

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>	<b>CÓDIGO F-GEC-05</b>
		<b>VERSIÓN 01</b>
		<b>PÁGINA 1/ 18</b>

**Proceso: Evaluación, control y mejora**

Auditor: Maribel Sandoval Hernández  
 Fecha de la Auditoría: del 14 al 21 de febrero de 2022  
 Fecha del informe: 21 de febrero de 2022

Personal entrevistado	Cargo
Claudia Elena Duque Moreno	Profesional- Sistema de Gestión de la Calidad

**Objetivos de la auditoría**

- Determinar la conformidad del proceso con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y los criterios de la Auditoría.
- Determinar la capacidad del proceso para cumplir con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables en el alcance del proceso
- Determinar la eficacia del proceso con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.
- Identificar áreas de mejora potencial para el proceso y el sistema de gestión.

**Criterios de la auditoría:**

- Caracterización proceso de Evaluación Control y Mejora
- Procedimiento Aplicación Control de Salida de No Conformes
- Procedimiento para la planificación y realización de auditorías internas de calidad
- Procedimiento de aplicación de acciones de mejora
- Procedimiento aplicación de acciones correctivas
- Programa de auditorías del SIG
- Plan de mejoramiento del SIG
- Normograma asociado al proceso
- Evaluación del ciclo PHVA del proceso
- Sistemas de medición
- Programa de auditorías
- Matriz de contexto interno y externo.
- Matriz de partes interesadas.
- Informes de Auditorías previas
- Planes de mejoramiento

Requisitos ISO 9001:2015  
 6.1/9.1/9.2/10.1/10.2/10.3

## Actividades desarrolladas

La auditoría se realizó durante el período comprendido entre el 14 de febrero al 21 de febrero de 2022.

Se ejecutó un estudio detallado de la caracterización del proceso y los criterios de la auditoría, verificando los productos resultantes, para conceptuar sobre la conformidad de los mismos o sugerir oportunidades para la mejora.

Se analizó el plan de mejoramiento, las salidas no conformes y las oportunidades de mejora para todo el SIG y su esquema de seguimiento, comprobando las evidencias de su implementación.

Se revisó el programa y el desarrollo de las auditorías internas ejecutadas en el 2021.

## Hallazgos que apoyan la conformidad del proceso con los requisitos.

### I. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA.

**Objetivo:** Asesorar y evaluar el desempeño de los procesos, con el fin de promover su mejora y su capacidad de cumplir con los objetivos estratégicos

**Alcance:** El proceso inicia con la planeación de actividades y finaliza con las acciones de mejoramiento para el propio proceso y la evaluación de la eficacia de las acciones de mejora.

Actividad	Productos	Observación/recomendación
Planear las actividades para la ejecución del proceso y establecer como se ejecutarán los planes y procedimientos establecidos, con los responsables de la ejecución.	Plan de Auditoría para la Biblioteca Pública Piloto	<b>Cumplido</b> , más adelante se analiza al detalle la verificación efectuada sobre el producto.
	Información y retroalimentación sobre el entendimiento de la planeación institucional y su marco estratégico	<b>Cumplido</b> , se evidencia el entendimiento del marco estratégico y la comprensión de su despliegue al proceso, por parte de la Auditada.
Establecer cronograma de evaluaciones independientes y de Auditorías internas del SIG	Cronograma de evaluaciones independientes y de Auditoría para la Biblioteca Pública Piloto	<b>Cumplido</b> , Se evidencia el programa de auditorías 2021 que incluye el cronograma en la Pág. 8. Programas del 15 de marzo al de abril. Más adelante se analiza al detalle la comprobación efectuada sobre el producto.
Elaborar Programa de auditorías del SIG Analizar los planes institucionales y priorizar según la matriz de riesgos de la entidad Determinación del objetivo y la amplitud, Selección de auditores Asignación de responsabilidades	Programas de auditoría Planes de Auditoría	<b>Cumplido</b> , se evidencian: <ul style="list-style-type: none"><li>Programa de auditorías del SIG 2021, que incluye como criterios los planes institucionales y el mapa de riesgos. Pág. 9, Objetivo de la auditoría pág. 8. Amplitud pág. 4, selección de auditores pág. 5,</li></ul>

Realización del plan de auditorías Revisión de la documentación Análisis de la información Elaboración de listas de chequeo		Responsabilidades pág. 5, métodos de auditoría pág.8 <ul style="list-style-type: none"> <li>Se evidencia los 10 Planes de Auditoría 2021 de los 10 procesos.</li> </ul>
Efectuar Auditorías del SIG Revisión de la documentación, Análisis de la información, Elaboración de listas de chequeo. Desarrollo de entrevista de la auditoría, Conclusiones de Auditoría, Aprobación y distribución del informe de auditoría,	Informes de auditoría de calidad (hallazgos y recomendaciones para la mejora)	<b>Cumplido parcialmente</b> , más adelante se analiza al detalle la revisión efectuada sobre el producto de informes de auditoría de calidad.
Asesorías a la Dirección en la toma de decisiones y al personal desde el control y el mejoramiento de procesos.	Acta de reunión y compromisos derivados de la asesoría  Informes o conceptos de Asesoría  Actividades de sensibilización	<b>Cumplido.</b> Actas comité MIPG.
Seguimiento a las quejas, reclamos, peticiones y solicitudes. Análisis de la información, no conformidades y riesgos y sus causas, PQRSF  Toma de decisiones, Definición de Acciones de preventivas, correctivas y de mejora  Suscripción y seguimiento a los planes de mejoramiento de la BPP  Seguimiento, Verificación de implementación de Acciones correctivas, preventivas, de Mejora y de acciones de PQRSF, verificación de eficacia y verificación de evidencias  Seguimiento a los Planes de Mejoramiento, que realiza control interno semestralmente	Planes de mejoramiento: Acciones correctivas, preventivas y de mejora  Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento y eficacia de las acciones  Informe de seguimiento a las PQRSDF.	<b>Cumplido</b> , más adelante se analiza al detalle la verificación efectuada sobre el producto.  <b>Se evidencia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de mejoramiento</li> <li>Listado de acciones de mejora</li> <li>Mapas de riesgos 2021</li> <li>Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento y eficacia de las acciones (en revisión gerencial)</li> <li>Informe de seguimiento a las PQRSDF.</li> </ul>
Seguimiento y evaluación del proceso. (Medición, seguimiento y análisis a los indicadores de Gestión definidos en el proceso).	Indicadores de gestión medidos y analizados	<b>Cumplido</b> , Hojas de vida de los indicadores. Más adelante se analiza al detalle la revisión efectuada sobre el producto.
Monitorear los riesgos identificados para el proceso así como las políticas de administración del riesgo definidas para los mismos.	Informes de seguimiento de riesgos del proceso	<b>Cumplido.</b> Mapa de riesgos del proceso. Más adelante se analiza al detalle la verificación efectuada sobre el producto.
Implementar acciones de mejoramiento continuo.	Formato de seguimiento a Planes de Mejora.	<b>Cumplido.</b>

