idiomas:	Español	Español		
Motivo para emitir el Certificado:	Conformidad del SGC de acuerdo a los requisitos de las Normas Auditadas y lo planificado por la Entidad.			
<b>Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina):</b> Especificar los cambios en la Organización (alcance, número de empleados, emplazamientos, dirección, gestión, organización...). Ver coherencia con la Solicitud de Certificación				

## RESUMEN DE AUDITORIA

Objetivos de la auditoria:

### FASE 1:

1. Validar el alcance.
2. Confirmar la adecuación de la documentacion de la Organización.
3. Determinar el estado de preparación para la auditoria de la etapa 2.
2. Confirmar que el Sistema de Gestion cubre adecuadamente todos los requerimientos de la norma auditada.
3. Confirmar que los elementos fundamentales del Sistema de Gestión son implementados incluyendo al menos un ciclo de auditorías internas y revisión por la dirección.
4. Revisar la asignación de recursos para la auditoria de etapa 2 obteniendo una comprensión suficiente del SG y la operación.
5. Recolectar la información relevante para la efectiva planificación de la auditoría al Sistema completo.

### FASE 2

1. Confirmar que el Sistema de Gestión cumple todos los requisitos aplicables de la norma auditada asi como requisitos legales;
2. Confirmar que la Organización ha implementado efectivamente las disposiciones planificadas
3. Confirmar que el Sistema de Gestión es capaz de cumplir la política y alcanzar los objetivos de la Organización.
4. Confirmar el desempeño del sistema de gestión.
5. Validar el uso del logo de BVQi.

### Resultados de las auditorias previas.

Los resultados de la última auditoría de este Sistema han sido revisados, en particular para asegurar que se han implantado las adecuadas correcciones y acciones correctivas para tratar cualquier no conformidad identificada

Nº de no conformidades de la anterior auditoría:	Mayores	0	Menores	0
Nº de no conformidades cerradas:	Mayores	0	Menores	0
Nº de no conformidades abiertas de nuevo:	Mayores	0	Menores	0
Las conclusiones de la revisión de las NC inmediatamente anteriores son:	En el ciclo de auditoria anterior y según la muestra determinada por el equipo auditor no se reportaron NC.			
Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certification	Se observa que la Entidad mantiene el certificado después de realizada la auditoria de certificación y las dos visitas de seguimiento acordadas con BVQI.			
Insumos basicos y planificación inicial: <small>(Actividades/locaciones/procesos/funciones de la organización basados en el plan de auditoría que fue presentado y se acordó con el auditado antes de la auditoria y fueron cubiertos y enumerados en la Sección de Resumen de Auditoría (Matriz de Auditoría) del informe)</small>	Se llevaron a cabo las actividades propias de la planificación de la auditoria tales como: revisión de la información entregada por la oficina de BVQI, revisión del mapa de procesos suministrado por la organización; así mismo se elaboró el plan de auditoria el cual se presentó en la reunión de apertura y fue aceptado por el auditado, de igual forma se presentaron los documentos y la información requerida en la etapa de planificación.			

**Personas Claves Entrevistadas / Involucradas**

Nombre y Apellido	Departamento / Proceso
LILIANA CABALLERO DURAN	DIRECTORA
MARIA DEL CARMEN LOPEZ	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN
OLGA LUCÍA ARANGO BARBARÁN	CORDINADOR MEJORAMIENTO - OFICINA ASESORA DE PLANEACION
ESNEDA GAMBOA MALAGON	PROFESIONAL ESPECIALIZADO OFICINA DE CONTROL INTERNO
ROGER ALONSO QUIRAMA GARCIA	JEFE OFICINA DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN
LUCY VILLARRAGA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIC
ANDREA MARTINEZ CALVO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIC
ARMANDO ARDILA DELGADO	SUBDIRECTOR
CARLOS ARTURO FERRO	CONTRATISTA SUBDIRECTOR
ADRIANA KATHERINE DAZA SIERRA	ASESOR SUBDIRECCION
HILDA RAMIREZ VILLEGAS	ASESOR SUBDIRECCION
DIEGO ALEJANDRO BELTRAN	DIRECTOR GESTION DEL CONOCIMIENTO Y GRUPOS DE VALOR
SARA RESTREPO PEREZ	CONTRATISTA GESTION DEL CONOCIMIENTO Y GRUPOS DE VALOR
SEBASTIAN PEÑA	PROFESIONAL GESTION DEL CONOCIMIENTO Y GRUPOS DE VALOR
CESAR ALEXANDER CORREDOR MELO	COORDINADOR GRUPO DE COMUNICACIONES
GABRIELA OSORIO VALDERRAMA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
ANGELA MARIA GONZALEZ LOZADA	SECRETARIA GENERAL
NATALIA ASTRID CARDONA RAMIREZ	ASESORA SECRETARIA GENERAL
JUDY RODRIGUEZ	COORDINADOR DE GRUPO GESTION DOCUMENTAL
JAIME HUMBERTO JIMENEZ VERGEL	COORDINADOR DE SERVICIO AL CIUDADANO

