

1. INFORMACIÓN GENERAL		
1.1. ORGANIZACIÓN		
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		
1.2. SITIO WEB: www.icbf.gov.co		
1.3. LOCALIZACIÓN DEL SITIO PERMANENTE PRINCIPAL: Sede Nacional Avenida Carrera 68 No. 64 C 75, Bogotá, D.C. - Colombia		
Dirección del sitio permanente (diferente al sitio principal)	Localización (ciudad - país)	Actividades del Sistema de Gestión, desarrollados en este sitio, que estén cubiertas en el alcance
Regional Amazonas: Carrera 4 No. 4 – 10. Barrio Gaitán	Leticia – Amazonas Colombia	Gestión y Control de la prestación del servicio público de bienestar familiar para el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias y comunidades asociadas a los programas del ICBF.
Regional Antioquia: Calle 45 No. 79 - 141	Medellín – Antioquia Colombia	
Regional Arauca Calle 21 No. 1 - 24 Barrio Fundadores	Arauca – Arauca Colombia	
Regional Atlántico: Carrera 46 No. 61 – 15 Barrio Boston	Barranquilla – Atlántico Colombia	
Regional Bogotá: Carrera 50 No. 26 - 51 CAN	Bogotá D.C Colombia	
Regional Bolívar: Calle 32 No. 8 - 50 Piso 16 La Matuna, Centro Car	Cartagena – Bolívar Colombia	
Regional Boyacá: Carrera 6 No. 73 – 98 Barrio Palos Verdes	Tunja – Boyacá Colombia	
Regional Caldas: Avenida Santander Carrera 23 No. 39 - 60	Manizales – Caldas Colombia	
Regional Caquetá: Transversal 6; Avenida Circunvalar Barrio San Judas	Florencia – Caquetá Colombia	
Regional Casanare: Diagonal 9 No. 8 – 85 Barrio Luz María Jiménez	Yopal – Casanare Colombia	
Regional Cauca: Carrera 26 Calle 6 Frente al Cementerio Central Popayán	Popayán – Cauca Colombia	
Regional Cesar: Calle 16 A No. 11-15 Barrio Loperena	Valledupar - Cesar Colombia	
Regional Chocó: Calle 26 No.7 - 07 Esquina Barrio Alameda Reyes	Quibdó – Chocó Colombia	
Regional Córdoba: Carrera 9 No. 10 - 26. Montería	Córdoba – Montería Colombia	
Regional Cundinamarca: Calle 47 No. 91 – 68 Barrio La Castellana	Bogotá, D.C. Cundinamarca Colombia	

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



1. INFORMACIÓN GENERAL		
Regional Guainía: Calle 15 No. 8 – 86 Barrio La Esperanza	Inírida – Guainía Colombia	Gestión y Control de la prestación del servicio público de bienestar familiar para el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias y comunidades asociadas a los programas del ICBF
Regional La Guajira: Calle 15 Carrera 15 esquina avenida al aeropuerto	Riohacha – Guajira Colombia	
Regional Guaviare: Avenida los Colonizadores No. 23 - 106 Barrio La Esperanza	San José del Guaviare Guaviare - Colombia	
Regional Huila: Avenida Circunvalar; Calle 21 No. 1 E 40, Barrio San Vicente de Paul	Neiva – Huila Colombia	
Regional Magdalena: Avenida del Ferrocarril Carrea 12 No. 25 - 55	Santa Marta – Magdalena Colombia	
Regional Meta: Carrera 22 No. 10 – 73 / 89 Sur Piso 3 Barrio doña Luz	Villavicencio – Meta Colombia	
Regional Nariño: Carrera 3 A con calle 23 Esquina Barrio el Mercedario	Pasto – Nariño Colombia	
Regional Norte de Santander: Calle 5 AN Avenida 13 E Barrio San Eduardo	Cúcuta - Norte de Santander - Colombia	
Regional Putumayo: Calle 14 No. 9 - 100 Barrio San Francisco	Mocoa – Putumayo Colombia	
Regional Quindío: Carrera 23 Calles 3ra y 4ta Barrio Sesenta Casas	Armenia – Quindío Colombia	
Regional Risaralda: Carrera 8 A Bis No. 35 - 11	Pereira – Risaralda Colombia	
Regional San Andrés: Calle 6 No. 1 - 82; Avenida Francisco Newball Barrio Los Almendros	San Andrés y Providencia, San Andrés - Colombia	
Regional Santander: Calle 1 N No. 16 D 86, Barrio La Juventud	Bucaramanga – Santander Colombia	
Regional Sucre: Transversal 27 C No. 27 A - 21 Urbanización Boston	Sincelejo – Sucre Colombia	
Regional Tolima: Avenida Carrera 5 No. 43-23 Frente Piscinas Olímpicas Barrio Restrepo	Ibagué – Tolima Colombia	
Regional Valle: Avenida 2 Norte No. 33 AN - 45	Cali - Valle del Cauca Colombia	
Regional Vaupés: Calle 14 No. 15 - 07 Centro	Mitú – Vaupés Colombia	
Regional Vichada: Carrera 11 No. 14 – 70 Barrio Tamarindo	Puerto Carreño Vichada Colombia	

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

1. INFORMACIÓN GENERAL		
1.4. ALCANCE DE LA CERTIFICACION:		
<p>Gestión y Control de la prestación del servicio público de bienestar familiar para el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias y comunidades asociadas a los programas del ICBF.</p> <p><i>No aplica: 8.3. Diseño y desarrollo de los productos y servicios.</i></p> <p>Management and control of the rendering of Public services for family welfare development and the integrity and protection of early childhood, children, adolescents and the welfare of families and communities associated with the programs offered by the Colombian Family Welfare Institute.</p>		
1.5. CÓDIGO IAF: 36		
1.6. REQUISITOS DE SISTEMA DE GESTION: NTC ISO 9001:2015		
1.7. GERENTE O DIRECTOR DE LA ORGANIZACIÓN		
Nombre:	Ana Cecilia Tamayo Osorio	
Cargo:	Directora de Planeación y Control de gestión	
Correo electrónico	Ana.tamayo@icbf.gov.co Yaneth.sarmiento@icbf.gov.co	
1.8. TIPO DE AUDITORIA: RENOVACION		
Aplica toma de muestra por multisitio: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Auditoría combinada: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Auditoría integrada: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
1.9. Tiempo de Auditoria	FECHA	Días de auditoría)
Etapa I (Si aplica)	N.A.	N.A.
Preparación de la auditoria en sitio y elaboración del plan	2019-03-08	1,0
Auditoría en sitio	2019-04-01 al 05	11,5
1.10. EQUIPO AUDITOR		
Auditor líder	José Fernando Ruíz Ruíz	
Auditor	Sandra Liliana Becerra Londoño	
Auditor:	Adriana Sofía Chaparro Peralta	
1.11. DATOS DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN		
Código asignado por ICONTEC	SC 5830-1	

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

1. INFORMACIÓN GENERAL		
Fecha de aprobación inicial	2008-12-19	
Fecha de próximo vencimiento:	2019-04-07	

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA	
2.1	Determinar la conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma de Sistema de Gestión.
2.2	Determinar la capacidad del Sistema de Gestión para asegurar que la Organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables en el alcance del Sistema de Gestión y a la norma de requisitos de gestión.
2.3	Determinar la eficacia del Sistema de Gestión para asegurar que la Organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.
2.4	Identificar áreas de mejora potencial del Sistema de Gestión

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
3.1	Los criterios de la auditoría incluyen la norma de requisitos de Sistema de Gestión ISO 9001:2015, la información documentada del Sistema de Gestión establecida por la Organización para cumplir los requisitos de la norma, otros requisitos aplicables que la Organización suscriba y documentos de origen externo aplicables.
3.2	El alcance de la auditoría, las unidades organizacionales o procesos auditados se relacionan en el plan de auditoría, que hace parte de este informe.
3.3	La auditoría se realizó por toma de muestra de evidencias de las actividades y resultados de la Organización y por ello tiene asociada la incertidumbre, por no ser posible verificar toda la información documentada.
3.4	Se verificó la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales o reglamentarios aplicables en el alcance del Sistema de Gestión, establecidos mediante su identificación, la planificación de su cumplimiento, la implementación y la verificación por parte de la Organización de su cumplimiento.
3.5	El equipo auditor manejó la información documentada suministrada por la Organización en forma confidencial y la retornó a la Organización, en forma física o eliminó la entregada en otro medio, solicitada antes y durante el proceso de auditoría.
3.6	Al haberse ejecutado la auditoría de acuerdo con lo establecido en el plan de auditoría, se cumplieron los objetivos de ésta.
3.7	¿Se evidenciaron las acciones tomadas por la Organización para solucionar las áreas de preocupación, reportadas en el informe de la Etapa 1? (Se aplica solo para auditorías iniciales o de otorgamiento): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.A <input checked="" type="checkbox"/>

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- 3.8 Si se aplicó toma de muestra de múltiples sitios, indicar cuáles sitios permanentes se auditaron y en que fechas
Si No N.A

2019-04-01 Regional Nariño y Regional Atlántico
2019-04-02 Regional Antioquia
2019-04-03 Regional Meta y Regional Bogotá
2019-04-04 Regional Quindío

- 3.9 ¿En el caso del Sistema de Gestión auditado están justificadas las exclusiones o requisitos no aplicables acorde con lo requerido en el respectivo referencial?
Si No N.A

8.3. Diseño y desarrollo de productos y servicios: Las especificaciones de los servicios de la Institución están definidas por la reglamentación legal vigente, por consiguiente la Organización implementa en el servicio estas especificaciones, de modo que su capacidad de entregar el servicio controlado no se ve afectada

- 3.10 ¿Se auditaron actividades en sitios temporales o fuera del sitio de acuerdo al listado de contratos o proyectos entregados por la Organización?
Si No N.A

2019-04-01 Pasto: Regional Nariño, Centro Zonal Pasto 1, Barranquilla: Centro Zonal Sur Oriente, sitios de atención: CDI Santa Luisa y Centro Camilo.
2019-04-02 Pasto: Centros de atención: CDI Niña María y Righeto. Medellín: Regional Antioquia, Centro Zonal Nor Occidental y sitio de atención CDI La Florida
2019-04-03 Villavicencio: Regional Meta, Centro Zonal Villavicencio 2 y sitios de atención CDI Chaparrero Ilanero y Casa autónoma Agora
Bogotá: Centro Zonales San Cristóbal y Tunjuelito y Centro de atención Luz y Vida
Medellín: Centro Zonal Oriente y Centro de atención Nuevo Amanecer
2019-04-04 Armenia: Centro Zonal Armenia Sur y Centros de atención Fundación Quindiana y CDI La Colina

- 3.11 ¿Es una auditoría de ampliación o reducción?
Si No

- 3.12 En el caso de los esquemas en los que es aplicable el requisito de diseño y desarrollo del producto o servicio (Por ejemplo, el numeral 8.3 de la norma ISO 9001:2015 ó 7.3 de la norma ISO 9001:2008), este se incluye en el alcance del certificado?
Si No N.A

- 3.13 ¿Existen requisitos legales para el funcionamiento u operación de la Organización o los proyectos que realiza, por ejemplo, habilitación, registro sanitario, licencia de funcionamiento, licencia de construcción, licencia o permisos ambientales en los que la Organización sea responsable?:
Si No N.A
El ICBF fue creado por la Ley 75 de 1968 y reorganizado conforme a lo dispuesto por la Ley 7 de 1979 y su Decreto Reglamentario No. 2388 de 1979, que mediante Decreto No. 4156 de 2011 fue adscrito al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social.

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

3.14 ¿Se evidencian cambios significativos en la Organización, desde la anterior auditoría, por ejemplo, relacionados con Alta dirección, estructura organizacional, sitios permanentes bajo el alcance de la certificación, cambios en el alcance de la certificación diferentes a ampliación o reducción, entre otros?
Si No N.A

¿Debido a los cambios que ha reportado la Organización, se requiere aumentar el tiempo de auditoría de seguimiento?
Si No

3.15 ¿Se auditaron actividades en turnos nocturnos?
Si No N.A.