Después de revisar cada una de las actividades de la caracterización y de contrastarlos con sus correspondientes productos, se concluye que las actividades se ajustan a los lineamientos normativos vigentes y que son ejecutadas, conforme a las disposiciones establecidas, las observaciones puntuales están consignadas en la casilla correspondiente a la respectiva actividad.

## 1. Revisión del diseño e implementación de los criterios de la Auditoría.

Criterios específicos	Observación/recomendación
Procedimiento: aplicación de acciones correctivas	<p><b>Cumplido</b> Se verifica el procedimiento P-GEC-06 aplicación de acciones correctivas, ver el detalle en el ítem 4.</p>
Procedimiento Aplicación Control de Salida de No Conformes Plan de mejoramiento del SIG	<p><b>Cumplido</b> En el ítem 5 de este informe, se presenta en detalle el análisis de las SNC para el periodo 2021.</p> <p>Se evidencia la aplicación del <i>F-GEC-15 Plan de mejoramiento SIG</i>. ver el detalle en el ítem 4.</p>
Procedimiento para la planificación y realización de auditorías internas de calidad	<p><b>Cumplido parcialmente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El Procedimiento para la planificación y realización de auditorías internas de calidad V01 cumple para la vigencia 2021 la selección de los auditores con el perfil definido <i>Educación: Deben tener por lo menos una formación equivalente a una tecnología. Experiencia: Haber realizado preferiblemente un mínimo 10 horas de auditoría Formación: Capacitación en los elementos de las Normas de Gestión a Auditar, Capacitación en Auditorías internas, con una intensidad mínima de 16 horas cada uno.</i></li> </ul> <p>Se evidencia la evaluación del cumplimiento en el Formato de selección de auditores F-GEC-02. Y en los registros de formación en auditorías ISO 19011:2018 GC Consultores Ltda. Así mismo la obtención de experiencia se evidencia adquirida en los informes de auditorías anteriores, lo cual les acredita las horas y en el formato F-GEC-02.</p> <p>Adicionalmente, se efectuaron charlas de actualización y se evidencia la <i>asistencia al Ciclo Formación Auditores Internos Sistema Integral de Gestión 2021 por 9 horas</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se cumple con el <i>Programa de auditorías F-GEC-04 (2021)</i>. Adicionalmente, se evidencian los 10 planes de auditoría específicos del 2021 para los 10 procesos del MOP.</li> <li>Los <i>F-GEC-06 lista de chequeo de la auditoría</i>, son borradores del dominio del auditor, se cuenta con una <i>lista estándar a modo de orientación</i></li> <li>No se cumple con <i>“El informe de la auditoría se debe entregar a más tardar 15 días después de haberla realizado”</i> la AC correctiva ya se encuentra registrada. NC N.º 32.</li> <li>Se evidencia el formato <i>F-GEC-03 Evaluación de competencias de auditores 2021</i>. Para todos los Auditores, el cual contiene recomendaciones para la mejora.</li> <li>Se ejecutaron auditorías a los 10 procesos del MOP; sin embargo, no se han entregado en limpio dos informes, al respecto se adelantó la acción correctiva N.º 32, para asegurar que para la vigencia 2022 se entreguen de forma oportuna todos los resultados de las auditorías internas.</li> <li>Frente a la toma de acciones, se implementa un plan de mejoramiento de las auditorías internas <i>“Lista de chequeo de implementación de las acciones de la auditoría”</i>, con todas las recomendaciones y hallazgos, a la fecha se lleva un nivel de implementación favorable para el <i>2021 de 87,30%</i>. En ese ciclo de auditorías solo se levantó una no <i>conformidad (N.º 139)</i>. Que la fecha se encuentra abierta.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.</li> </ul> <p><b>Recomendaciones para la mejora</b>  Modificar en el procedimiento el Comité del SIG por Comité MIPG</p>
Programa de auditorías del SIG	<p><b>Cumplido</b></p> <p>Se cuenta con el Programa de auditorías 2021, que cumple con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 numeral 9.2.</p> <p>La Auditoría se lleva a cabo a intervalos planificados en el programa, con una periodicidad anual y proporciona información sobre la conformidad del sistema de gestión de la calidad con los requisitos propios de la Entidad y los requisitos de la Norma Internacional; así como de la implementación y mantenimiento eficaz del sistema.</p> <p>El programa se planificó incluyendo la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, teniendo en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios y los resultados de las auditorías previas.</p> <p>El programa define los criterios y el alcance de la auditoría.</p> <p>Hace referencia a los auditores internos.</p> <p>Como acción de mejora para 2022 se fortalece el programa de auditorías con la orientación de la norma ISO 19011:2018, incluyendo: los principios y valores, un análisis de los riesgos del programa de auditoría; incluyendo los riesgos de corrupción, las etapas de la auditoría basadas en la norma ISO 19011 especificando cada una de ellas y el plan general de la auditoría.</p> <p><b>Recomendaciones para la mejora</b>  Incluir los riesgos identificados en el programa de auditoría 2022 en el mapa de riesgos del proceso para el 2022.</p>
Procedimiento de aplicación de acciones de mejora	<p><b>Cumplido</b></p> <p>Se evidencia la aplicación de  <i>F-GEC-07 Propuesta u oportunidad de Mejora versión 01</i>  <i>F-GEC-08 Listado de acciones de Mejora versión 01</i></p> <p>En el ítem 6 de este informe, se analiza en detalle el contenido de las acciones de mejora para el periodo 2021.</p>