**Hallazgos de Auditoria**

El equipo auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos significativos, riesgos y objetivos. La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de las actividades y revisión de documentos y registros

La Auditoría en sitio inició con una Reunión de Apertura, contando con la asistencia de altos directivos de la organización.

Los hallazgos de auditoría fueron comunicados a la Dirección de la Organización durante la Reunión de Cierre, al igual que las conclusiones finales referentes a los resultados de la auditoría y recomendaciones dadas por el equipo auditor.

<b>Adecuación del Manual:</b>	<p>Se verifica el Manual de Operaciones y Calidad - Función Pública / Versión 25 de agosto de 2016, el cual tiene como objetivos principales los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Describir el Sistema de Gestión aplicable a la Función Pública y la responsabilidad asociada a cada proceso.</li> <li>* Documentar y comunicar a todos los servidores, pasantes y contratistas la política y objetivos de calidad definidos.</li> <li>* Ser medio de consulta y guía para la adecuada gestión de los procesos y procedimientos internos.</li> <li>* Comprometer a todos y cada uno de los servidores de la Función Pública en la generación de productos y servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de los grupos de valor.</li> </ul> <p>El manual cumple con los requerimientos de las Normas auditadas, así mismo se observa que la versión más reciente contiene los cambios que la Entidad viene implementando para dar cumplimiento a los requerimientos del Gobierno Nacional y el Direccionamiento Estratégico que se viene adelantando desde la Alta Dirección.</p> <p>La caracterización de cada uno de los procesos se incluye como anexo al Manual, al igual que los documentos que le generan valor al desarrollo de los mismos, los cuales son identificados, controlados y ejecutados por todos y cada uno de los servidores asociados a ellos, y se encuentran publicados en la carpeta de uso común denominada Calidad_FP.</p>		
<b>Validación de alcance y exclusiones con las justificaciones:</b> (Para ISO 22000 tener en cuenta estudios HACCP)	<p>No se presenta exclusiones frente a ISO 9001:2008 ni para NTC GP1000:2009</p>		
<b>Para ISO 22000 indique que criterio tuvo en cuenta para seleccionar los proyectos a auditar:</b>	<input type="checkbox"/> Cantidad de proyectos	<input type="checkbox"/> Condiciones críticas entorno	<input checked="" type="checkbox"/> Tamaño Operación
<b>Nivel de Integración:</b> (En caso de una auditoría de sistemas de gestión integrado)	<p>La integración de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y NTC GP1000:2009 se lleva en un proceso de mejoramiento, se puede considerar que la integración está en un nivel alto en la mayoría de los requisitos pero aún falta verificar la integración del tema de las auditorías combinadas.</p>		
<b>Cumplimiento de los compromisos de la Política y Objetivos:</b>	<p>La Política de Calidad de la Entidad establece lo siguiente: "En Función Pública nos comprometemos con el uso adecuado de los recursos naturales, con el bienestar y desarrollo del talento humano y el mejoramiento de los productos y servicios que presta la entidad; actuando bajo los principios de transparencia, responsabilidad, oportunidad y atención integral". Se observa que para el cumplimiento de la misma se establecen los siguientes objetivos Institucionales: * Enaltecer al Servidor Público y su labor. / * Consolidar una gestión pública moderna, eficiente, transparente. Focalizada y participativa al servicio de los ciudadanos. / * Consolidar a Función Pública como un Departamento eficiente, técnico e innovador.</p> <p>Así mismo se establecen los siguientes objetivos de Calidad: * Desarrollar productos y servicios integrales y coherentes con los requerimientos específicos de los servidores públicos, entidades y ciudadanos. / * Responder de manera oportuna las solicitudes de los usuarios. / * Utilizar de manera adecuada los bienes públicos y recursos naturales requeridos en la gestión de los procesos. / * Generar información pública confiable, de fácil acceso y comprensión. / * Promover el desarrollo integral del talento humano al servicio de la Entidad.</p> <p>Durante el desarrollo de la auditoría se logra evidenciar que tanto los objetivos Institucionales como los Objetivos de Calidad, son pertinentes, se miden, monitorean y se toman acciones frente a la evaluación de los mismos.</p>		
<b>Descripción de la conformidad y capacidad del sistema de gestión:</b>			
<b>General:</b> (Descripción general de la Organización)	<p>El DAFP es la entidad técnica, estratégica y transversal del Gobierno Nacional que contribuye al bienestar de los colombianos mediante el mejoramiento continuo de la gestión de los servidores públicos y las instituciones en todo el territorio nacional.</p> <p>Función Pública hace parte de los 24 sectores que componen la Rama Ejecutiva Nacional, siendo cabeza del sector Función Pública, del cual también hace parte la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP); entidad descentralizada de carácter universitario con presencia regional.</p> <p>La Misión de la Entidad es Fortalecer la gestión de las Entidades Públicas Nacionales y Territoriales, mejorar el desempeño de los servidores públicos al servicio del Estado, contribuir al cumplimiento de los compromisos del gobierno con el ciudadano y aumentar la confianza en la administración pública y en sus servidores.</p> <p>La Visión se enmarca que para el 2026 serán reconocidos nacional e internacionalmente como la entidad líder en la innovación, transparencia y eficiencia de la gestión pública.</p>		