3.16 Se encontraron controlados los procesos de origen externo (out sourcing), cuyo resultado incide en la conformidad del producto y/o servicio que afecta la satisfacción del cliente?
Sí No N.A.
La estrategia de atención del ICBF se desarrolla a través de Operadores de servicios que desarrollan los diferentes programas de atención a los niños, niñas y adolescentes: Primera infancia, Protección, Nutrición, Niñez y adolescencia, Familias y comunidades.

3.17 ¿Se presentaron durante la auditoria, cambios que hayan impedido cumplir con el plan de auditoría inicialmente acordado con la Organización?
Si No

3.18 ¿Existen aspectos o resultados significativos de esta auditoría que incidan en el programa de auditoría del ciclo de certificación?
Si No

3.19 ¿Quedaron puntos no resueltos en los casos en los cuales se presentaron diferencias de opinión sobre las NC identificadas durante la auditoría?
Si No

3.20 ¿Aplica restauración para este servicio?
Si No N.A.

3.21 Se verificó si la Organización implementó o no, el plan de acción establecido para solucionar las no conformidades menores pendientes de la auditoría anterior de ICONTEC y si fueron eficaces.
Si No N.A.

NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz la acción? Si/No
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

En caso de que no se haya solucionado una o más no conformidades menores pendientes, se debe realizar verificación complementaria.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

HALLAZGOS QUE APOYAN LA CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN CON LOS REQUISITOS

- 4.1 El Direccionamiento estratégico 2019 - 2022; definido a partir del análisis de contexto actual en el que se encuentra el país en materia de atención a los niños, niñas y adolescentes, los logros alcanzados en el periodo de gestión previo, las necesidades y expectativas de las Partes interesadas y los nuevos elementos que considera la Institución son necesarios para mejorar continuamente el desarrollo de su objeto social, el Sistema Integrado de gestión y la cultura institucional orientada básicamente por los principios de la calidad y los Valores que enmarcan los objetivos estratégicos.
- 4.2 La Revisión por la Dirección continúa siendo un ejercicio importante de análisis de los resultados del Sistema Integrado de Gestión, en el que a partir de la información de entrada se proponen acciones a seguir para corregir cuando se presentan las desviaciones de la línea trazada en la gestión, fortalecer el desempeño institucional frente a los aspectos de la Calidad, la SST y el Ambiente, y se evalúa también si se realiza de manera correcta la gestión para dar cumplimiento a los objetivos planificados.
- 4.3 La mejora continua en el comportamiento de los indicadores de los procesos y en general el cumplimiento de los objetivos del Sistema Integrado de gestión; evidencia tendencias positivas con respecto al cumplimiento de las metas planificadas, que permite inferir del esfuerzo y la gestión realizada por los equipos de trabajo.
- 4.4 La articulación del modelo del Sistema Integrado de Gestión con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión; de manera que se desarrollan actividades comunes en todos los procesos que dan respuesta de manera uniforme a los requisitos especificados de cada esquema, lo que facilita el desarrollo de la gestión y el cumplimiento de los objetivos y metas.
- 4.5 La inclusión en el Direccionamiento Estratégico de una línea de trabajo que da una mayor atención a la atención de niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad y los que presentan adicción al consumo de sustancias psicoactivas; dando respuesta a las necesidades evidenciadas en el análisis de contexto actual del país, para con ello generar acciones tendientes a mejorar estas condiciones y la calidad de vida de este segmento de población.
- 4.6 El fortalecimiento de la cultura del control en la Institución; cuya gestión es liderada por el área de Control Interno, apoyada por la Alta Dirección y gestionada por los líderes de los procesos, con el fin de asegurar que se da cumplimiento de manera sistemática a los requisitos normativos y reglamentarios aplicables, conforme es requerido por los Entes de control.
- 4.7 El replanteamiento estratégico y proactivo del proceso Inspección, Vigilancia y Control; se derivó de un riguroso análisis de contexto y evaluación de las necesidades de las Partes interesadas, para orientar la mejora continua del proceso hacia el cumplimiento de las metas de los indicadores planteados para el cuatrienio en el plan estratégico de la Institución.
- 4.8 Las acciones de acompañamiento y de refuerzo continuo para el aprendizaje de los equipos de trabajo de los procesos en la sede central y regionales, realizadas por el proceso de Innovación con el fin de fortalecer la apropiación y cultura del Sistema Integrado de Gestión en la Institución.
- 4.9 El Proyecto ADA de adopciones; es una iniciativa innovadora en la que participó un equipo de trabajo interdisciplinario, con el fin de optimizar los procesos internos y fortalecer la interacción con los aliados institucionales interesados en el proceso.

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- 4.10 El seguimiento y control de los resultados de los indicadores de gestión del proceso de Protección / Restablecimiento de derechos; para lo cual se han implementado acciones correctivas eficaces que han orientado en mejor manera la gestión realizada para cumplir las metas institucionales en las diferentes regionales.
- 4.11 La propuesta de medir el grado de satisfacción de las Partes interesadas en la Oficina de Cooperación y convenios; permite obtener información valiosa que facilita identificar oportunidades de mejora con miras a fortalecer la eficacia de la gestión.
- 4.12 El planteamiento de la Cadena de valor en el proceso de Promoción y Prevención, Familias y Comunidades, con la reorganización y rediseño de los programas, lo que favorece la incorporación de las acciones de mejora en las metas del cuatrienio, así como el rediseño del programa de “generaciones 2.0” de Niñez y adolescencia, que involucra el contexto, la participación, orientaciones y satisfacción de la comunidad beneficiaria en el marco para la construcción del proyecto de vida de los jóvenes.
- 4.13 Las iniciativas de mejora en el proceso de Atención al ciudadano; por la construcción de propuestas, orientaciones y rediseños de la dirección de servicio y atención, con el fin de lograr mayores eficiencias en la atención de los requerimientos de los usuarios de los servicios.
- 4.14 La construcción de las herramientas de supervisión, su pilotaje, y puesta en marcha; porque fortalece la relación con proveedores y Partes interesadas a partir de ejercicios eficaces de comunicación, que permitieron atender las necesidades planteadas en esos escenarios.

En las Regionales y Centros Zonales

- 4.15 El acompañamiento en las Regionales y Centros Zonales por parte de los cargos Enlaces de Calidad y Referentes del Sistema de Gestión, como facilitadores de la gestión y apoyo para asegurar que se cumplen los lineamientos definidos por el Instituto para la eficaz implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- 4.16 La adecuación del Sistema de Gestión de Calidad en las Regionales y Centros zonales; incluye todos los elementos básicos requeridos por la norma de calidad, los requisitos especificados para los procesos definidos desde la Sede central, los requisitos reglamentarios y normativos aplicables, además de los aspectos que de manera particular cada sitio de trabajo agrega para generar valor a la gestión y cumplir los objetivos y metas planificadas.
- 4.17 La gestión para cumplir las especificaciones técnicas aplicables por parte de los Operadores que prestan los servicios contratados; se evidencia de manera generalizada en los sitios visitados durante la auditoría, lo que permite concluir del trabajo realizado por el ICBF desde la integralidad de los procesos que se encargan de definir las especificaciones, darlas a conocer, apoyar su implementación y supervisar su cumplimiento, para que el servicio se desarrolle con la conformidad requerida por las Partes interesadas.
- 4.18 La vocación para el servicio que se evidencia por parte de los Operadores visitados durante la auditoría, que atienden las necesidades de los niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad y los que en general se encuentran en medidas de Protección; son Instituciones conformadas por personas que realizan su labor con dedicación y esfuerzo, lideran equipos de trabajo

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

técnicos y profesionales para desarrollar la atención y además gestionan de manera eficiente los recursos disponibles para lograr en lo posible los objetivos y metas planificadas.

- 4.19 Los sistemas de información SIM, cuéntame y las condiciones de organización documental de las EAS y operadores visitados, lo que favorece que la información documentada referente al manejo de los casos sea la idónea para cada nivel y se encuentre disponible acorde con la pertinencia de la consulta requerida.
- 4.20 El enfoque de atención integral a la niñez, teniendo en cuenta las necesidades educativas, de cuidado, salud y nutrición; para lo cual la Institución ha dispuesto de las estrategias y recursos necesarios para atender estas necesidades para un mayor número de niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad que requieren los servicios del Instituto.
- 4.21 Las labores de Supervisión que ejerce el equipo técnico de los Centros zonales en las Unidades de servicio; evidencian un nivel de exigencia importante en procura de que se cumplan en un alto porcentaje los lineamientos establecidos por la Institución para los servicios de Protección, Promoción y prevención.
- 4.22 Los aportes para la Revisión por la dirección derivados de la implementación de estrategias dinámicas, creativas y articuladas desde la Dirección regional; evidencian la participación consciente de los equipos de trabajo y la generación de propuestas de valor que son muy importantes al momento de tomar las decisiones y acciones para la mejora continua del Instituto.
- 4.23 El despliegue de estrategias de la dirección regional para la atención y control de los indicadores en riesgo a todos los niveles subordinados, y el involucramiento de las áreas de la sede de la Dirección General en la búsqueda de soluciones y apoyos administrativos, evidencia la interacción entre los procesos, Dirección general, Regionales y Centros zonales para lograr el propósito común en la atención de los niños, niñas y adolescentes.
- 4.24 Los resultados que a nivel de caso y experiencia exitosa, pudieron observarse en los Centros de atención visitados, los cuales evidencian efectividad de los modelos diseñados por la Institución y la aplicación exitosa de los mismos, sin desconocer que no en todas las situaciones se logran los resultados esperados.
- 4.25 En la Regional Nariño
- La gestión adelantada por los equipos de apoyo a la supervisión, porque generan y mantienen repositorios de información (NAS), que permitió a la regional la disponibilidad de información de calidad y apropiada para gestionar los correctivos con oportunidad, mejora que ha sido aceptada por el orden nacional y adoptada con efectividad por otras regionales.
 - La gestión realizada en apoyo con la ESAP, para generar las Escuelas de supervisión, que incluye la formación de los supervisores con módulos en énfasis financieros, el Sistema de gestión y aspectos legales específicos a la labor, lo cual responde a las necesidades de los supervisores de contrato y a través de la revisión técnica de las herramientas aplicadas, favorece la identificación asertiva de salidas no conformes y la aplicación oportuna y verificable de los tratamientos correspondientes

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

OPORTUNIDADES DE MEJORA

4.26 En el proceso de Evaluación Independiente:

- Establecer mayores mecanismos de articulación, cooperación y sinergia entre la subdirección de Mejoramiento organizacional y la Oficina de Control interno, con el fin de promover la mejora continua en la Institución a partir del cumplimiento de los requisitos y favorecer el seguimiento y dinamización de las acciones derivadas de los ejercicios de auditoría interna.
- Considerar la reducción de los tiempos de ciclo actuales de auditoría interna de calidad, teniendo en cuenta la importancia de cubrir todo el Sistema de Gestión de Calidad en un tiempo prudencial que asegure mantener el control sobre la reincidencia de no conformidades, así como los tiempos adecuados para el cierre de los planes de acción que a su vez requieren el seguimiento oportuno por el área de Control.
- Fortalecer la redacción y consolidación de los hallazgos de auditoría interna en los informes, considerando la unificación de evidencias por numerales para generar planes de acción transversales en cada uno de los niveles, áreas o esquemas auditados y disminución de la repetición, multiplicidad de acciones encaminadas a tratar las mismas situaciones de no conformidad.
- Considerar dentro de las proyecciones de la Oficina de Control Interno, la actualización del equipo auditor en la norma ISO 19011: 2018, para fortalecer la alineación del ejercicio de auditoría a la estructura de alto nivel de los ejes del Sistema integrado de gestión.

4.27 La documentación de las mejoras implementadas en los procesos en solución; para que a partir de campañas de sensibilización se invite a todos los equipos de trabajo a realizar el registro de las acciones de mejora, correctivas y las que se generan a partir del análisis de riesgos en el aplicativo previsto para tal fin, de modo que se mantenga esta información como fuente de conocimiento que retroalimenta la gestión institucional y a los mismos colaboradores de los procesos.