## 2. Revisión de la conformidad con los requisitos ISO 9001:2015 aplicables al proceso

ISO 9001:2015	Descripción	Observación
4.1	Conocimiento de la organización y de su contexto (transversal)	<p><b>Cumplido.</b>  Continúa vigente el análisis de contexto en el aparte "Contexto general de procesos", según lo especificado allí, el proceso cumple en relación con su diseño: <i>Claridad en la descripción del alcance y objetivo del proceso, precisión de las interacciones con otros procesos y transversalidad, procedimientos asociados, responsables y comunicación entre los procesos.</i> (Revisión Gerencial 2021 pág. 26).</p> <p><b>Recomendaciones para la mejora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conviene realizar análisis de contexto específico aplicable al proceso.</li> </ul>
4.2	Comprensión de las necesidades y	<b>Cumplido.</b>

	expectativas partes interesadas (transversal)	Se identifica una acción directa al proceso definida en la “ <i>Matriz de partes interesadas, seguimiento cuantitativo</i> ”. En el comité de Control Interno, se hace seguimiento a los lineamientos que establece el MIPG, para la dimensión del Direcciónamiento Estratégico y Planeación, verificando el cumplimiento de la implementación y seguimiento a las herramientas de planeación. Al respecto se precisa que el Comité MIPG también ejecuta esta gestión como función encomendada por la resolución N.º 201840074 del 16 de abril de 2018, lo cual se comprueba en las Actas N.º 1,3,5,6,8 y 10 de 2021.  <b>Recomendaciones para la mejora</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar necesidades y expectativas de las partes interesadas con el proceso adicionales a los “Organismos de Control”, en este caso: Colaboradores, directivos, ICONTEC.</li> </ul>
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	<b>Cumplido:</b> Se identifican los riesgos para el proceso y se implementaron los controles para la vigencia 2021.
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	<b>Cumplido:</b> El proceso ejecuta el seguimiento, medición, evaluación y análisis de sus indicadores.
9.2	Auditoría interna	<b>Cumplido parcialmente:</b> se cumple con el requisito de la norma, el detalle se especifica en el análisis del criterio.
10.1	Mejora, Generalidades	<b>Cumplido:</b> Se determinan e implementan oportunidades de mejora y las acciones necesarias para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Esto incluye acciones correctivas, de mejora.  Se encuentra en proceso de desarrollo, actividades de planificación para el mejoramiento a la gestión del cambio.  <b>Recomendaciones para la mejora</b> Explorar la posibilidad de investigar o realizar benchmarking para el mejoramiento y la innovación organizacional.
10.2	No conformidad y acción correctiva	<b>Cumplido:</b> Se cumple con el requisito de la norma, el detalle se especifica en el análisis del criterio.
10.3	Mejora continua.	<b>Cumplido:</b> Se cumple con el requisito de la norma, el detalle se especifica en el análisis del criterio.

### 3. No conformidades y Acciones correctivas del Sistema de Gestión.

El F-GEC-09 Formato aplicación de acciones correctivas, está adecuadamente diseñado para dar cumplimiento a la norma ISO 9001:2015 Numeral 10.2 en cuanto a que:

- Permite definir los correctivos para reaccionar ante la no conformidad y, cuando es aplicable tomar acciones para controlarla y corregirla, en el espacio “*corrección o solución acordada*”
- Permite la revisión y el análisis de la no conformidad; en el espacio “*descripción de la no conformidad*”
- Permite el registro de las causas de la no conformidad y de las acciones correctivas;
- Permite revisar la eficacia de la acción correctiva tomada;

Con relación a las Acciones correctivas identificadas a implementar en el 2021 se observa lo siguiente:

Síntesis de la AC	Descripción de la NC	Análisis de causas	Acción correctiva	Oportunidad en la implementación	Evidencias/observaciones
Nº 8 Sistema de detección de bandas, infraestructura en temas de seguridad	<b>cumple</b>  La Nc se redacta determinando	El análisis de causas solo se realiza hasta el segundo ¿por qué?	La definición de la acción correctiva esta dirigida a la no conformidad y no a la causa raíz, por que	No se logra cumplir la implementación de la acción en la fecha 31/12/2021, por que la AC no está dirigida primero a la consecución de	No se han suministrado por parte de los reponsables a la profesional de calidad, por que no se ha implementado en las

	los criterios de incumplimiento  Esta Nc se viene abriendo y cerrando desde 2017.	No se explora hasta la causa raíz.  Formaro F-GEC-09 NC N°8.	no se ha identificado.	recursos, o a la falta de identificación, control y detección de la pérdida de material bibliografico.	filiales. Se evidencian las bandas en la central.  Estas dos NC se encuentran abiertas en el plan de mejoramiento desde 2020, pero en el listado de acciones correctivas, se encuentra cerrada y con otra fecha. (se ha cerrado y abierto por que no ha sido eficaz en las filiales),
Ac n°9 Filiales sin un sistema de vigilancia permanente (porteros)	La formulación dispone: <i>incurriendo con ello en la materialización del riesgo formulado y los controles establecidos para la pérdida del material bibliográfico y documental.</i>	Cumple  Formato F-GEC-09 NC N°9.	La Ac esta enfocada a las causas.	No se logra cumplir la implementación de la acción en la fecha 22/10/2021	Se recomienda levantar una nueva NC, para cerrar planes de mejoramiento antiguos. La NC sería solo una y correspondería a la pérdida de material bibliografico. Por su parte el sistema de vigilancia y el detector de bandas serían las acciones correctivas.  Por otro lado se observa que la inoportunidad en la implementación de las acciones representa otra No conformidad.
Nc n°139 Es necesario contar con la aprobación del "Plan Integral de Conservación de la Biblioteca Pública Piloto", y definir una fecha de entrega en la vigencia 2021, ya que es recurrente esta oportunidad de mejora en las auditorías internas realizadas por el SIG, sin encontrar avance en su aprobación y difusión.	La Nc se redacta determinando los criterios de incumplimiento, sin embargo se hace preciso especificar en algún documento que las oportunidades de mejora que se consignan en el plan de mejoramiento, se vuelven de obligatorio cumplimiento.	El analisis de causas no explora la causa raíz,  No se identifica el diligenciamiento del formato Formato F-GEC-09 NC N°9, la información que pide la norma esta en el plan de mejoramiento, pero no se da cumplimiento al procedimiento.	Las acciones correctivas estan enfocadas solo en la no conformidad. Son correctivos.	Presenta dos meses de retraso pero está en proceso de cierre.	Esta NC no aparece en el "listado de NC", ni en el la hoja del archivo denominada "ESTADO", ni en "NO CONFORMIDADES", Sin embargo se identifica como una no conformidad en el archivo "SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO" en la hoja "Plan Mejoramiento SIG Aud" fila 197. Y es la única No conformidad identificada en las Auditoría internas 2021.