<p>Planificación:</p>	<p>Para el cuatrienio 2014-2018, en articulación con el Plan Nacional de Desarrollo, las metas a las que apunta nuestra Entidad son: * Fortalecer la articulación Nación-territorio. / * Afianzar la lucha contra la corrupción, transparencia y rendición de cuentas. / * Promover la eficiencia y eficacia administrativa. / * Optimizar la gestión administrativa.</p> <p>Para el logro de estas metas la Entidad ha determinado el modelo de negocio y una propuesta de valor unificada a partir de la identificación de los socios que intervienen en las diferentes etapas del desarrollo de la gestión, de la clasificación de las actividades claves que se realizan en los diferentes procesos y dependencias, del reconocimiento de los diferentes canales y la segmentación de los usuarios para una adecuado relacionamiento con los diferentes grupos de valor de la Entidad</p>
<p>Implementación y operación:</p>	<p>La Función Pública modificó sus funciones principales el día 9 de marzo de 2016, mediante el decreto 430 y 432, enfocando su objetivo principal al fortalecimiento de las capacidades de los servidores públicos y de las entidades y organismos del Estado, su organización y funcionamiento, el desarrollo de la democratización de la gestión pública y el servicio al ciudadano mediante la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, la adopción de instrumentos técnicos y jurídicos, la asesoría y la capacitación. Al mismo tiempo, y con el ánimo de hacer posible la gestión del nuevo modelo de operación, ajustó la conformación de los equipos internos de trabajo mediante las resoluciones 195 y 213 de 2016, las cuales permiten poner en práctica el nuevo enfoque de los procesos: fortalecer la investigación y el análisis de las políticas a cargo de FP, realizar una intervención integral a las Entidades y mejorar la transversalidad de procesos estratégicos.</p> <p>Durante el año 2015 la entidad realizó el análisis, diseño y actualización del modelo de operación por procesos el cual entra en la etapa de transición y aplicación gradual a partir de mes de enero de 2016 y hasta el año 2018. El nuevo modelo de gestión da cumplimiento a la misionalidad de la Función Pública, a los marcos legales, jurisprudenciales y doctrinales que la rigen, a la articulación con la estrategia y visión institucional y a la evolución y armonización de los nuevos compromisos de FP; introduciendo mecanismos de operación, coordinación y actuación unificada de planeación y gestión.</p> <p>Los principios rectores de la nueva manera de gestionar los procesos se irán articulando a los principios del sistema de gestión en la medida que se apropien los conceptos, se desarrollen las herramientas necesarias y se amplíe la oferta institucional, dado la capacidad instalada actual de FP para asumir el reto de mejorar el desempeño institucional de las entidades públicas en nación y territorio, por lo cual algunos de los productos, servicios o salidas del proceso estarán en etapa de construcción durante el siguiente año a la puesta en marcha del modelo de gestión.</p>
<p>Seguimiento y medición:</p>	<p>El mapa de procesos la Entidad refleja la transformación de la necesidad o requerimiento de los grupos de valor en productos o servicios de calidad, que buscan el mejoramiento de los entidades, el desarrollo de los servidores Públicos y una labor del ciudadano más participativa en lo público. Este propósito lo desarrollan mediante el aporte de cada dependencia a los procesos institucionales, según sus funciones específicas y sus compromisos en las metas de gobierno, sectorial e institucional, las cuales se desarrollan en cada vigencia mediante los Proyectos de gestión, Proyectos de inversión y/o Planes de acción anual. Por lo anterior, cada dependencia tiene asociado uno o varios procesos y la gestión de cada uno de ellos se demuestra mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* El desempeño de los proyectos y los planes de acción registrados en el Sistema de Gestión Institucional- SGI</li> <li>* El resultado de los indicadores de proceso asociados en las respectivas fichas de indicadores</li> <li>* El resultado de la administración de los riesgos identificados en el mapa de riesgos de proceso</li> <li>* El resultado de la implementación de las acciones de mejoramiento del Plan de Mejoramiento Institucional</li> <li>* Los resultados de la medición de satisfacción del usuario mediante las encuestas aplicadas.</li> </ul>