4.28 Las experiencias exitosas y lecciones aprendidas en el desarrollo del proceso de Coordinación y articulación del SNBF y Agentes; para que este tipo situaciones se puedan identificar, documentar y compartir entre las Regionales, favoreciendo la buena gestión y el aprendizaje mutuo que apoya la mejora continua institucional.

4.29 En el proceso de Relación con el Ciudadano; establecer y definir con la Dirección de Protección medidas urgentes de responsabilidad para el control y análisis de los resultados de medición del indicador que salió del radar del proceso, en relación con la “constatación de denuncias” para evitar pérdida de los avances adelantados en los últimos años, descontrol y materialización de riesgos por falta de seguimiento.

4.30 En el proceso de Mejora e Innovación:

- Establecer estrategias para el fortalecimiento transversal en los niveles del ICBF, del análisis de causas de las acciones correctivas y sus metodologías asociadas, evitando que se centren en las respuestas y razones explicativas de las evidencias, lo que favorece tanto el establecimiento de las causas raíz como la formulación de planes de acción tendientes a su eliminación y no repetición de hallazgos.

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- Continuar con el fortalecimiento del procedimiento de acciones correctivas y el establecimiento de acciones complementarias que favorezcan la gestión en la sede de la Dirección general, Regionales y Centros zonales, así como la apropiación de los responsables del alcance, responsabilidades y autoridades en la ejecución de estas acciones.
- Considerar la revisión conjunta de la matriz de identificación de Salidas no conformes con los procesos de Protección, Promoción y Prevención, a fin de fortalecer la dinamización en los diferentes niveles el entendimiento y apropiación detallada de las desviaciones derivadas del quehacer diario, sin que se confunda con las acciones correctivas.

4.31 En el proceso de Gestión Humana:

- Fortalecer el nivel de detalle en la descripción de las funciones de los colaboradores hacia el Sistema integrado de gestión, previstos en la resolución 1818 del 2019; que facilite a los colaboradores tener toda la claridad necesaria que les permite cumplir con las responsabilidades asignadas y hacer uso cuando aplique de la autoridad delegada para tomar decisiones apropiadas.
- Considerar nuevos instrumentos y mecanismos para evaluar la eficacia de las capacitaciones derivadas del PIC, de acuerdo con el planteamiento y objetivo establecido para cada jornada, sin que se centre únicamente en aquellas que ameritan pruebas de conocimiento, a fin de determinar en todos los casos el valor que cada actividad de formación genera para la Institución y se hace visible en la gestión de los procesos y la prestación de los servicios.
- Aumentar la capacidad de control en las áreas y procesos misionales que desarrollan acciones de formación, de manera que se asegure oportunidad en la ejecución y la participación del personal focalizado.

En los Centros Zonales y Regionales

4.32 Un análisis de contexto en cada Regional; para que se elabore el análisis local a partir del realizado en el nivel central, dada la importancia que reviste para el desarrollo de la estrategia operativa en esta Unidad de gestión tener claras las particularidades de las cuestiones internas y externa en las que se han de desarrollar las estrategias, lo que permite lograr mayor eficacia en el cumplimiento de los objetivos planificados.

4.33 La gestión de los Centros Zonales orientada por el sentido y propósito de los objetivos y no solo por la asignación por la Sede Central de tareas y actividades asociadas a los programas y estrategias para la atención de los niños, niñas y adolescentes, lo que implica el desarrollo de iniciativas y decisiones de la micro gerencia por parte de los líderes de zona, para orientar a sus equipos de trabajo en este sentido y lograr mayor eficacia en relación a estos objetivos y metas planificadas.

4.34 El análisis histórico del desempeño de los Centros de atención; para que la información se mantenga consolidada y disponible para los grupos de Supervisión y Asistencia técnica, con el fin de determinar la evolución y mejora continua de los Operadores, lo que permite dar confianza de la gestión realizada para dar cumplimiento a las especificaciones aplicables en el tiempo.

4.35 En la Gestión de Riesgos fortalecer la dinámica de diligenciamiento, la aplicación de medidas de control, y otras actividades que si bien no aparecen identificadas en los mismos, sí corresponden a la implementación real, para evitar su materialización, de manera que refleje la realidad de cada regional y aporte a la construcción de un mapa de calor nacional.

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- 4.36 En Promoción y prevención, revisar los indicadores definidos, con el fin de fortalecer el proceso a través de la implementación de otros que aporten más allá de las coberturas de los programas, y apunten a visualizar el impacto de los programas, dada la naturaleza de los mismos.
- 4.37 Generar el detalle de la tendencias de los hallazgos que se identifican a partir de la aplicación de instrumentos de supervisión que realiza el equipo de apoyo de asistencia técnica, y así mismo vincular dicha información y su gestión a los informes de supervisión que se reportan sobre operadores y EAS por parte de los supervisores directos.
- 4.38 En los Centros de desarrollo Infantil, revisar y ajustar las herramientas de verificación de limpieza y desinfección de las baterías sanitarias, de manera tal que sean suficientes para demostrar su realización y que esta se ejecutó de la manera como ha sido establecida.
- 4.39 Fortalecer el control que se realiza sobre a la asistencia de los padres a las actividades direccionadas en Promoción y prevención desde el componente familia, comunidad y redes, en los Centros de desarrollo infantil de manera que la información obtenida permita ajustar la gestión global para lograr las coberturas definidas, así como identificar casos posibles que requieran activación de rutas.
- 4.40 Se sugiere revisar y ajustar los lineamientos de Metrología que se aplican para equipos como las grameras y basculas de piso, utilizadas en el componente de salud y nutrición, con el propósito que se dé claridad a su interpretación para que la implementación sea homogénea, responda a parámetros técnicos e históricos y la información documentada diseñada para generar trazabilidad proporcione confianza en la validez de los resultados.
- 4.41 Dado que la organización por su multiregionalidad aborda necesidades con tendencias cambiantes y que a nivel de EAS y Operadores, cuenta con casos y experiencias exitosas, así como lecciones aprendidas, se recomienda generar un repositorio de los mismos para que desde un análisis técnico integral y apropiado, determine elementos clave y fortalezca el proceso de gestión de conocimiento para el avance en el logro de los objetivos misionales.
- 4.42 Desarrollar actividades de formación y capacitación para los líderes de proceso, enfocadas en fortalecer las habilidades y competencias gerenciales como el direccionamiento estratégico, liderazgo, planeación, herramientas y estrategias para gestionar objetivos de amplio alcance, dirección y motivación de equipos de trabajo, entre otras habilidades que requieren los líderes para orientar con eficacia el cumplimiento de los objetivos y las premisas del Direccionamiento estratégico institucional.
- 4.43 Fortalecer la planificación de la Asistencia técnica en las Sedes regionales para los Centros zonales, considerando además de las actividades generales de capacitación, el acompañamiento puntual a las zonales que evidencian un menor desempeño en sus indicadores de gestión, un mayor número de no conformidades en las auditorías internas y externas, insatisfacción, quejas y reclamos por parte de los usuarios y las que solicitan voluntariamente ser asistidas, sobre las cuales se requiere priorizar asistencia para la mejora continua de su gestión.
- 4.44 Fortalecer el seguimiento y monitoreo a los resultados y compromisos o mejoras derivadas de las visitas de asistencia técnica y/o supervisión realizadas a las Entidades administradores de servicios y Unidades de servicio, para asegurar que se cumplen dichos acuerdos, se implementa la mejora y se retroalimenta eficazmente a estas Partes interesadas con miras al alcance de los objetivos planificados.

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- 4.45 Fortalecer en los sitios que aplique las labores de supervisión e inspección de los aspectos y normas concernientes al manejo de medicamentos de control, verificando que es conforme a la legislación vigente aplicable, a fin de minimizar los riesgos asociados a posible mal uso de este tipo de sustancias que pueden afectar la salud de las personas que tengan contacto indebido con las mismas.
- 4.46 Considerar la exigencia a las Unidades de servicio de realizar las pruebas y ensayos de microbiología y de potabilidad del agua, con la periodicidad adecuada para realizar la actividad, el número y sitios indicados por las buenas prácticas de manufactura de alimentos y así mismo las acciones que se deriven de los resultados, con lo cual se puede asegurar que se mantiene la inocuidad de los alimentos preparados.

5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

5.1. Análisis de la eficacia del Sistema de Gestión certificado

5.1.1. Quejas y Reclamos

Quejas

- ✓ Con el fin de mantener el control de las quejas y reclamos presentadas por las Partes interesadas, la Institución tiene establecido un procedimiento en el Sistema de Gestión.
- ✓ El procedimiento establece que para la recepción de las PQRS se elabore un registro documentado que permite controlar todas las etapas para la recepción, el trámite interno y el envío de la respuesta.
- ✓ Los canales de comunicación con los clientes son el medio telefónico, la página web, personalmente y el correo electrónico.
- ✓ Los datos de las quejas y reclamos se analizan en los ejercicios de Revisión por la Dirección, para proponer con base en esta información acciones de mejora para la prestación del servicio y la eficacia del Sistema de Gestión.
- ✓ **Comportamiento de las Quejas:**
- ✓ El total de quejas recibidas durante el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2018, fue de 1.624. Comparado con el segundo semestre del año 2017 en que se recibieron 1.612 quejas, disminuyeron en un 1%.
- ✓ El 58% (950) de las quejas recibidas se presentaron contra defensores de familia, seguido de los psicólogos, con un 8% (129).
- ✓ Las Regionales que registraron mayor volumen de quejas recibidas durante el segundo semestre del 2018 fueron, Bogotá con 512, lo que equivale al 31,5; Valle del Cauca, con 140, equivalente al 8.6% del total de quejas y Antioquia, con 103, equivalente al 6.3% del total de quejas.
- ✓ Los Centros Zonales de la Regional Bogotá en donde se presentaron el mayor número de quejas fueron, CZ Engativá y CZ Kennedy.

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

- ✓ Los servicios frente a los cuales se presentaron mayor número de quejas fueron: Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, Servicio al Ciudadano y Conciliable - Fijación de custodia y cuidado personal. A su vez, los principales motivos por los cuales los ciudadanos presentaron su inconformidad fueron: Incumplimiento, abuso o extralimitación de deberes o funciones, Demora en la atención (omitir, negar, retardar o entorpecer asuntos a su cargo o la prestación del servicio) y Maltrato al ciudadano.

Servicio afectado por la Queja (Segundo semestre de 2018)	Motivo de Queja (Segundo semestre de 2018)										Total General	
	Incumplimiento, abuso o extralimitación de deberes o funciones.	Demora en la atención (omitir, negar, retardar o entorpecer asuntos a su cargo o prestación del servicio)	Maltrato al Ciudadano	Parcialidad en procesos (inhabilidades e incompatibilidades)	Personal	Medidas de Protección	Maltrato a Compañeros de Trabajo	Demora en constatación de denuncias	Supervisión de Contratos	Dádivas (agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios)		Otros Motivos de quejas
Proceso Administrativo de Reestablecimiento de Derechos	407	133	79	28	6	26	1		2		-	682
Servicio al Ciudadano	59	44	68	2	12	1	5	1			-	192
Conciliable - Fijación de custodia y cuidado personal	97	26	20	11	1	3					-	158
Conciliable - Fijación de cuota de alimentos	31	18	13	11	1						1	75
Servidores Públicos	20	3	1		15	1	14				1	55
Hogares Comunitarios de Bienestar	25	5	5	1	1	1	2	3			1	44
Diligencias Administrativas	4	24	7				1		2		-	38
Conciliable - Fijación de visitas	19	10	4	1	2	1					-	37
Hogares Sustitutos	16	3	9			4					-	32
Otros Servicios afectados	133	84	46	8	9	3	3	9	8	4	4	311
Total general	811	350	252	62	47	40	26	13	12	4	7	1.624
	49,9%	21,6%	15,5%	3,8%	2,9%	2,5%	1,6%	0,8%	0,7%	0,2%	0,4%	

✓ Comportamiento de los Reclamos

- ✓ El total de Reclamos interpuestos durante el período julio a diciembre del 2018, fue de 4.799. Comparado con el segundo semestre del año 2017, en el que se registraron 4.594 reclamos, hubo una disminución del 4%.
- ✓ El 44% de los reclamos recibidos en el segundo semestre de 2018 fueron frente a las modalidades y servicios de atención a la primera infancia; entre los más afectados se encuentran, Hogares Comunitarios de Bienestar con un 28% (1.332) y Centros de desarrollo infantil para la primera infancia- CDI con un 16% (762).
- ✓ Los puntos de atención en Bogotá, en donde se presentaron el mayor número de reclamos, fueron los Centros Zonales Barrios Unidos, Bosa y Ciudad Bolívar.
- ✓ Los principales motivos por los cuales los ciudadanos presentaron su inconformidad fueron: Incumplimiento de Obligaciones, Maltrato a Niños, Niñas y Adolescentes e incumplimiento en calidad de producto o servicio.
- ✓ A nivel territorial, las Regionales que durante este periodo registraron mayor volumen de reclamos fueron: Bogotá con 918, equivalente al 19,1% del total del semestre, Valle del Cauca con 387, equivalente al 8.1% y Antioquia con 380 reclamos, equivalente al 7.9%.