Al respecto se verifica que:

- Se dificulta el rastreo y entendimiento de las No conformidades (NC) por vigencia, así como la coherencia entre el listado de no conformidades y el archivo del plan de mejoramiento del SIG.
- Se dificulta la identificación de las NC y de su cierre por anualidad.
- Se identifican 2 AC diferentes a la reportada por Auditoría interna, lo cual representa un avance en la participación del personal, estas son por Salidas no conformes y por los Informes extemporáneos de auditoría.
- Si bien podría considerarse que las acciones correctivas auditadas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas, esto puede deberse a que el análisis de causas no explora

hasta la causa raíz en todos los casos, por lo cual podría considerarse que las Ac para NC como la N.º 139 son meramente correctivos.

- Sin embargo, para la Acción correctiva N.º 32 relacionada con la extemporaneidad en la entrega de los informes de auditoría, se evidencia un adecuado análisis de causas.
- Se observan largos periodos de tiempo para la implementación de acciones correctivas, observando NC abiertas desde el 2019 como: NC N° 95. *Publicar en su respectiva página web, sus tablas de retención documental en formatos abiertos.*
- La Entidad conserva la información documentada como evidencia de las no conformidades y las acciones correctivas tomadas y sus resultados.

### Recomendaciones para la mejora

- En la etapa 1 de “documentación” del procedimiento de aplicación de acciones correctivas se especifica: *Todo servicio no conforme se asume como una no conformidad, y debe quedar registrado en el formato (F-GEC-09).* Sin embargo, en el procedimiento “P-GEC-02 Control de Salidas No Conformes” se relaciona que se documentan en el formato específico: *F-GEC-11 Formato Control de salidas no conformes.* Por lo cual son contradictorios o generan duplicidad. Se recomienda ajustar el documento.
- *El F-GEC-12 Listado de aplicación de acciones correctivas* determinado en el procedimiento, en la práctica se lleva a cabo con el código F-GA-02. Conviene ajustar la información.
- El formato *F-GEC-09 v01* diligenciado con las últimas no conformidades tiene incorporada la fila: “acciones frente a las Consecuencias”; sin embargo, al consultar el formato en el aplicativo SIG, no tiene esta fila. Al respecto se evidencia que se omitió el control de cambio de versión, por lo cual se recomienda que se realice la respectiva actualización.
- Se recomienda adicionar un espacio al formato *F-GEC-09 Formato aplicación de acciones correctivas*, que permita registrar:
  - La determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir; sea en el formato o en el listado de acciones correctivas (plan de mejoramiento)
  - Con el propósito de mejorar el análisis de causas, se puede adicionar al procedimiento una explicación de la metodología que se aplica y adicionar al formato F-GEC-09 un formato opcional complementario para el análisis de causas, para el efecto; pueden trabajarse metodologías como los 5 ¿por qué? Que es la que se viene aplicando y cuando no es posible encontrar la causa raíz, complementar con otras como el diagrama causa-efecto, diagrama de Pareto, lluvia de ideas, gráficos de control, entre otros.
  - Se requiere registrar con mayor precisión los diferentes responsables y fechas para cada acción correctiva que se defina, así como registrar el nivel de cumplimiento en la implementación de cada acción de manera independiente. Para el efecto, se presenta un ejemplo a consideración:

No	Acción correctiva	Responsable de aplicarla	Fecha de aplicación	Aplicación (Cumple/no cumple)

- Verificar la correspondencia de la información de las NC y su información de cierre, la cual no coincide en todos los casos en ambos listados y en el formato F-GEC-09 NC N.º 9.
- Reorganizar en su totalidad e integrar los listados de acciones correctivas y plan de mejoramiento para evitar duplicidad o diferencias en la información y ajustar el procedimiento.
- Simplificar y/o unificar las hojas de seguimiento del plan de mejoramiento.
- Consolidar cuantitativamente el avance de AC por vigencia.
- Se observa el seguimiento de planes de acción desde el 2019, se recomienda establecer criterios para realizar un cierre a los seguimientos de vigencias anteriores, estos puede estar relacionados con cerrar los seguimientos de vigencias cuando el plan alcance una meta de cumplimiento específica o que se agoten las fechas de implementación definidas o hasta un año después. Frente a las Acciones correctivas que no se apliquen estas requieren una nueva revisión para la definición de acciones y consecuencias por la no aplicación y/o definir si son extendidas a los planes de las nuevas vigencias.
- Capacitar a los responsables de los procesos y a los responsables del SIG en análisis de causas y definición de acciones correctivas.
- Es apropiado establecer una revisión periódica del cumplimiento de metas y de plazos de implementación de acciones para la identificación de NC, en documentos como:

-*El plan anticorrupción (2021)*, que presentan acciones que no logran cumplirse y que se vienen arrastrando desde la vigencia 2018, como: *Actualizar, consolidar y publicar la matriz del inventario de activos de información, Implementación del programa de Gestión documental.*

-Cumplimiento de Objetivos estratégicos: El objetivo estratégico relacionado con: Diseñar e implementar estrategias de aprendizaje y cocreación solo alcanza un 61% de cumplimiento para 2021.

En ninguno de estos casos se evidencia el reporte de No conformidades para los procesos.

- Igualmente, en el caso de los indicadores de gestión, cuando se presentan más de dos periodos con el incumplimiento, deben levantarse las no conformidades respectivas, tal como se especifica en la hoja de vida de los indicadores. Lo cual debe efectuarse en el caso de los indicadores de procesos como *Estrategia de Implementación de Política de Gestión Documental (4 periodos en rojo), Cumplimiento del Inventario y/o cartera de bienes devolutivos actualizados (3 periodos en rojo).*
- Aunado a lo anterior, se recomienda identificar en el procedimiento las fuentes de identificación de no conformidades, para las cuales se pone a consideración; y sin limitarse a ellas, las siguientes:
  - Salidas de la revisión por la Dirección
  - Quejas y reclamos recurrentes (mayor a tres)
  - Salidas no conformes recurrentes (mayor a tres)
  - Incumplimiento recurrente a metas de indicadores de objetivos estratégicos o de procesos (mayor a dos periodos, o incumplimiento de indicadores anuales)
  - Auditoría internas y externas
  - Evaluación de la satisfacción

#### 4. Control de Salidas no conformes

La Entidad realiza el registro en el archivo *Consolidado SNC Misionales 2021*, en libro, *Plan de mejoramiento*, donde se efectúa un análisis de recurrencia, cierre de acciones y relación de evidencias.