<p>Mejora:</p>	<p>Con el propósito de realizar el seguimiento de la gestión institucional la entidad define que todas las dependencias y procesos deberán identificar, controlar y reportar oportunamente las desviaciones de la gestión de sus procesos y proyectos a través de la identificación de los indicadores de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Indicadores de Proceso</li> <li>* Indicadores de Proyectos de Inversión</li> <li>* Indicadores de Proyectos de Gestión</li> <li>* Indicadores del Plan Nacional de Desarrollo y Tablero del Control Presidente</li> </ul> <p>Los indicadores se actualizan en cada vigencia revisando la pertinencia de ellos, en el caso de los indicadores de inversión ellos permanecen hasta terminar la ejecución y los definen en la formulación, para los indicadores del Plan Nacional de Desarrollo, ellos se determinan al inicio de la vigencia del período presidencial y permanecen por cuatro años, su definición está ligada a los compromisos del sector con el plan de gobierno, mientras que los indicadores del Tablero de Control del Presidente identifican compromisos estratégicos.</p> <p>Con el propósito de identificar los indicadores de proceso se diseñó una batería de indicadores, a partir de ella se seleccionan los que aplican y se ajustan los elementos que permiten identificarlos. Para llevar a cabo la medición de los procesos misionales, Función Pública adopta de forma obligatoria la definición de mínimo tres indicadores, cada uno de ellos identificados dentro del esquema administrativo del triángulo: eficiencia – eficacia – efectividad, mientras que para los procesos de apoyo es opcional el cumplimiento de la terna. En cuanto a la periodicidad de registro cuantitativo, depende de la hoja de vida del indicador. La administración y seguimiento de los indicadores de la entidad se encuentra indicado en el procedimiento de indicadores y en la guía de indicadores-</p>		
<p>Recomendación de Fase 1 es:</p>	<input type="checkbox"/> Continuar con fase 2	<input type="checkbox"/> NO Continuar con fase 2	<input checked="" type="checkbox"/> No Aplica
<p><b>Fortalezas</b></p>			
<p>La plena disposición del personal frente al desarrollo de la Auditoria Interna y su participación activa en la misma.</p>			
<p>Se puede evidenciar un sistema de Gestión en Integración e implementación con un fuerte apoyo de la Alta Dirección y en especial del personal de la Oficina de Planeación, en cuanto al Direccionamiento y las estrategias a seguir, para la actualización del nuevo modelo de Operación.</p>			
<p>Compromiso de los líderes de cada uno de los procesos y el conocimiento por parte de cada una de las personas auditadas frente al desarrollo de las actividades ejecutadas.</p>			
<p>El nuevo modelo de gestión que da cumplimiento a la misionalidad de la Función Pública, a los marcos legales, jurisprudenciales y doctrinales que la rigen, a la articulación con la estrategia y visión institucional y a la evolución y armonización de los nuevos compromisos de FP; introduciendo mecanismos de operación, coordinación y actuación unificada de planeación y gestión.</p>			
<p>La integración de los nuevos principios es establecidos por la entidad: Principio de orientación a los grupos de valor centrado en la Gestión del Conocimiento. Principio de Servicio integral. Principio de Servicio basado en oferta. Principio de mejora en el desempeño de entidades. Principio de seguimiento y evaluación ex ante y ex post. Principio de cooperación y coordinación interna.</p>			