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

Servicio afectado por el Reclamo (Segundo semestre de 2018)	Motivo de Reclamo (Segundo semestre de 2018)											
	Incumplimiento de Obligaciones	Maltrato a Niños, Niñas y Adolescentes	Incumplimiento en Calidad de producto o servicio	Idoneidad del Recurso Humano	Demora en los pagos	Maltrato a Usuarios del Programa	Suspensión del Servicio	Cobros No Autorizados	Incumplimiento en Oportunidad de producto o servicio	Instalaciones Físicas Inadecuadas	Otros Motivos Afectados	Total general
Hogares Comunitarios de Bienestar	467	253	108	120	67	59	62	60	20	30	86	1,246
Centros de Desarrollo Infantil para la Primera Infancia - CDI	223	96	82	88	71	45	23	28	15	23	68	694
Hogares Sustitutos	113	191	18	36	21	25	3	1	1	3	21	412
Proceso Administrativo de Reestablecimiento de Derechos	218	44	44	12	-	5	-	-	12	1	18	336
Servicio al Ciudadano	139	4	74	25	14	7	9	-	38	11	10	321
Hogares Infantiles - Lactantes y Preescolares	105	58	22	35	15	20	7	16	8	12	20	298
Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI	107	8	19	25	23	17	16	13	7	6	57	241
Centros de Protección - Internado - Semi-internado - Externo	76	104	22	14	9	10	1	-	1	1	24	238
Jardines Comunitarios	22	22	2	6	4	2	5	4	-	2	4	69
Conciliable - Fijación de custodia y cuidado personal	34	1	7	3	-	-	-	-	3	-	1	48
Otros Servicios Afectados	226	77	58	39	42	25	13	13	18	9	67	520
Total general	1.730	858	456	403	266	215	139	135	123	98	376	4,799
	36,0%	17,9%	9,5%	8,4%	5,5%	4,5%	2,9%	2,8%	2,6%	2,0%	7,8%	

Acciones de la Organización frente a las Quejas y Reclamaciones: En razón a que la Institución realiza la prestación del servicio por intermedio de Operadores contratados, las acciones de mejora se relacionan en primera instancia con el seguimiento a la atención de cada caso que deben realizar estas Instituciones. De otra parte el ICBF fortalece las actividades de Asistencia técnica y Supervisión de los Operadores, a fin de asegurar el cumplimiento de los estándares establecidos por la Institución para las diferentes modalidades de atención.

5.1.2. En los casos que aplique verificar que la Organización haya informado a ICONTEC durante los plazos especificados en el Reglamento ES-R-SG-001 eventos que hayan afectado el desempeño del Sistema de Gestión certificado, relacionados con el alcance de certificación que sean de conocimiento público. El auditor verificará las acciones pertinentes tomadas por la Organización para evitar su recurrencia y describirá brevemente como fueron atendidas.

5.1.3. ¿Existen quejas de usuarios de la certificación recibidas por ICONTEC durante el último periodo evaluado? (Aplica a partir del primer seguimiento)
Si No N.A

5.1.4. ¿Se evidencia la capacidad del Sistema de Gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados?:
Si No

5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

5.1.5. ¿Los riesgos identificados por la Organización, en el alcance de su Sistema de Gestión, se han controlado de manera eficaz?

Sí No N.A.

¿En caso positivo la eficacia de control se basa en disminuir probabilidad del riesgo? Si No

5.1.6. ¿Se concluye que el alcance del sistema de gestión es apropiado frente a los requisitos que la Organización debe cumplir? (consultar ES-P-SG-02-A-001)

Si No .

5.2. Relación de no conformidades detectadas en auditorías previas del ciclo de certificación

A partir de la auditoría de otorgamiento o renovación, indicar contra cuáles requisitos se han reportado no conformidades y si existe recurrencia a algún requisito en particular

Auditoria	Número de no conformidades	Requisitos
Otorgamiento / Renovación	2	9.1.1.d. – 10.2.1 c y d.
1ª de seguimiento del ciclo	N.A.	N.A.
2ª de seguimiento del ciclo	N.A.	N.A.
Auditorías Especiales	N.A.	N.A.

¿Se evidencia recurrencia de no conformidades detectadas en las auditorías de ICONTEC en el último ciclo de certificación?

Si No N.A.

5.3 Análisis del proceso de auditoría interna

- ✓ La Organización cuenta con un procedimiento Auditorías que establece las directrices para la realización de las auditorías internas al Sistema de Gestión.
- ✓ La auditoría interna de calidad se desarrolló durante el primer semestre del 2019 en los meses de Marzo y Abril de acuerdo con el ciclo de auditorías previsto por la Oficina de Control Interno y lo establecido en el plan anual de auditorías que para el 2019 se amplió a cuatro años adoptando la metodología de priorización del Departamento administrativo de la Función Pública DAFP.
- ✓ Se realiza verificación de la competencia de los auditores de acuerdo con el perfil establecido por la Entidad.
- ✓ Los planes de acción de las 401 no conformidades detectadas en las 14 regionales auditadas se encuentran en proceso de seguimiento y cierre por parte de los líderes y responsables de los procesos.
- ✓ En el segundo semestre se desarrollaron auditorías relacionadas con el eje de seguridad de la información. Las auditorías se desarrollan con orientaciones de la norma ISO 19011

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

5.4 Análisis de la revisión del Sistema por la Dirección

- ✓ La Organización realiza la Revisión por la Dirección una vez al año con la participación de la Alta Dirección y los líderes de proceso. Para el presente año el ejercicio se realizó el 2019-03-05 con la información al corte del 2018-12-31.
- ✓ La Revisión por la Dirección es un ejercicio muy completo. Previamente el proceso líder del Sistema de gestión prepara en el “Formato para registro de la Información de la Revisión por la Dirección”, de manera consolidada y completa toda la información que requiere ser analizada por la Alta Dirección. Posterior se desarrolla la reunión de trabajo con la participación de todos los líderes de proceso, quienes presentan la información correspondiente, se desarrolla el análisis y evaluación por el equipo de trabajo y al respecto se toman decisiones y se proponen las acciones de mejora que sean necesarias de acuerdo con los resultados presentados.
- ✓ En el documento “Acta de Reunión” quedan registradas las decisiones generadas de la Revisión por la Dirección, las cuales evidencian están orientadas a fortalecer el mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión, la cultura de la calidad y en general a lograr una mayor eficacia de la gestión, frente a los objetivos y metas planificadas.

6. USO DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN Y DE LA MARCA O LOGO DE LA CERTIFICACION

- 6.1 El logo o la marca de conformidad de certificación de Sistema de Gestión de ICONTEC se usa en publicidad (¿página web, brochure, papelería, facturas, etc?)
Sí No N.A.
- 6.2 ¿La publicidad realizada por la Organización está de acuerdo a lo establecido en el reglamento ES-R-SG-001 y el Manual de aplicación ES-M-SG-001?
Sí No N.A.
- 6.3 ¿El logo o la marca de conformidad se usa sobre el producto o sobre el empaque o el envase o el embalaje del producto, o de cualquier otra forma que denote conformidad del producto?
Sí No N.A.
- 6.4 Se evidencia la adecuación de la información contenida en el certificado (¿vigencia del certificado, logo de organismo de acreditación, razón social registrada en documentos de existencia y representación legal, direcciones de sitios permanentes cubiertos por la certificación, alcance, etc.?)
Sí No N.A.

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

6. USO DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTION Y DE LA MARCA O LOGO DE LA CERTIFICACION			
7. RESULTADO DE LA REVISION DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA, MENORES QUE GENERARON COMPLEMENTARIA Y, MENORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORIA QUE POR SOLICITUD DEL CLIENTE FUERON REVISADAS			
<p>✓ ¿Se presentaron No Conformidades Mayores? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p>✓ ¿Se presentaron No Conformidades menores de la auditoria anterior que no pudieron ser cerradas en esta auditoria? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/></p> <p>✓ ¿Se presentaron no conformidades menores detectadas en esta auditoría que por solicitud del cliente fueron revisadas durante la complementaria? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N.A. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Fecha de verificación de la complementaria:</p>			
NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz la acción? Si / No
No Conformidades mayores identificadas en esta auditoria			
	N.A.		
No Conformidades pendientes de la auditoria anterior que no se solucionaron			
	N.A.		
No conformidades detectadas en esta auditoría que fueron cerradas			
	N.A.		
Si las acciones tomadas no fueron eficaces después de la realización de la verificación complementaria, se debe proceder de acuerdo con lo establecido en el Reglamento ES-R-SG-001.			

8. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR DE ACUERDO CON EL ES-R-SG-001				
Se recomienda otorgar la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda mantener el alcance del certificado o del Sistema de Gestión				
Se recomienda renovar el certificado del Sistema de Gestión				X
Se recomienda ampliar el alcance del certificado del Sistema de Gestión				
Se recomienda reducir el alcance del certificado				
Se recomienda reactivar el certificado				
Se recomienda actualizar el certificado del Sistema de Gestión (a la nueva versión de la norma)				
Se recomienda restaurar el certificado, una vez finalice el proceso de renovación				
Se recomienda suspender el certificado				
Se recomienda cancelar el certificado				
Nombre del auditor Líder: José Fernando Ruíz Ruíz			Fecha	2019 05 15

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

9. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INFORME		
Anexo 1	Plan de auditoría ES-P-SG-02-F-002	X
Anexo 2	Información específica de esquemas de certificación de Sistema de Gestión	N.A.
Anexo 3	Correcciones, análisis de causa y acciones correctivas Aceptación de la organización firmada.	2

ANEXO 1

Plan de Auditoria

ANEXO 2

Información Específica de Esquemas de Certificación Sistemas de Gestión

No Aplica

ANEXO 3

CORRECCIONES, ANALISIS DE CAUSAS Y ACCIONES CORRECTIVAS

- ✓ Se recibió la propuesta de correcciones, análisis de causas y acciones correctivas para la solución de no conformidades el 2019-05-07 y recibieron observaciones por parte del auditor líder.
- ✓ Las correcciones, análisis de causas y acciones correctivas propuestas por la Organización, fueron aceptadas por el auditor líder el 2019-05-10

PLAN DE AUDITORIA EN SITIO



EMPRESA:	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF		
Dirección del sitio:	Avenida carrera 68 No. 64 C 75, Bogotá, D.C. - Colombia		
Representante de la Organización	ANA CECILIA TAMAYO OSORIO		
Cargo	Directora de Planeación y Control de Gestión	Correo Electronico	ana.tamayo@icbf.gov.co

Alcance:

Alcance 9001:2015:
Gestión y Control de la prestación del servicio público de bienestar familiar para el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias y comunidades asociadas a los programas del ICBF.