Las SNC con mayor recurrencia de 2020 a 2021 se dan por *incumplimiento en las condiciones técnicas y logísticas de los eventos y por deterioro de material*, en la *Revisión gerencial 2021*, se evidencia el análisis de estas recurrencias con su respectiva acción de mejora.

Se observa lo siguiente frente a las siguientes SNC identificadas en el 2021:

- Se ha logrado un ejercicio importante de identificación de Salidas no conformes SNC, identificando 26 SNC para el 2021 en los procesos misionales, en el formato *F-GEC-11 Formato matriz de identificación de salidas no conformes*.

- De las 26 SNC del 2021 se observa:

-la evidencia de 13 SNC no relacionan cuáles productos se refiere, ni a su evidencia específica y tampoco se tiene registro de ella desde el proceso de evaluación; control y mejora. Por ejemplo:

- *“Base de datos Janium”*, no se especifica a que libros se refieren o puntualmente donde se encuentra la relación.
- *“Planilla con: Fecha de entrega, recibo, estado del material no conforme”*, no se hace alusión a que planilla específica se refiere, ni se tiene registro de ella con la evidencia al seguimiento de las SNC.
- *“Copia de correo”*, no se hace alusión a que correo específico se refiere, ni se tiene registro de este con la evidencia al seguimiento de las SNC.

-Frente a evidencias relacionadas específicamente como:

- Correo enviado 12 noviembre a Diseño y Líder de Comunicaciones*
- Mensaje de WhatsApp enviado 18 noviembre a Líder de Comunicaciones*
- Informes enviados el 04 de octubre y el 23 de noviembre del presente año a la articuladora de Filiales María Eugenia Gutiérrez*
- Envío del correo con foto de la situación desde el correo institucional de la filial a lider.comunicaciones@bibliotecapiloto.gov.co, filiales@bibliotecapiloto.gov.co*

No se observa la custodia de esta evidencia desde el proceso de Evaluación, control y mejora para el cierre de las acciones de tratamiento establecidas

#### Recomendaciones para la mejora

- El procedimiento está denominado como: *“Aplicación de salida de no conformes”*, lo cual es confuso, conviene ajustarlo. Se sugiere: *“Control de Salidas no conformes”* como establece la Norma ISO 9001.
- El alcance del proceso establece: *“El procedimiento aplica para todos los servicios ofertados en los procesos misionales, se extiende a los demás procesos cuando se identifican fallas...”*, Sin

embargo, no se viene realizando el ejercicio en los procesos de soporte y demás. Conviene efectuar el análisis para contemplar las salidas no conformes al cliente o procesos internos.

- Se evidencia un plan de mejoramiento para las salidas no conformes, con el mismo código del plan de mejoramiento del SIG. F-GEC-15 pero que tienen estructura e información diferente, lo cual incurre a que se omita cualquiera de los dos, al momento de buscar el formato con el código, conviene diferenciar o unificar en el mismo archivo.
- Se observan dos libros en el archivo “CONSOLIDADO SNC MISIONALES 2021”, lo cual para efectos de la auditoría puede ser repetitivo, estas hojas están denominadas como: *Matriz de seguimiento 2021, matriz de seguimiento 2020-2021*.
- Se recomienda establecer consecutivos en los listados de SNC y plan de mejoramiento de SNC, para facilitar su identificación, así como las fechas de identificación.
- Solo se envía la identificación, pero no hay cuenta de las cantidades de SNC y la descripción exacta del material, por lo cual se dificulta su trazabilidad y el análisis de la gravedad de la situación. No es lo mismo una SNC de un libro a una SNC de “500 libros”. “A menos que sea un libro patrimonial especial”, por lo cual también convendría especificar. “El nivel de importancia”.
- Es conveniente que la relación específica de las SNC y que la evidencia de su tratamiento sea enviada al proceso de Evaluación, control y mejora, para garantizar la confiabilidad en el cierre de los planes de mejora.
- Para la evidencia que se relaciona como *e-mails* y *WhatsApp*, se dificulta su verificación y trazabilidad. Conviene establecer con el proceso de gestión documental, que tipo de evidencia se acepta como formal.
- Se recomienda realizar los análisis de recurrencias y establecimiento de acciones de mejora por SNC por lo menos cada 6 meses, para no esperar hasta la revisión gerencial para actualizar el análisis.

## 5. Oportunidades y Acciones de Mejora implementadas para el Sistema de Gestión.

Se encuentra un acumulado de 28 acciones de mejora hasta la fecha identificadas desde el proceso, para el 2021 se identifican 4 acciones de mejora en el *Listado de acciones de Mejora F-GEC-08 versión 01*.

Frente a las cuatro acciones de mejora identificadas se observa:

Acción de mejora (AM)	Diligenciamiento del formato de la AM y pertinencia de la información	Implementación, cierre y eficacia de la AM	Oportunidad en la implementación	Evidencias/observaciones
N.º 24. Levantamiento de inventario en cada uno de los espacios dispuestos para préstamos.	Cumple	Continúa abierta	9 meses de extemporaneidad desde el 10/05/2021	No se tiene evidencia por estar abierta
N.º 25. Revisión de los contenidos generados desde los talleres de apreciación y experimentación artística, para su publicación en medios físicos o virtuales	Cumple parcialmente No tiene diligenciada la información del cierre	Cerrada y eficaz	Oportuna a la fecha de cierre 10/05/2021	No se relaciona evidencia ni conclusión de la eficacia en el listado

	de la acción ni la eficacia en el formato			
N.º 27. Incorporación del nuevo código de colores para la separación de residuos sólidos en la fuente para la consolidación del PMIRS en la BPP y sus filiales.	Cumple. Está muy bien sustentada y fundamentada.	Continúa abierta	1 mes y medio de extemporaneidad desde el 30/12/2021	No se tiene evidencia por estar abierta
N.º 28. Implementación Software documental	Cumple. Sin embargo, no tiene el registro de la eficacia	Cerrada y eficaz	Oportuna a la fecha de cierre 1/10/2021	Se relaciona en el listado como conclusión de la eficacia, la Implementación del Sistema del software documental.