No Conformidades			
NCR 1: (numeral de la norma)	4.2.4	NORMA(s):	ISO 9001:2008, NTC GP1000:2009
Area: (Proceso)	Comunicación, Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor		
Clasificación:	menor		
Descripción:	<p>La entidad estableció como elemento de control para los registros, las Tablas de retención documental (TRD), sin embargo durante la auditoria se observó que actualmente se encuentran en revisión y actualización, al verificar cómo se están controlando los registros actualmente, se mencionó que se realiza de acuerdo a lo definido por cada proceso y no se logra identificar si existe una directriz desde gestión documental donde se establezcan los mecanismos de control que se deben aplicar mientras las TRD sean aprobadas oficialmente; así mismo se observó que no se tiene claridad por algunos de los procesos auditados el archivo y control de las carpetas en medio magnetico. Lo anterior genera una NC frente al numeral 4.2.4 que establece ... "Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad deben controlarse".</p>		
NCR 2: (numeral de la norma)	5.5.1	NORMA(s):	ISO 9001:2008, NTC GP1000:2009
Area: (Proceso)	Seguimiento y Evaluación a la Gestión Institucional, Tecnologías de la Información		
Clasificación:	menor		
Descripción:	<p>ISO 9001:2008 y NTC GP1000:2009 establecen en el numeral 5.5.1 lo siguiente..."La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización"; durante la auditoria se logra identificar que para los procesos de Tecnologías de la información y Comunicaciones, no se tiene claridad frente a las autoridades para el desarrollo de aplicaciones informáticas y publicaciones respectivamente; así mismo se menciona que existen algunos comités donde se toman decisiones (comité de informática, comité de redacción), pero no se logró identificar si las decisiones que allí se toman han sido designadas por la Alta dirección.</p>		
NCR 3: (numeral de la norma)	5.6	NORMA(s):	ISO 9001:2008, NTC GP1000:2009
Area: (Proceso)	Direccionamiento Estratégico, Seguimiento y Evaluación a la Gestión Institucional		
Clasificación:	menor		
Descripción:	<p>Al verificar el acta de la última revisión por la Dirección, se observa que en la misma se revisaron todas las entradas requeridas por las Normas ISO 9001:2008 y NTC GP1000:2009, sin embargo al verificar la conclusión como resultado del análisis de las entradas no se logró observar si el Sistema de Gestión de Calidad es conveniente adecuado y eficaz. Lo anterior genera una NC frente al requisito 5.6 de las Normas que establece... "La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas".</p>		
NCR 4: (numeral de la norma)	8.3	NORMA(s):	ISO 9001:2008, NTC GP1000:2009
Area: (Proceso)	Seguimiento y Evaluación a la Gestión Institucional, Política en función Pública		
Clasificación:	menor		
Descripción:	<p>ISO 9001:2008 y NTC GP1000:2009 establecen en el numeral 8.3 lo siguiente..."La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos del producto, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados"; durante la auditoria se logra identificar que existe un procedimiento para el tratamiento del servicio no conforme, pero el mismo no se está implementando para el servicio no conforme que se presenta en el proceso de servicio al ciudadano; se observó que se dá tratamiento y atención de una forma diferente a lo establecido en el procedimiento.</p>		