Alcance OHSAS 18001:2007
Actividades administrativas para la gestión y control en la Prestación de Servicios Públicos de Bienestar Familiar para el desarrollo de la protección integral de la primera infancia, la niñez y adolescencia y el bienestar de las familias y comunidades asociado a los programas de bienestar familiar.

Alcance 14001:2015
Gestión y control ambiental en las actividades administrativas en la prestación del servicio público de bienestar familiar para el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, la niñez y la adolescencia y el bienestar de las familias y comunidades asociadas a los programas del ICBF en la Sede de la Dirección General, la Regional Quindío y Centro Zonal Armenia Sur

CRITERIOS DE AUDITORIA:	NTC ISO 9001:2015 + NTC ISO 14001:2015 +OHSAS 18001:2007 + la documentación del Sistema de Gestión
-------------------------	---

Tipo de auditoría:
ISO 9001:2015: X RENOVACION
ISO 14001: X RENOVACION X AMPLIACIÓN X REDUCCIÓN
OHSAS 18001: X RENOVACION

Aplica toma muestra por multisitio:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Existen actividades/procesos que requieran ser auditadas en turno nocturno:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

Con un cordial saludo, enviamos el plan de la auditoría que se realizará al Sistema de Gestión de su organización. Por favor indicar en la columna correspondiente, el nombre y cargo de las personas que atenderán cada entrevista y devolverlo al correo electrónico del auditor líder. Así mismo, para la reunión de apertura de la auditoría le agradezco invitar a las personas del grupo de la alta dirección y de las áreas/procesos/actividades que serán auditadas.

Para la reunión de apertura le solicitamos disponer de un proyector para computador y sonido para video, si es necesario, (sólo para auditorías de certificación inicial y actualización).

En cuanto a las condiciones de seguridad y salud ocupacional aplicables a su organización, por favor informarlas previamente al inicio de la auditoría y disponer el suministro de los equipos de protección personal necesarios para el equipo auditor.

La información que se conozca por la ejecución de esta auditoría será tratada confidencialmente, por parte del equipo auditor de ICONTEC.
 El idioma de la auditoría y su informe será el español.

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.
- Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables al alcance del sistema de gestión a la norma de requisitos de gestión.
- Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.
- Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión.

Las condiciones de este servicio se encuentran indicadas en el Reglamento de certificación de sistemas de gestión R-SG-001.

EQUIPO AUDITOR					
Auditor Líder ISO 9001:2015	José Fernando Ruíz	Correo electrónico	jruiz@icontec.net	Teléfono	310 2324128
Auditor ISO 9001	Sandra Liliana Becerra		sbecerra@icontec.net		
Auditores ISO 9001	Adriana Sofía Chaparro		achaparro@icontec.net		
Auditor Líder OHSAS 18001:2007	Erika Mercedes Ruge		eruge@icontec.org	Teléfono	3102862540
Auditor OHSAS 18001	Germán Lombana		glombaba@icontec.org		
Auditor OHSAS 18001	Sandra Liliana Becerra		sbecerra@icontec.net		
Auditor Líder ISO 14001:2015	Claudia Patricia Peña		cpena@icontec.net	Teléfono	3132075464
Auditor 14001	Germán Lombana		glombaba@icontec.org		

PLANIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS									
Fecha	NORMA	/ Sitio (si hay mas de uno)		Hora de Inicio de la actividad de auditoria	Hora de finalización actividad de auditoria	REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	PROCESO	CARGO Y NOMBRE
		CIUDAD	LUGAR						

Fecha	NORMA	/ Sitio (si hay mas de uno)		Hora de Inicio de la actividad de	Hora de finalización	REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	PROCESO	CARGO Y NOMBRE
2019-04-01	9001 14001 18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	8:00	8:30	Reunión de Apertura	Sandra Liliana Becerra Erika Mercedes Ruge Claudia Patricia Peña		TODOS LOS AUDITADOS
2019-04-01	9001 14001 18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	8:30	10:30	Direccionamiento Estratégico y Revisión por la Dirección Requisitos ISO 9001:2015 4.1- 4.2 - 5 - 6.2 - 9.1 - 9.3 - 10 Requisitos OHSAS 18001:2007 4.1 - 4.2 - 4.6 Requisitos ISO 14001:2015 4.1- 4.2 - 5 - 6.2 - 9.1 - 9.3 - 10	Sandra Liliana Becerra Erika Mercedes Ruge Claudia Patricia Peña	DIRECCIONAMIE TO ESTRATEGICO	Ana Cecilia Tamayo Osorio; María Mercedes Lievano Alzate; Carlos Enrique Garzon Gomez; Piedad Cecilia Montero Villegas; Loren Astrid Jaramillo Berna; Jesus Armando Perez Benito Revollo; Silvana Godoy Mateus; Yaneth Sarmiento Forero
2019-04-01	9001 14001 18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	10:30	11:30	Direccionamiento Estratégico y Revisión por la Dirección Requisitos OHSAS 18001:2007 4.3.1 4.3.3 - 4.5.1 - 4.4.6 Requisitos ISO 14001:2015 4.1- 4.2 - 5 - 6.2 - 9.1 - 9.3 - 10 Complementa temas específicos de Ambiental y SST	Erika Mercedes Ruge Claudia Patricia Peña	DIRECCIONAMIE TO ESTRATEGICO	Carlos Enrique Garzon Gomez; Alvaro De Fatima Gomez Trujillo; Lady Liliana Niño; Sonia Espitaleta; Milton Rey; Yeimy Munever; María Fernanda Herón
2019-04-01	9001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	10:30	11:30	Evaluación Independiente Requisitos ISO 9001:2015 9.2	Sandra Liliana Becerra	EVALUACION INDEPENDIENTE	Yanira Villamil; Andres Fernando Muñoz, Flor Alicia Rojas; Angela Parra
2019-04-01	14001 18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	11:30	13:00	Evaluación Independiente Requisitos OHSAS 18001:2007 4.5.5 Requisitos ISO 14001:2015 9.2	Erika Mercedes Ruge Claudia Patricia Peña	EVALUACION INDEPENDIENTE	Yanira Villamil; Andres Fernando Muñoz, Flor Alicia Rojas; Angela Parra; Sandra Rojas
2019-04-01	9001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	11:30	13:00	Comunicación Estratégica Requisitos ISO 9001:2015 9.2	Sandra Liliana Becerra	COMUNICACIÓN ESTRATEGICA	María Julieta Pescador Silva; Alba del Pilar Unibe Peñuela; Ana Carolina Brito Roncancio; Javier Quimbay; Giovanna Bazzani
2019-04-01		BOGOTA	DIRECCION GENERAL	13:00	14:00	RECESO (Almuerzo)			
2019-04-01	14001 18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	14:00	16:30	Gestión Humana Requisitos OHSAS 18001:2007 4.4.1 - 4.4.2 - 4.4.3 Requisitos ISO 14001:2015 4.1- 4.2 - 5 - 6.2 - 9.1 - 9.3 - 10	Sandra Liliana Becerra Erika Mercedes Ruge Claudia Patricia Peña	GESTION HUMANA	Carlos Enrique Garzon Gomez; Alvaro De Fatima Gomez Trujillo; Lady Liliana Niño; Sonia Espitaleta; Milton Rey; Yeimy Munever; María Fernanda Herón
2019-04-01	14001 18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	16:30	17:00	Balance Diario	Erika Mercedes Ruge Claudia Patricia Peña		
2019-04-02	18001	BOGOTA	REGIONAL CUNDINAMARCA	8:00	10:30	SISTEMA SST Recorrido por las instalaciones Requisitos OHSAS 18001:2007 4.3.1 - 4.3.3 - 4.5.1 - 4.4.6 <i>Cierre no conformidad</i>	Germán Orlando Lombana		Constanza Victoria Rendón; Ana María Cataño; Victoria Eugenia Londoño
2019-04-02	18001	BOGOTA	REGIONAL CUNDINAMARCA	10:30	12:30	Identificación y evaluación de requisitos legales / Comunicación Requisitos OHSAS 18001:2007 4.3.2 - 4.5.2 - 4.4.3	Germán Orlando Lombana		Constanza Victoria Rendón; Ana María Cataño; Victoria Eugenia Londoño
2019-04-02		BOGOTA	REGIONAL CUNDINAMARCA	12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	Germán Orlando Lombana		
2019-04-02	18001	BOGOTA	REGIONAL CUNDINAMARCA	13:30	16:30	Preparación y respuestas ante emergencias. Requisitos OHSAS 18001:2007 4.4.7 Investigación de incidentes. Requisitos OHSAS 18001:2007 4.5.3	Germán Orlando Lombana		Constanza Victoria Rendón; Ana María Cataño; Victoria Eugenia Londoño
2019-04-02	18001	BOGOTA	REGIONAL CUNDINAMARCA	16:30	17:00	Balance Diario	Germán Orlando Lombana		
2019-04-01	9001	PASTO	REGIONAL NARIÑO	8:30	10:30	Promoción y Prevención Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Adriana Sofia Chaparro	PROMOCION Y PREVENCION	Olga Cecilia Guerrón Zamudio
2019-04-01	9001	PASTO	REGIONAL NARIÑO	10:30	12:30	Protección Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Adriana Sofia Chaparro	PROTECCION	Olga Cecilia Guerrón Zamudio
2019-04-01		PASTO	REGIONAL NARIÑO	12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	Adriana Sofia Chaparro		
2019-04-01	9001	PASTO	CENTRO ZONAL PASTO 1	13:30	15:30	Promoción y Prevención Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Adriana Sofia Chaparro	PROMOCION Y PREVENCION	Martha Lucia Arevalo
2019-04-01	9001	PASTO	CENTRO ZONAL PASTO 1	15:30	17:00	Protección Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.8	Adriana Sofia Chaparro	PROTECCION	