Adicionalmente, a las oportunidades de mejora representativas para los procesos, se implementan todas las recomendaciones de mejora; producto de los informes de auditorías internas, que a la fecha tienen un nivel de implementación para las auditorías internas y externas del 87,30%.

De las acciones 19 acciones del plan de mejoramiento de la auditoría ICONTEC 2021, se registran 13 implementadas y 6 pendientes, con fecha de implementación a 2022.

De las auditorías internas 2021, se identifican 59 acciones en el plan de mejoramiento de las cuales se han implementado 30 y se identifica la eficacia de 14. Al respecto se verifica las evidencias de las siguientes, AM:

Cumplido:

- N.º 77 cumple con la información de la Política del SIG en el link <https://www.bibliotecapiloto.gov.co/nuestra-politica-integral-de-gestion/>
- N.º 78 cumple, el link descarga el plan de comunicaciones 2021
- N.º 32 cumple. Aunque el link del listado no funciona, se verifica el cumplimiento en: <https://www.bibliotecapiloto.gov.co/plan-de-trabajo-anual-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo/>, Plan de Trabajo SG-SST 2021 y su evaluación de cumplimiento.
- N.º 140 Se evidencia la inclusión de la ley 1379 de 2010. En la caracterización del proceso de Gestión de colecciones generales y patrimoniales; sin embargo, no se identifica la descripción del cambio del documento en el listado maestro de documentos.

No cumple:

- N.º 79 No se evidencia la actualización de las políticas de operación del proceso de comunicaciones en el control de cambio de los documentos del proceso: listado maestro de documentos.

### Recomendaciones para la mejora

- Incluir dentro del listado de las acciones de mejora, la relación de la evidencia.
- Diligenciar todos los espacios tanto del formato de acciones de mejora como en el listado, para el caso de las acciones que se encuentran cerradas (N.º 25 y 28) y revisar la totalidad de formatos.
- Completar las 4 acciones de mejora implementadas en el listado de AM, que se encuentran sin conclusión de la eficacia (N.º 19, 23,25 y 26)

## 6. Evaluación de los riesgos asociados al proceso

Se procedió a revisar los riesgos que se tienen identificados en la Matriz Institucional del Proceso de evaluación, control y mejora, encontrando la siguiente información:

Formulación Riesgo	Descripción del riesgo	Evidencias del control	Observación
<b>Incumplimiento en el seguimiento a las auditorías legales y a las auditorías internas del SIG</b>	Posibilidad de una afectación económica y reputacional por multa y sanción disciplinaria o administrativa de órganos externos de control debido a seguimiento a auditorías legales de la OCI, e internas del SIG, fuera del tiempo programado o no realizada.	Seguimiento a Auditorías con alcance al MOP-Plan de mejoramiento.	<b>Cumple</b>
<b>Falta de implementación de las acciones correctivas a los planes de mejoramiento institucional y de calidad.</b>	Posibilidad de afectación de la imagen de la entidad, por hallazgos por parte de los entes de control, debido a incumplimiento en la autoevaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento.	Plan de mejoramiento del SIG,	<b>Cumple</b>

Se cumple en 100% la implementación de tratamientos para el proceso.

### Recomendaciones para la mejora

Relacionar los riesgos identificados en el programa de auditorías de la vigencia en el mapa de riesgos, para gestionar todos los riesgos de forma integrada.

## 7. Evaluación de los indicadores asociados al proceso

De acuerdo con la documentación aportada por el auditado, los indicadores definidos para el proceso, se cumplen de la siguiente forma para el periodo 2021:

Indicador	Cumpl./.	Observación
Auditorías ejecutadas bajo riesgo	100%	Se da cumplimiento al plan de auditoría recomendado la adopción oportuna de las acciones de la auditoría.
Seguimientos de Ley realizados	97%	Se da cumplimiento al cronograma 02. PROGRAMACION MES X MES-2021
Estrategias de acompañamiento a la implementación del Plan Anticorrupción y atención al ciudadano de la entidad, a los Planes de Mejoramiento y a la actualización e implementación del Mapa de Riesgos de la entidad	100%	Se da seguimiento oportuno a los diferentes planes relacionados. Evidenciados a lo largo de las Auditorías realizadas para dichos instrumentos.
Seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional		No se reporta medición para ningún periodo del 2021
Total	98%	

- Se evidencia en la hoja de vida de cada uno de los indicadores diligenciados, el análisis correspondiente.

### Recomendaciones para la mejora

Se sugiere replantear los indicadores que siempre alcanzan el 100%, como el caso de los indicadores de “*seguimientos realizados*”, para establecer unos que realmente aporten a mejorar el proceso y no a demostrar su estabilidad.

Es conveniente asegurar la medición oportuna de todos los indicadores del proceso.

## 8. Seguimiento a los informes de auditoría anterior al proceso

### Auditoría interna

- No se evidencia el informe de Auditoría interna 2021 para el proceso de Evaluación, control y mejora; sin embargo, se evidencia la implementación de la Acción correctiva N.º 32.

### Auditoría ICONTEC

Oportunidades de mejora recomendadas por el ICONTEC en la auditoría efectuada en 2021:

- En los informes de auditorías internas, en las observaciones se incluyen fortalezas, considerar no segregaras de las fortalezas ya identificadas, y así evitar confusiones a los lectores del informe. Se estandariza la estructura de los informes de auditoría, trasladando las fortalezas descritas en observaciones, al ítem correspondiente.*
- Es importante mejorar la oportunidad en la entrega de los informes de las auditorías internas, ya que algunos se encuentran pendientes y la auditoría fue hace 4 meses, por lo tanto, la gestión de los hallazgos no se hace en el tiempo requerido. Al respecto se evidencia la implementación de la Acción correctiva N.º 32*
- Reforzar el análisis de causas de las no conformidades, con el fin de identificar la raíz o fuente generadora del problema, para asegurar que los planes de acción sean adecuados para evitar la recurrencia de las no conformidades. Como el reporte de NC de la vigencia es tan bajo se dificulta analizar el avance al respecto, en la NCº 32 se observa que el análisis se logra hasta la causa raíz; sin embargo, en la NCº139, se evidencian aún necesidades de profundización en el análisis de causas; al respecto, se sugieren las recomendaciones relacionadas en el ítem 4. Aunado a una formación al personal responsable, así como afianzar el ejercicio de identificación de no conformidades desde cada una de sus fuentes de generación.*

## II. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

La auditoría se realizó conforme al Programa y el Plan de Auditoría y se cumplió con el alcance y el objetivo establecido. De acuerdo con lo verificado se relacionan las fortalezas y las acciones requeridas para establecer mejoras al proceso y al Sistema de Gestión de la Calidad:

Resultados	Cantidad
Fortalezas	3
Recomendaciones para la mejora	16
No Conformidades	1

### Fortalezas

1	Se destaca la amabilidad y oportunidad de la auditada en la entrega de toda la información solicitada y su grado de compromiso y colaboración con la auditoría y con el mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión en general.
2	Se ha realizado un ejercicio importante de identificación de Salidas no conformes SNC, registrando 26 SNC para el 2021 en los procesos misionales, lo cual representa una mejora significativa para el SIG.
3	Se destaca el cumplimiento y compromiso con el seguimiento a los diferentes planes de mejoramiento derivados del proceso.