NCR 5: (numeral de la norma)	8.5.2	NORMA(s):	ISO 9001:2008, NTC GP1000:2009
Area: (Proceso)	Seguimiento y Evaluación a la Gestión Institucional, Evaluación Independiente, Servicio al Ciudadano		
Clasificación:	menor		
Descripción:	<p>La entidad tiene definido un mecanismo para la identificación, análisis de causas y tratamiento de las Acciones correctivas que se generan del resultado de las auditorías internas; sin embargo al verificar la implementación de dicho mecanismo, se logró identificar que para el hallazgo # 130 resultado de la auditoría interna realizada por el proceso de evaluación independiente, se observa que el análisis realizado a dicho hallazgo no permite identificar la causa raíz del problema y por ende no se puede determinar si las acciones propuestas están relacionadas con las causas. Así mismo se observa para otros eventos si las acciones son eficaces, debido que para algunos de ellos se han vuelto a presentar los mismos hallazgos. Lo anterior genera una NC contra el requisito 8.5.2 que determina ... "La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir... y ... f) revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas".</p>		
NOTA	<p>Las no conformidades de este informe, serán tratadas mediante el proceso de acciones correctivas de la Organización, de acuerdo con los requisitos relevantes de la norma auditada; con acciones que prevengan su repetición y conservando registros completos de las mismas.</p> <p>Las acciones correctivas para tratar las no conformidades mayores identificadas, serán llevadas a la práctica de manera inmediata y se notificará a Bureau Veritas Certification de dichas acciones, en un plazo de 30 días. Nuestro auditor podrá llevar a cabo una auditoría extraordinaria en un plazo de 90 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su eficacia y determinar si la certificación puede ser concedida o mantenida.</p> <p>La Organización hará llegar a BV Certification un Plan de Acciones Correctivas para tratar las no conformidades menores identificadas, este Plan será llevado a la práctica por la Organización que mantendrá registros con evidencias de ello.</p> <p>La respuesta a las no conformidades puede ser enviada bien sea mediante documentos en soporte papel o en soporte electrónico (preferentemente), utilizando el formato de No conformidad incluido en el informe. Esta información debe ser enviada al correo <a href="mailto:documentacion.bvc@co.bureauveritas.com">documentacion.bvc@co.bureauveritas.com</a> con copia al Auditor Líder.</p> <p>En la próxima auditoría programada, el equipo auditor de BV Certification realizará el seguimiento de todas las no conformidades identificadas previamente, para confirmar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.</p>		
NO CONFORMIDADES	<p>La revisión de no conformidades se realiza a través una revisión de oficina. Sin embargo, dependiendo de la severidad de los hallazgos, el auditor puede realizar una auditoría de seguimiento para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se recomienda otorgar la certificación o su continuidad, según corresponda.</p> <p>Es recomendable que el cliente provea de una respuesta temprana a fin de que haya tiempo para revisiones adicionales en caso de ser necesarias.</p> <p>Para recertificaciones, el plazo para el tratamiento de no conformidades será definido por el líder del equipo auditor a fin de que las acciones correctivas sean implementadas previo al vencimiento del certificado.</p> <p>b. Contenido previsto de la respuesta</p> <p>La respuesta del cliente ante una NC debe ser revisada por el líder del equipo auditor en tres partes: corrección, análisis de causa raíz y acciones correctivas.</p> <p><u>Corrección</u> Asegurarse de que la corrección responda a la pregunta "¿Es este un caso aislado o no?", en otras palabras "¿Hay algún riesgo de que esto pueda volver a ocurrir en los otros sitios / departamentos?".</p> <p><u>Análisis de Causa Raíz</u> Asegúrese de que la causa raíz responda la pregunta "¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?".</p> <p><u>Acción Correctiva</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La acción correctiva o el plan de acción correctivo tratan la/s causa/s raíz/raíces determinada/s en el análisis de causa raíz. De no haber definido una verdadera causa raíz no podrá prevenir la repetición del problema.</li> <li>2. Para poder ser aceptado, el plan debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones para tratar la o las causas raíz.</li> <li>- identificación de los responsables por las acciones</li> <li>- un cronograma (con fechas) para su implementación</li> <li>- siempre debe incluir un "cambio" en el sistema. Capacitación y/o la publicación de un boletín, generalmente no son cambios en el sistema.</li> </ul> </li> </ol>		