Fecha	NORMA	/ Sitio (si hay mas de uno)		Hora de Inicio de la actividad de	Hora de finalización	REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	PROCESO	CARGO Y NOMBRE
2019-04-01	9001	PASTO		17:00	17:30	Balance Diario	Adriana Sofia Chaparro		Martha Lucia Arevalo
2019-04-01	9001	B/QUILLA	CENTRO ZONAL SUR ORIENTE	8:00	10:00	Promoción y Prevención Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	José Fernando Ruíz	PROMOCION Y PREVENCIÓN	Luz Emir Asprilla; Benjamín Collantes; Peggui Barrera
2019-04-01	9001	B/QUILLA	CENTRO ZONAL SUR ORIENTE	10:00	12:30	Protección Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	José Fernando Ruíz	PROTECCION	Luz Emir Asprilla; Benjamín Collantes; Peggui Barrera
2019-04-01		B/QUILLA		12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	José Fernando Ruíz		
2019-04-01	9001	B/QUILLA	CDI SANTA LUISA	14:00	15:30	Prestación del Servicio Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	José Fernando Ruíz	PROMOCION Y PREVENCIÓN	Carmen Carriño; Benjamín Collantes; Peggui Barrera
2019-04-01	9001	B/QUILLA	CENTRO CAMILO	16:00	17:00	Prestación del Servicio Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	José Fernando Ruíz	PROTECCION	
2019-04-01	9001	B/QUILLA		17:00	17:30	Balance Diario	José Fernando Ruíz		
MARTES 2019-04-02 SEGUNDO DIA									
2019-04-02	9001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	8:00	10:00	Inspección, Vigilancia y Control Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Sandra Liliana Becerra	INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL	Rocio Gómez; Fabián Mafla; Laura Mora Cifuentes; Paula Alejandra Castro
2019-04-02	9001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	10:00	12:30	Mejora e Innovación Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Sandra Liliana Becerra	MEJORA E INNOVACION	Yaneth Sarmiento; Andres Felipe Rodriguez; Paula Alejandra Castro; Jorge Alvarez
2019-04-02		BOGOTA	DIRECCION GENERAL	12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	Sandra Liliana Becerra		
2019-04-02	9001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	13:30	15:30	Protección - Reestablecimiento de Derechos Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Sandra Liliana Becerra	PROTECCION	Juliana Cortés; Viviana Turrigo; Sonia Espitaleta
2019-04-02	9001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	15:30	17:30	Coordinación y Articulación del SNBF y Agentes Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Sandra Liliana Becerra	COORDINACION Y ARTICULACION DEL SNBF	Aura Lucía Illoreda; Andres Felipe Ocampo; Diana Carolina Hernandez; Santiago Molina; Juan Carlos Arias
2019-04-01	18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	8:00	10:30	SISTEMA SST Recorrido por las instalaciones Requisitos OHSAS 18001 4.3.1 - 4.3.3 - 4.5.1 - 4.4.6 <i>Cierre no conformidad</i>	Germán Orlando Lombana		Carlos Enrique Garzón, Lady Liliana Niño
2019-04-01	18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	10:30	12:30	Preparación y respuestas ante emergencias. Requisitos OHSAS 18001 4.4.7 Requisitos ISO 14001:2015 8.2	Germán Orlando Lombana		Alvaro de Fatima Gómez, Carlos Enrique Garzón, Lady Liliana Niño, Angie Marjorie Carranza, Luz Karime Diaz
2019-04-01		BOGOTA	DIRECCION GENERAL	12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	Germán Orlando Lombana		
2019-04-01	18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	13:30	16:30	Identificación y evaluación de requisitos legales Requisitos OHSAS 18001 4.3.2 - 4.5.2 <i>Cierre no conformidad</i>	Germán Orlando Lombana		Carlos Enrique Garzón, Lady Liliana Niño
2019-04-01	18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	16:30	17:00	Balance Diario	Germán Orlando Lombana		
2019-04-02	18001	B/MANGA	REGIONAL SANTANDER	8:00	10:30	SISTEMA SST Recorrido por las instalaciones Requisitos OHSAS 18001:2007 4.3.1 - 4.3.3 - 4.5.1 - 4.4.6 <i>Cierre no conformidad</i>	Erika Mercedes Ruge		Margy León de Buitrago; Dalia Astrith Arias; Leonardo Alarcán Avella
2019-04-02	18001	B/MANGA	REGIONAL SANTANDER	10:30	12:30	Identificación y evaluación de requisitos legales / Comunicación Requisitos OHSAS 18001:2007 4.3.2 - 4.5.2 - 4.4.3	Erika Mercedes Ruge		Margy León de Buitrago; Dalia Astrith Arias; Leonardo Alarcán Avella
2019-04-02		B/MANGA	REGIONAL SANTANDER	12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	Erika Mercedes Ruge		

Fecha	NORMA	/ Sitio (si hay mas de uno)		Hora de Inicio de la actividad de	Hora de finalización	REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	PROCESO	CARGO Y NOMBRE
2019-04-02	18001	B/MANGA	REGIONAL SANTANDER	13:30	16:30	Preparación y respuestas ante emergencias. Requisitos OHSAS 18001:2007 4.4.7 Investigación de incidentes. Requisitos OHSAS 18001:2007 4.5.3	Erika Mercedes Ruge		Margy León de Buitrago; Dalia Astrith Arias; Leonardo Alarcán Avella
2019-04-02	18001	B/MANGA	REGIONAL SANTANDER	16:30	17:00	Balance Diario	Erika Mercedes Ruge		
2019-04-02	9001	PASTO	CDI NIÑA MARIA	8:00	10:00	Prestación del Servicio Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Adriana Sofia Chaparro	PROMOCION Y PREVENICION	Jorge Hernando Revelo Guerrero
2019-04-02	9001	PASTO	RIGHETO Reestablecimiento de Derechos	10:30	12:30	Prestación del Servicio Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Adriana Sofia Chaparro	PROTECCION	Jose Luis Estrada
2019-04-02		PASTO		12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	Adriana Sofia Chaparro		
2019-04-02	9001	PASTO		13:30	17:00	Balance Diario y traslado a Bogotá	Adriana Sofia Chaparro		
2019-04-02	9001	MEDELLIN	REGIONAL ANTIOQUIA	8:00	9:30	Promoción y Prevención Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	José Fernando Ruíz	PROMOCION Y PREVENICION	Silvia Montoya Echeverri Mariluz Quintero
2019-04-02	9001	MEDELLIN	REGIONAL ANTIOQUIA	9:30	11:00	Protección Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	José Fernando Ruíz	PROTECCION	Lina María Bernal Vélez Mariluz Quintero
2019-04-02		MEDELLIN	ZONAL NOR OCCIDENTAL	11:00	12:30	Promoción y Prevención Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	José Fernando Ruíz	PROMOCION Y PREVENICION	Aleida Calderón Mariluz Quintero
2019-04-02		MEDELLIN		12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	José Fernando Ruíz		
2019-04-02	9001	MEDELLIN	CDI LA FLORIDA	13:30	15:30	Prestación del Servicio Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	José Fernando Ruíz	PROMOCION Y PREVENICION	María Claudia Mariluz Quintero
2019-04-02	9001	MEDELLIN	ZONAL NOR OCCIDENTAL	15:30	17:30	Protección Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.8	José Fernando Ruíz	PROTECCION	Laura Rodríguez Mariluz Quintero
2019-04-02	9001	MEDELLIN		17:30	18:00	Balance Diario	José Fernando Ruíz		Selma Patricia Roldan Tirado
2019-04-02	14001	ARMENIA	REGIONAL QUINDIO, CENTRO ZONAL SUR	8:00	10:00	Planificación del SGA Requisitos ISO 14001:2015 4.1- 4.2 - 6.1.1, 6.1.2, 6.1.4, 6.2 Cierre no conformidad 2018 al 6.1.1	Claudia Patricia Peña		Luz Stella Rodríguez Echeverry Alvaro Johnny Cadavid Valencia Yeimy Munevar
2019-04-02	14001	ARMENIA	REGIONAL QUINDIO, CENTRO ZONAL SUR	10:00	12:00	Recorrido por las instalaciones Regional Quindío y Centro Zonal Sur Requisitos ISO 14001:2015 6.1.2, 7.3, 8.1	Claudia Patricia Peña		Luz Stella Rodríguez Echeverry Alvaro Johnny Cadavid Valencia Yeimy Munevar
2019-04-02		ARMENIA	REGIONAL QUINDIO, CENTRO ZONAL SUR	12:00	13:00	RECESO (Almuerzo)			
2019-04-02	14001	ARMENIA	REGIONAL QUINDIO, CENTRO ZONAL SUR	13:00	15:00	Gestión Legal Ambiental Requisitos ISO 14001:2015 6.1.3, 9.1.2	Claudia Patricia Peña		Luz Stella Rodríguez Echeverry Alvaro Johnny Cadavid Valencia Yeimy Munevar
2019-04-02	14001	ARMENIA	REGIONAL QUINDIO, CENTRO ZONAL SUR	15:00	16:30	Comunicaciones Requisitos ISO 14001:2015 7.3, 7.4	Claudia Patricia Peña		Luz Stella Rodríguez Echeverry Alvaro Johnny Cadavid Valencia; Yeimy Munevar
2019-04-02	14001	ARMENIA	REGIONAL QUINDIO, CENTRO ZONAL SUR	16:30	17:00	Balance Diario	Claudia Patricia Peña		
MIÉRCOLES 2019-04-03 TERCER DIA									
2019-04-03	9001	V/CENCIO	REGIONAL META	8:00	10:00	Promoción y Prevención Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Adriana Sofia Chaparro		Rosario del Pilar Rodríguez García; Jenny Katherine Gómez Torres Diana Marcela Ruiz; Claudia Mercedes Ramirez; Mario Guillermo Díaz Cubides

Fecha	NORMA	/ Sitio (si hay mas de uno)		Hora de Inicio de la actividad de	Hora de finalización	REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	PROCESO	CARGO Y NOMBRE
2019-04-03	9001	V/CENCIO	CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO 2	10:00	12:30	Protección Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.8	Adriana Sofia Chaparro		Mery Lucia Carvajal; Martha Gisela Montoya; Diana Lucia Nova; Miller Perdomo Ortegon; Clara Evelin Benitez; Betty Julieth Medina Heredia; Virna Escobar; Rosa Eliana Hernández; Franklin Arias; Claudia Mercedes Ramirez
2019-04-03		V/CENCIO	CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO 2	12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)			
2019-04-03	9001	V/CENCIO	CDI CHAPARRERITO LLANERO	13:30	15:00	Prestación del Servicio Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Adriana Sofia Chaparro		Rosario del Pilar Rodriguez Garcia; Diana Marcela Ruiz; Claudia Mercedes Ramirez
2019-04-03	9001	V/CENCIO	CASA AUTONOMA AGORA	15:00	17:00	Prestación del Servicio Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Adriana Sofia Chaparro		Rosario del Pilar Rodriguez Garcia; Miller Perdomo Ortegon; Virna Escobar; Claudia Mercedes Ramirez
2019-04-03	9001	V/CENCIO		17:00	19:00	Balance Diario y traslado a Bogotá	Adriana Sofia Chaparro		
2019-04-03	18001	V/CENCIO	REGIONAL META	8:00	10:30	SISTEMA SST Recorrido por las instalaciones Requisitos OHSAS 18001 4.3.1 - 4.3.3 - 4.5.1 - 4.4.6 <i>Cierre no conformidad</i>	Germán Orlando Lombana		Martha Eugenia Solano Hurtado; Mabel Lorena Carpintero; Andres Felipe Mendez Bello
2019-04-03	18001	V/CENCIO	REGIONAL META	10:30	12:30	Compras - Mantenimiento Requisitos OHSAS 18001 4.3.1, 4.4.6	Germán Orlando Lombana		Martha Eugenia Solano Hurtado; Mabel Lorena Carpintero; Andres Felipe Mendez Bello
2019-04-03		V/CENCIO	REGIONAL META	12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	Germán Orlando Lombana		
2019-04-03	18001	V/CENCIO	REGIONAL META	13:30	16:30	Preparación y respuestas ante emergencias. Requisitos OHSAS 18001:2007 4.4.7 Investigación de incidentes. Requisitos OHSAS 18001:2007 4.5.3	Germán Orlando Lombana		Martha Eugenia Solano Hurtado; Mabel Lorena Carpintero; Andres Felipe Mendez Bello
2019-04-03	18001	V/CENCIO	REGIONAL META	17:00	19:00	Balance Diario y traslado a Bogotá	Germán Orlando Lombana		
2019-04-03	18001	CALI	REGIONAL VALLE	8:00	10:30	SISTEMA SST Recorrido por las instalaciones Requisitos OHSAS 18001 4.3.1 - 4.3.3 - 4.5.1 - 4.4.6 <i>Cierre no conformidad</i>	Erika Mercedes Ruge		William Marquez; Luz Enelia Barbosa; Jorge Hernán pereira, Milbia Madronero
2019-04-03	18001	CALI	REGIONAL VALLE	10:30	12:30	Compras - Mantenimiento Requisitos OHSAS 18001 4.3.1, 4.4.6	Erika Mercedes Ruge		William Marquez; Luz Enelia Barbosa; Jorge Hernán pereira, Milbia Madronero
2019-04-03		CALI	REGIONAL VALLE	12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	Erika Mercedes Ruge		
2019-04-03	18001	CALI	REGIONAL VALLE	13:30	16:30	Preparación y respuestas ante emergencias. Requisitos OHSAS 18001:2007 4.4.7 Investigación de incidentes. Requisitos OHSAS 18001:2007 4.5.3	Erika Mercedes Ruge		William Marquez; Luz Enelia Barbosa; Jorge Hernán pereira, Milbia Madronero
2019-04-03	18001	CALI	REGIONAL VALLE	16:30	17:00	Balance Diario	Erika Mercedes Ruge		
2019-04-03	9001	BOGOTA	CENTRO ZONAL SAN CRISTOBAL	8:00	10:30	Protección Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Sandra Liliana Becerra		Ruth Zolanyi Mora Gutierrez Coordinadora Centro Zonal
2019-04-03	9001	BOGOTA	CENTRO DE ATENCION LUZ Y VIDA	10:30	12:30	Prestación del Servicio Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Sandra Liliana Becerra		Ana Belén Londoño Hoyos Cargo: Directora Encargada
2019-04-03	9001	BOGOTA		12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	Sandra Liliana Becerra		
2019-04-03	9001	BOGOTA	CENTRO ZONAL TUNJUELITO	13:30	15:30	Promoción y Prevención Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Sandra Liliana Becerra		Evelin Peña Alvarez Coordinadora Centro Zonal