## Recomendaciones para la mejora (consolidado)

1	Modificar en el Procedimiento para la planificación y realización de auditorías internas de calidad, el Comité del SIG por Comité MIPG																												
2	Incluir los riesgos identificados en el programa de auditoría 2022, en el mapa de riesgos del proceso para el 2022.																												
3	Conviene realizar análisis de contexto específico aplicable al proceso.																												
4	Identificar necesidades y expectativas de las partes interesadas con el proceso adicionales a los "Organismos de Control", en este caso: Colaboradores, directivos, ICONTEC																												
5	Explorar la posibilidad de investigar o realizar benchmarking para el mejoramiento y la innovación organizacional.																												
6	<p><b>Procedimiento AC</b> En la etapa 1 de "documentación" del procedimiento de aplicación de acciones correctivas se especifica: <i>Todo servicio no conforme se asume como una no conformidad, y debe quedar registrado en el formato (F-GEC-09)</i>. Sin embargo, en el procedimiento "P-GEC-02 Control de Salidas No Conformes" se relaciona que se documentan en el formato específico: <i>F-GEC-11 Formato Control de salidas no conformes</i>. Por lo cual son contradictorios o generan duplicidad. Se recomienda ajustar el documento.</p>																												
7	<p><b>Formato de AC</b></p> <p>El formato <i>F-GEC-09 v01</i> diligenciado con las últimas no conformidades tiene incorporada la fila: "acciones frente a las Consecuencias"; sin embargo, al consultar el formato en el aplicativo SIG, no tiene esta fila. Al respecto se evidencia que se omitió el control de cambio de versión, por lo cual se recomienda que se realice la respectiva actualización.</p> <p>Se recomienda adicionar un espacio al formato <i>F-GEC-09 Formato aplicación de acciones correctivas</i>, que permita registrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir; sea en el formato o en el listado de acciones correctivas (plan de mejoramiento)</li> <li>- Con el propósito de mejorar el análisis de causas, se puede adicionar al procedimiento una explicación de la metodología que se aplica y adicionar al formato F-GEC-09 un formato opcional complementario para el análisis de causas, para el efecto; pueden trabajarse metodologías como los 5 ¿por qué? Que es la que se viene aplicando y cuando no es posible encontrar la causa raíz, complementar con otras como el diagrama causa-efecto, diagrama de Pareto, lluvia de ideas, gráficos de control, entre otros.</li> <li>- Se requiere registrar con mayor precisión los diferentes responsables y fechas para cada acción correctiva que se defina, así como registrar el nivel de cumplimiento en la implementación de cada acción de manera independiente. Para el efecto, se presenta un ejemplo a consideración:</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Acción correctiva</th> <th>Responsable aplicarla</th> <th>de</th> <th>Fecha aplicación</th> <th>de</th> <th>Aplicación (Cumple/no cumple)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Acción correctiva	Responsable aplicarla	de	Fecha aplicación	de	Aplicación (Cumple/no cumple)																					
No	Acción correctiva	Responsable aplicarla	de	Fecha aplicación	de	Aplicación (Cumple/no cumple)																							
8	<p><b>Plan de mejoramiento y listado de AC</b></p> <p>-El <i>F-GEC-12 Listado de aplicación de acciones correctivas</i> determinado en el procedimiento, en la práctica se lleva a cabo con el código F-GA-02. Conviene ajustar la información.</p> <p>-Verificar la correspondencia de la información de las NC y su información de cierre, la cual no coincide en todos los casos en ambos listados y en el formato F-GEC-09 NC N.º 9.</p> <p>-Reorganizar en su totalidad e integrar los listados de acciones correctivas y plan de mejoramiento para evitar duplicidad o diferencias en la información y ajustar el procedimiento</p> <p>-Simplificar y/o unificar las hojas de seguimiento del plan de mejoramiento.</p> <p>-Consolidar cuantitativamente el avance de AC por vigencia</p> <p>-Se observa el seguimiento de planes de acción desde el 2019, se recomienda establecer criterios para realizar un cierre a los seguimientos de vigencias anteriores, estos puede estar relacionados con cerrar los seguimientos de</p>																												