Observaciones:	
4.1 La organización estableció la metodología para la Gestión de Riesgos, al verificar la aplicación de la misma se observó que en algunos procesos, los riesgos asociados al servicio no conforme, no se han identificado de manera directa.	
8.2.3 La política de indicadores se viene implementando, lo cual requiere que una vez implementada en su totalidad, se revise la eficaz aplicación en el nuevo modelo de Operaciones.	
8.2.2 A pesar que se cuenta con una metodología de Planificación de las Auditorías Internas y se auditan todos los procesos por lo menos una vez al año, es necesario que se verifique la forma mediante la cual, la entidad integra las auditorias de gestión en el Modelo de auditorias combinadas.	
Oportunidades de mejora:	
Trabajar en la Integración del nuevo Modelo para poder evaluar la eficacia de las acciones implementadas y la relación del mismo frente a los nuevos requerimientos de la Norma ISO 9001:2015.	
Uso del Logo:	Se verifica el Uso del Logo y el mismo cumple con los requerimientos de la política de Uso del Logo de BVQI.
Incertidumbre / Obstáculos que podrían afectar la confiabilidad de las conclusiones de la auditoria:	No se presentaron
Opiniones divergentes (discrepancias) sin resolver entre el Equipo Auditor y el Auditado:	No se presentaron

Actividades de seguimiento acordadas:	Se realizó la Auditoría de Seguimiento 2 de 2, se recomienda a la Organización para mantener el certificado para cada una de las normas auditadas. Así mismo las acciones de seguimiento posteriores son Visita de Recertificación en el año 2017 y visitas de seguimiento 1 en el año 2018, y visita de seguimiento 2 en el año 2019.
Conclusiones:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la norma auditada y dicha documentación proporciona estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión,</li> <li>• La Organización ha demostrado la efectiva implantación y mantenimiento / mejora de su Sistema de Gestión.</li> <li>• La Organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento de adecuados objetivos y metas clave de desempeño, y ha realizado el seguimiento del progreso hacia su consecución.</li> <li>• El programa de auditorías internas ha sido implantado en su totalidad y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el Sistema de Gestión.</li> <li>• A través del proceso de auditoría, se ha demostrado la total conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma auditada.</li> </ul>
Recomendaciones:	<p>El Equipo Auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos/riesgos significativos y objetivos requeridos por la(s) norma(s). La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de actuaciones, muestreo de las actividades y revisión de documentos y registros.</p> <p>El desarrollo de la auditoría se realizó de acuerdo al plan de auditoría y a la matriz de procesos auditados incluidos en los apéndices de este informe resumen de auditoría.</p> <p>El equipo auditor llega a la conclusión de que la Organización ha establecido y mantenido su sistema de gestión de acuerdo a los requisitos de la(s) norma(s) y ha demostrado la capacidad del sistema para lograr que se cumplan los requisitos para los productos y/o servicios incluidos en el alcance, así como la política y los objetivos de la Organización.</p> <p>Por lo tanto, el equipo de auditoría, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del Sistema, recomienda que la certificación de este Sistema de Gestión sea:</p>
Tramitada	<input type="checkbox"/>
Tramitada, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias	<input type="checkbox"/>
Mantenida.	<input checked="" type="checkbox"/>
Mantenida, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias.	<input type="checkbox"/>
Suspendida hasta que se completen unas acciones correctivas satisfactorias.	<input type="checkbox"/>
Retirada, (se recuerda a la Organización el Procedimiento de Apelaciones definido en las Condiciones de Contrato)	<input type="checkbox"/>
Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BV Certification	