Fecha	NORMA	/ Sitio (si hay mas de uno)		Hora de Inicio de la actividad de	Hora de finalización	REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	PROCESO	CARGO Y NOMBRE
2019-04-03	9001	BOGOTA	CENTRO ZONAL TUNJUELITO	15:30	17:30	Protección Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.8	Sandra Liliana Becerra		Evelin Peña Alvarez Coordinadora Centro Zonal
2019-04-03	9001	MEDELLIN	CENTRO DE ATENCIÓN NUEVO AMANECER	8:00	10:30	Prestación del Servicio Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	José Fernando Ruíz	PROTECCION	Luis Fernando Gallego Henao Mariluz Quintero
2019-04-03	9001	MEDELLIN	ZONAL ORIENTE (Municipio de Rionegro)	10:30	12:30	Promoción y Prevención Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	José Fernando Ruíz	PROMOCION Y PREVENCION	Isabel Patiño Mariluz Quintero
2019-04-03		MEDELLIN		12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	José Fernando Ruíz		
2019-04-03	9001	MEDELLIN	ZONAL ORIENTE (Municipio de Rionegro)	13:30	15:30	Protección Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.8	José Fernando Ruíz	PROTECCION	Isabel Patiño Mariluz Quintero
2019-04-03	9001	MEDELLIN		15:30	17:00	Balance Diario	José Fernando Ruíz		Selma Patricia Roldan Tírado
2019-04-03	14001	ARMENIA	REGIONAL QUINDIO, CENTRO ZONAL SUR	8:00	10:00	Compras, Mantenimiento Requisitos ISO 14001:2015 6.1.2, 8.1	Claudia Patricia Peña		Luz Stella Rodríguez Echeverry Alvaro Johnny Cadavid Valencia ; Yeimy Munevar
2019-04-03	14001	ARMENIA	REGIONAL QUINDIO, CENTRO ZONAL SUR	10:00	12:00	Preparación y respuesta ante emergencias Requisitos ISO 14001:2015 6.1.2, 8.2	Claudia Patricia Peña		Luz Stella Rodríguez Echeverry Alvaro Johnny Cadavid Valencia ; Yeimy Munevar
2019-04-03		ARMENIA	REGIONAL QUINDIO, CENTRO ZONAL SUR	12:00	13:00	RECESO (Almuerzo)			
2019-04-03	14001	ARMENIA	REGIONAL QUINDIO, CENTRO ZONAL SUR	13:00	14:00	Verificación del uso del logo en los diferentes medios de publicidad usados por la empresa.	Claudia Patricia Peña		Luz Stella Rodríguez Echeverry Alvaro Johnny Cadavid Valencia ; Yeimy Munevar
2019-04-03	14001	ARMENIA	REGIONAL QUINDIO, CENTRO ZONAL SUR	14:00	16:00	Consolidación de Informe	Claudia Patricia Peña		
2019-04-03	14001	ARMENIA	REGIONAL QUINDIO, CENTRO ZONAL SUR	16:00	17:00	Balance y cierre	Claudia Patricia Peña		Luz Stella Rodríguez Echeverry Alvaro Johnny Cadavid Valencia ; Yeimy Munevar
JUEVES 2019-04-04 CUARTO DIA									
2019-04-04	9001	9001	ARMENIA	FUNDACIÓN QUINDIANA	8:00	10:00	Prestación del Servicio Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7		Luz Stella Marin Marin Martha Maria Marin Mejia Carol Juliana Franco Serna Diana Maria Vargas
2019-04-04	9001	9001	ARMENIA	CDI LA COLINA	10:00	12:30	Prestación del Servicio Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7		Luz Stella Marin Marin Lina Maria Muñoz Guerrero Mileidy Correo Duque Carol Juliana Franco Serna Diana Maria Vargas
2019-04-04			ARMENIA		12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)		
2019-04-04	9001	9001	ARMENIA	CENTRO ZONAL ARMENIA SUR	13:30	15:30	Promoción y Prevención Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7		Luz Stella Marin Marin Lina Maria Muñoz Guerrero Carol Juliana Franco Serna Diana Maria Vargas
2019-04-04	9001	9001	ARMENIA	CENTRO ZONAL ARMENIA SUR	15:30	17:00	Protección Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7		Luz Stella Marin Marin Lauren Katherine Ramos Gladys Mary Sierra Jimenez Carol Juliana Franco Serna Diana Maria Vargas
2019-04-04	9001	9001	ARMENIA		17:00	19:00	Balance Diario y traslado a Bogotá		

Fecha	NORMA	/ Sitio (si hay mas de uno)		Hora de Inicio de la actividad de	Hora de finalización	REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	PROCESO	CARGO Y NOMBRE
2019-04-04	9001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	8:00	10:00	Promoción y Prevención Niñez y Adolescencia - Familia y Comunidades Requisitos ISO 9001:2015 8.1 - 8.2 - 8.5 - 8.6 - 8.7	Sandra Liliana Becerra	PROMOCION Y PREVENCIÓN	Niñez y Adolescencia Natalia Velasco; Durlley Romero; Abel Matiz; Cristian Franco; Tatiana Gómez; Erik Jerena; Luisa Betancurt; Sergio Ramírez; Juan Pablo Meléndez; Ivhon Aranda Familia y Comunidades Juan Pablo Angulo, Olga Milena Calvo
2019-04-04	9001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	10:00	12:30	Relación con el Ciudadano Requisitos ISO 9001:2015 8.2	Sandra Liliana Becerra	RELACION CON EL CIUDADANO	Patricia Ochoa, Edna Niño; Lina Margarita Pérez; Oscar Javier Bernal
2019-04-04		BOGOTA	DIRECCION GENERAL	12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	Sandra Liliana Becerra		
2019-04-04	18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	13:30	16:30	Programas de seguridad Desempeño Requisitos OHSAS 18001 4.3.3 - 4.5.1	Sandra Liliana Becerra		Carlos Enrique Garzón, Lady Liliana Niño, María Fernanda Heron
2019-04-03	18001	BOGOTA		16:30	17:00	Balance Diario	Sandra Liliana Becerra		
2019-04-04	18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	8:00	10:00	Investigación de incidentes. Requisitos OHSAS 18001 4.5.3 <i>Cierre no conformidad</i>	Erika Mercedes Ruge		Carlos Enrique Garzón, Lady Liliana Niño, María Fernanda Heron
2019-04-04	18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	10:00	12:30	Programas Salud Desempeño Requisitos OHSAS 18001 4.3.2 - 4.3.3 - 4.5.1 - 4.5.2	Erika Mercedes Ruge		Carlos Enrique Garzón, Lady Liliana Niño, María Fernanda Heron
2019-04-04		BOGOTA	DIRECCION GENERAL	12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)	Erika Mercedes Ruge		
2019-04-04	18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	13:30	16:30	Programas Salud Desempeño Requisitos OHSAS 18001 4.3.2 - 4.3.3 - 4.5.1 - 4.5.2	Erika Mercedes Ruge		Carlos Enrique Garzón, Lady Liliana Niño, María Fernanda Heron
2019-04-03	18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	16:30	17:00	Balance Diario	Erika Mercedes Ruge		
2019-04-04	14001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	8:00	10:00	Planificación del SGA Requisitos ISO 14001:2015 6.1.1, 6.1.2, 6.1.4, 6.2	Claudia Patricia Peña Germán Orlando Lombana		Alvaro de Fatima Gómez, Yeimy Munevar, Sonia Espitaleta
2019-04-04	14001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	10:00	12:00	Recorrido por las instalaciones Requisitos ISO 14001:2015 6.1.2, 7.3, 8.1	Claudia Patricia Peña		Alvaro de Fatima Gómez, Yeimy Munevar
2019-04-04	14001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	10:00	12:00	Mantenimiento, programas de agua y energía Requisitos ISO 14001:2015 6.1.2, 8.1	Germán Orlando Lombana		Alvaro de Fatima Gómez, Luz Karime, Angie Carranza, Sonia Espitaleta
2019-04-04	14001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	12:00	13:00	RECESO (Almuerzo)			
2019-04-04	14001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	13:00	15:00	Gestión Legal Ambiental Requisitos ISO 14001:2015 6.1.3, 9.1.2	Claudia Patricia Peña Germán Orlando Lombana		Alvaro de Fatima Gómez, Yeimy Munevar, Sonia Espitaleta
2019-04-04	14001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	15:00	16:30	Comunicaciones Requisitos ISO 14001:2015 7.3, 7.4	Claudia Patricia Peña German Orlando Lombana		Alvaro de Fatima Gómez, Julio Norberto Solano, Angie Carranza, Sonia Espitaleta
2019-04-04	14001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	16:30	17:00	Balance Diario	Claudia Patricia Peña German Orlando Lombana		
VIERNES 2019-04-05 QUINTO DIA									
2019-04-05	9001 14001 18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	8:00	10:30	Compras y Contratación Requisitos ISO 9001:2015 4.1- 4.2 - 5 - 6.2 - 9.1 - 9.3 - 10 Requisitos OHSAS 18001:2007 4.1, 4.2, 4.3.1, 4.6 Requisitos ISO 14001:2015 4.1- 4.2 - 5 - 6.2 - 9.1 - 9.3 - 10 Requisitos ISO 27001:2013 4.1 - 4.2 - 5 - 6.2 - 9.1 - 9.3 - 10	José Fernando Ruiz Claudia Patricia Peña Germán Orlando Lombana		Eduardo Andrés Gonzalez, Angie Johanna Reyes, Gonzalo Carreño, Carlos Enrique Garzón, Alvaro de Fatima Gómez, Jorge Alvarez, Jennifer Castillo, Ana Milena Bustos,

Fecha	NORMA	/ Sitio (si hay mas de uno)		Hora de Inicio de la actividad de	Hora de finalización	REQUISITOS POR AUDITAR	EQUIPO AUDITOR	PROCESO	CARGO Y NOMBRE
2019-04-05	18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	8:00	10:30	Verificación del uso del logo en los diferentes medios de publicidad usados por la empresa. Validación evidencias para el cierre de no conformidades de la auditoria anterior.	Erika Mercedes Ruge		Carlos Enrique Garzón, Lady Liliana Niño, Maria Fernanda Heron
2019-04-05	18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	8:00	10:30	Comunicación Requisitos OHSAS 18001 4.4.3	Sandra Liliana Becerra		Carlos Enrique Garzón, Lady Liliana Niño, Maria Fernanda Heron
2019-04-05	9001 14001 18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	10:30	12:30	Consolidación de Informe	José Fernando Ruiz Germán Orlando Lombana Claudia Patricia Peña Erika Mercedes Ruge Sandra Liliana Becerra		
2019-04-05	9001 14001 18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	12:30	13:30	RECESO (Almuerzo)			
2019-04-05	9001 14001 18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	14:00	15:00	Retroalimentación Representante del Sistema de Gestión	José Fernando Ruiz Germán Orlando Lombana Claudia Patricia Peña Erika Mercedes Ruge Sandra Liliana Becerra		Ana Cecilia Tamayo; Alvaro de Fátima Gómez; Carlos Enrique Garzón; Yaneth Sarmiento
2019-04-05	9001 14001 18001	BOGOTA	DIRECCION GENERAL	15:00	17:00	REUNIÓN DE CIERRE	José Fernando Ruiz Germán Orlando Lombana Claudia Patricia Peña Erika Mercedes Ruge Sandra Liliana Becerra		
OBSERVACIONES GENERALES									
Durante toda la auditoría se verificarán con respecto a la ISO 9001:2015 Los requisitos [4.2][5.2][6.1][6.3][7.1][7.3][7.4][7.5][9.1][10]									
Durante toda la auditoría se verificarán con respecto a la ISO 14001:2015 Los requisitos [4.2][5.2][6.1][6.3][7.1][7.3][7.4][7.5][9.1][10]									
Durante toda la auditoría se verificarán con respecto a la OHSAS 18001:2007 Los requisitos [4.1][4.2][4.3.1][4.4.1][4.4.3][4.4.4][4.4.5][4.4.6][4.5.3][4.5.4]									
La metodología de la auditoría será mediante el uso del ciclo PHVA. En la reunión de apertura se precisarán los horarios detalladamente. La duración de las entrevistas puede variar dependiendo del tema y hallazgos de la auditoría. Se verificará el cumplimiento del Reglamento de la Certificación ICONTEC de Sistemas de Gestión y en los Manuales de Imagen y Aplicación de los Certificados. Se verificará la integridad del original del Certificado ICONTEC de Sistema de Gestión entregado a la empresa. Se hará el seguimiento a las acciones correctivas planteadas para las no conformidades pendientes y a los aspectos por mejorar establecidos en la auditoría anterior, por lo que se requieren las evidencias documentadas de las acciones realizadas para efectuar el cierre respectivo. Se solicitará un listado de los documentos y registros del sistema de gestión para la auditoría. Se verificarán los registros de las quejas y reclamaciones recibidas de los clientes.									
Fecha de emisión del plan de auditoría							2019-03-08		