	<p>vigencias cuando el plan alcance una meta de cumplimiento específica o que se agoten las fechas de implementación definidas o hasta un año después. Frente a las Acciones correctivas que no se apliquen estas requieren una nueva revisión para la definición de acciones y consecuencias por la no aplicación y/o definir si son extendidas a los planes de las nuevas vigencias.</p>
9	<p>Capacitar a los responsables de los procesos y a los responsables del SIG en análisis de causas y definición de acciones correctivas.</p>
10	<p><b>Identificación de NC</b></p> <p>Es apropiado establecer una revisión periódica del cumplimiento de metas y de plazos de implementación de acciones para la identificación de NC, en documentos como:</p> <p>-<i>El plan anticorrupción (2021)</i>, que presentan acciones que no logran cumplirse y que se vienen arrastrando desde la vigencia 2018, como: <i>Actualizar, consolidar y publicar la matriz del inventario de activos de información, Implementación del programa de Gestión documental.</i></p> <p>-Cumplimiento de Objetivos estratégicos: El objetivo estratégico relacionado con: Diseñar e implementar estrategias de aprendizaje y cocreación solo alcanza un 61% de cumplimiento para 2021.</p> <p>En ninguno de estos casos se evidencia el reporte de No conformidades para los procesos</p> <p>Igualmente, en el caso de los indicadores de gestión, cuando se presentan más de dos periodos con el incumplimiento, deben levantarse las no conformidades respectivas, tal como se especifica en la hoja de vida de los indicadores. Lo cual debe efectuarse en el caso de los indicadores de procesos como <i>Estrategia de Implementación de Política de Gestión Documental (4 periodos en rojo)</i>, <i>Cumplimiento del Inventario y/o cartera de bienes devolutivos actualizados (3 periodos en rojo)</i>.</p> <p>Aunado a lo anterior, se recomienda identificar en el procedimiento las fuentes de identificación de no conformidades, para las cuales se pone a consideración; y sin limitarse a ellas, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salidas de la revisión por la Dirección</li> <li>- Quejas y reclamos recurrentes (mayor a tres)</li> <li>- Salidas no conformes recurrentes (mayor a tres)</li> <li>- Incumplimiento recurrente a metas de indicadores de objetivos estratégicos o de procesos (mayor a dos periodos, o incumplimiento de indicadores anuales)</li> <li>- Auditoría internas y externas</li> <li>- Evaluación de la satisfacción</li> </ul>
11	<p><b>Procedimiento de Salidas no conformes</b></p> <p>El procedimiento está denominado como: “<i>Aplicación de salida de no conformes</i>”, lo cual es confuso, conviene ajustarlo. Se sugiere: “<i>Control de Salidas no conformes</i>” como establece la Norma ISO 9001.</p> <p>El alcance del procedimiento establece: “<i>El procedimiento aplica para todos los servicios ofertados en los procesos misionales, se extiende a los demás procesos cuando se identifican fallas...</i>”. Sin embargo, no se viene realizando el ejercicio en los procesos de soporte y demás. Conviene efectuar el análisis para contemplar las salidas no conformes al cliente o procesos internos.</p>
12	<p><b>Plan de mejoramiento Salidas No conformes</b></p> <p>Se evidencia un plan de mejoramiento para las salidas no conformes, con el mismo código del plan de mejoramiento del SIG. F-GEC-15 pero que tienen estructura e información diferente, lo cual incurre a que se omita cualquiera de los dos, al momento de buscar el formato con el código, conviene diferenciar o unificar en el mismo archivo.</p> <p>Se observan dos libros en el archivo “CONSOLIDADO SNC MISIONALES 2021”, lo cual para efectos de la auditoría puede ser repetitivo, estas hojas están denominadas como: <i>Matriz de seguimiento 2021, matriz de seguimiento 2020-2021</i>.</p> <p>Se recomienda establecer consecutivos en los listados de SNC y plan de mejoramiento de SNC, para facilitar su identificación, así como las fechas de identificación.</p> <p>Se recomienda realizar los análisis de recurrencias y establecimiento de acciones de mejora por SNC por lo menos cada 6 meses, para no esperar hasta la revisión gerencial para actualizar el análisis.</p>
13	<p><b>Evidencias SNC</b></p> <p>Solo se envía la identificación, pero no hay cuenta de las cantidades de SNC y la descripción exacta del material, por lo cual se dificulta su trazabilidad y el análisis de la gravedad de la situación. No es lo mismo una SNC de un libro a una SNC de “500 libros”. “A menos que sea un libro patrimonial especial”, por lo cual también convendría especificar. “El nivel de importancia”.</p> <p>Es conveniente que la relación específica de las SNC y que la evidencia de su tratamiento sea enviada al proceso de Evaluación, control y mejora, para garantizar la confiabilidad en el cierre de los planes de mejora.</p>

	Para la evidencia que se relaciona como <i>e-mails</i> y <i>WhatsApp</i> , se dificulta su verificación y trazabilidad. Conviene establecer con el proceso de gestión documental, que tipo de evidencia se acepta como formal.
14	<p><b>Acciones de mejora</b></p> <p>-Incluir dentro del listado de las acciones de mejora, la relación de la evidencia.</p> <p>-Diligenciar todos los espacios tanto del formato de acciones de mejora como en el listado, para el caso de las acciones que se encuentran cerradas (N.º 25 y 28) y revisar la totalidad de formatos.</p> <p>-Completar las 4 acciones de mejora implementadas en el listado de AM, que se encuentran sin conclusión de la eficacia (N.º 19, 23,25 y 26)</p>
15	<p><b>Riesgos</b></p> <p>Relacionar los riesgos identificados en el programa de auditorías de la vigencia en el mapa de riesgos, para gestionar todos los riesgos de forma integrada</p>
16	<p><b>Indicadores</b></p> <p>Se sugiere replantear los indicadores que siempre alcanzan el 100%, como el caso de los indicadores de "seguimientos realizados", para establecer unos que realmente aporten a mejorar el proceso y no a demostrar su estabilidad.</p> <p>Es conveniente asegurar la medición oportuna de todos los indicadores del proceso.</p>

## 1. No conformidades encontradas:

**Total no conformidades encontradas: 1**

1	<p><b>Descripción de la no conformidad:</b></p> <p>La organización no está implementando las acciones definidas en los plazos establecidos, para mejorar los productos y servicios, así como para mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p> <p><b>Criterios:</b> Numeral 10.1 de ISO 9001:2015</p> <p><b>Evidencia:</b></p> <p>Inoportunidad en las fechas de implementación establecidas en los siguientes instrumentos:          -Plan de mejoramiento de acciones correctivas, No conformidades N.º 8, N.º 9, N.º 95 y N.º 139.          -Listado de acciones de mejora, Acciones de mejora N.º 24 y N.º 27</p>
---	---

## Conclusión General

- Se verifica la eficacia del proceso para cumplir con su objetivo especificado y la conformidad con sus disposiciones planificadas, con necesidades de mejoramiento.
- Deben fortalecerse desde el proceso, los criterios frente al incumplimiento en las fechas implementación de las diferentes acciones correctivas y de mejora por parte de los procesos.
- Continuar con la dinámica de mejoramiento del análisis de causas de las no conformidades y de los SNC y mejorar el reporte de NC tomando en consideración sus fuentes de generación, para el efecto se presentan diferentes recomendaciones para la mejora.
- El Proceso se ajusta a los lineamientos normativos y legales vigentes; a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015 y a los criterios de la Auditoría.

## AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR ESTE INFORME:

Este informe se comunicará después de la auditoria únicamente a los auditados involucrados y no será divulgado a terceros sin su autorización.



**Auditor: Maribel Sandoval Hernández**

**Fecha: 21 de febrero de 2022**