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 1 de 2		
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC ISO 9001:2015	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Requisito(s):</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9.1.1 d.</td> </tr> </table>	Requisito(s):	9.1.1 d.
Requisito(s):				
9.1.1 d.				
<p>Descripción de la no conformidad:</p> <p>Para la elaboración de los Planes de Asistencia Técnica, no se evidencia que se realice el análisis de los insumos de información necesarios para asegurar la eficacia del plan.</p>				
<p>Evidencia:</p> <p>Regional Meta: Insumos de información relacionados con el diagnóstico social situacional Regional Nariño: Resultados de la supervisión Regional Antioquia: Resultados del análisis de contexto Regional Quindío: Indicadores de desempeño de los operadores Centro Zonal San Cristóbal Sur: Resultados de la ejecución del plan de asistencia técnica del año anterior.</p>				
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha		
Las Regionales Meta, Nariño, Antioquia, Quindío y Centro Zonal San Cristóbal Sur, deberán realizar el análisis y evidenciar que sus planes de asistencia técnica se fundamenten de acuerdo con: el diagnóstico social situacional, los resultados de la supervisión, los resultados del análisis de contexto, los indicadores de desempeño de los operadores y los resultados de la ejecución del plan de asistencia técnica del año anterior y de ser necesario realizar los ajustes pertinentes.	Acta de reunión, listado de asistencia y plan ajustado	24/06/2019		
Las regionales deben revisar trimestralmente, a partir de junio 2019, sus planes de asistencia técnica para garantizar la pertinencia y validez de las acciones proyectadas inicialmente.	Acta de reunión y listado de asistencia	Junio 2019 – diciembre 2019		
<p>Descripción de la (s) causas (s):</p> <p>Se realizó la metodología de lluvia de ideas para identificar las posibles causas del problema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Lineamiento de asistencia técnica desactualizado 2 Falta de análisis de los resultados de la supervisión y los planes de asistencia técnica. 3 El Lineamiento necesita recoger más los insumos utilizados para la formulación del Plan 4 Falta de estructura conceptual en el nivel Zonal 5 Debilidad en las bases conceptuales de los equipos 6 Debilidad en la comunicación asertiva y articulada en los tres niveles 7 Falta de articulación entre los componentes de supervisión y asistencia técnica 8 Falta de unificación de criterios para la realización de la asistencia técnica 9 Falta reforzar la gestión del conocimiento en las entregas de cargo 10 Sobrecarga del recurso humano 				

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



CAUSA(S) RAIZ SEGÚN LLUVIA DE IDEAS:		
1	Lineamiento de asistencia técnica desactualizado	
2	Falta de articulación entre los componentes de supervisión y asistencia técnica	
3	Debilidad en las bases conceptuales de los equipos	
Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
PLANEAR:		
Programar mesas técnicas para la revisión de la propuesta del Lineamiento de Asistencia Técnica y enviar a regionales para observaciones	Listado de asistencia	30/06/2019
Incluir en el lineamiento de Asistencia Técnica una descripción más detallada de los insumos de información que se deben usar y analizar para definir las actividades del plan de asistencia técnica. Así como los registros aplicables que guardan la evidencia de la información tenida en cuenta y del análisis realizado por el equipo de trabajo participante.	Documento Asistencia Técnica	30/06/2019
Identificar los temas para tratar y programar el encuentro nacional de Coordinadores de Asistencia Técnica	Temáticas identificadas (Correos electrónicos)	15/12/2019
Realizar una consulta a las regionales las necesidades de asistencia técnica para priorizar los temas.	Correos electrónicos y Documento con temáticas identificadas	30/06/2019
HACER:		
Actualizar y publicar el documento de asistencia técnica	Documento publicado	31/07/2019
Socializar el documento de asistencia técnica	Listados de asistencia, presentaciones	30/08/2019
Realizar talleres con los coordinadores de Asistencia Técnica regionales para fortalecer el conocimiento sobre el análisis de los resultados.	Listados de asistencia Resultado de los talleres	15/12/2019
VERIFICAR:		
Realizar evaluación de los talleres con el fin de verificar la apropiación del conocimiento	Resultado de la evaluación, correos electrónicos	28/02/2020
Verificación de los planes de asistencia técnica cualificado de las regionales	Plan de asistencia técnica revisado Correos electrónicos	30/03/2020
Realizar mesas con frecuencia trimestral para verificar el cumplimiento de las acciones programadas	Actas de reunión	15/12/2019

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 2 de 2		
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor <input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	Norma(s): NTC ISO 9001:2015	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Requisito(s):</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10.2.1 c y d</td> </tr> </table>	Requisito(s):	10.2.1 c y d
Requisito(s):				
10.2.1 c y d				
<p>Descripción de la no conformidad:</p> <p>La Entidad no implementa y evalúa la eficacia de las acciones tomadas para eliminar las causas de las no conformidades.</p> <p>Cuando ocurra una no conformidad, la organización no evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> la determinación de las causas de la no conformidad; 				
<p>Evidencia:</p> <p>En el proceso de inspección, vigilancia y control no se evidencia la revisión de la eficacia de la acción correctiva 9334 con fecha de cierre del 23 de noviembre del 2018. Así mismo, se evidencia incumplimiento de las solicitudes de cierre generadas por la Subdirección de Mejoramiento Organizacional a través del reporte de los indicadores de acciones correctivas de los meses de diciembre del 2018 y enero y febrero del 2019.</p> <p>En el centro zonal San Cristóbal Sur no se evidencia la generación de salidas no conformes establecidas como acciones del plan de acción derivado de la acción correctiva 10396 de la dirección regional por el incumplimiento del indicador de respuesta oportuna a los derechos de petición.</p> <p>Acorde con la No Conformidad determinada en el informe de gestión del plan de Movilización Ley 1878 regional meta: en relación con “los casos en que no fueron encontradas las historias de atención sociofamiliar” no se evidencia el plan de acción acorde con lo definido en P2.MI Procedimiento Acciones Correctivas</p>				
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha		
1. Dar cierre a la Acción correctiva 9334	Registro de cierre de la AC 9334 en Isolución	31/05/2019		
2. Generar las acciones correctivas de acuerdo con la actividad planeada y dar cierre a la Acción correctiva 10396	Registro de las SNC creadas en Isolución Registro de cierre de la AC 10396 en Isolución	30/07/2019		
3. Generar la acción correctiva correspondiente para la No Conformidad determinada en el informe de gestión del plan de Movilización Ley 1878 Regional Meta.	Registro de la SNC creadas en Isolución	30/07/2019		
<p>Descripción de la (s) causas (s):</p> <p>Se realizó la Metodología de lluvia de ideas para identificar las posibles causas del problema:</p>				

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



- 1 Baja cultura sobre la generación de las acciones de mejora
- 2 Desconocimiento de los procedimientos definidos para Acciones de Mejora
- 3 Debilidades en la identificación de análisis de causas y el planteamiento de acciones eficaces para eliminar o mitigar la causa raíz de la no conformidad
- 4 Desconocimiento en el manejo del aplicativo para el registro de las acciones de mejora
- 5 Demoras en el aplicativo
- 6 Incumplimiento de los procedimientos definidos para Acciones de Mejora
- 7 Falta de apropiación sobre las ventajas de aplicar la mejora continua
- 8 Falta claridad en la redacción de los hallazgos
- 9 Debilidad en el seguimiento y verificación de la eficacia, realizado a las acciones de mejora por parte de los líderes o responsables de procesos (Nacional, Regional y Zonal)
- 10 Faltan acciones para verificar la eficacia de la Acción de Mejora con respecto a la situación deseada o no conformidad

CAUSA(S) RAIZ SEGÚN LLUVIA DE IDEAS:

- 1 Baja cultura sobre la generación de las acciones de mejora
- 2 Debilidades en la identificación de análisis de causas y el planteamiento de acciones eficaces para eliminar o mitigar la causa raíz de la no conformidad
- 3 Debilidad en el seguimiento y verificación de la eficacia, realizado a las acciones de mejora por parte de los líderes o responsables de procesos (Nacional, Regional y Zonal)

Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
PLANEAR:		
Preparar una evaluación del SIGE para aplicar en la Sede de la Dirección General a los profesionales de la Subdirección de Mejoramiento, Promotores EPICO y Referentes de Calidad con el fin de recolectar las necesidades de fortalecimiento	Evaluación en formato de formulario office 365	31/06/2019
Generar cronograma de talleres para fortalecer la gestión de las acciones de mejora en los tres niveles de la entidad.	Cronograma de actividades (Nacional, Regional y Zonal)	31/05/2019
Programar una reunión con la Oficina de Control Interno para analizar y coordinar acciones de fortalecimiento de análisis de causas	Citación a la Reunión	03/05/2019
HACER:		
Preparar una evaluación del SIGE para aplicar en la Sede de la Dirección General a los profesionales de la Subdirección de Mejoramiento, Promotores EPICO y referentes de Calidad con el fin de recolectar las necesidades de fortalecimiento	Evaluación en formato de formulario office 365	31/07/2019
Realizar talleres para fortalecer el conocimiento de los colaboradores sobre la creación, análisis y gestión de las acciones correctivas, salidas no conformes y oportunidades de mejora, de acuerdo con los resultados de las evaluaciones y encuestas.	Listados de asistencia, presentaciones y Evaluaciones realizadas en las sesiones de trabajo	30/11/2019

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



Ajustar la Guía y el Formato de Análisis de Causa de acuerdo con los resultados de las evaluaciones y encuestas.	Guía ajustada y publicada Formato ajustado y publicado	31/07/2019
Realizar reunión con la Oficina de Control Interno para analizar y coordinar acciones de fortalecimiento de análisis de causas	Citación a la Reunión Listado de Asistencia Acta de reunión	31/05/2019
VERIFICAR:		
Realizar seguimiento a los talleres programados para fortalecer la gestión de las acciones de mejora en los tres niveles de la entidad.	Evidencias del seguimiento del Cronograma de actividades (Nacional, Regional y Zonal)	15/12/2019
Verificar de manera aleatoria acciones generas posterior a la realización de los talleres y las actividades de fortalecimiento con el fin de evaluar los análisis de causa y planes de acción generados.	Evaluaciones realizadas	15/12/2019
Aplicar una encuesta de conocimientos con énfasis en acciones de mejora con el fin de evidenciar que la apropiación por parte de los colaboradores.	Encuesta en formato de formulario office 365	28/02/2020

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN



RESULTADOS DE AUDITORÍA:	
Número de no conformidades detectadas en esta auditoría:	() Mayores (8) menores
Número de no conformidades pendientes que no se cerraron en esta auditoría:	() menores (X) N.A.
Plazo para la entrega de propuesta de corrección y acción correctiva (de acuerdo con lo establecido en el ES-R-SG-01) hasta : <u>2019-04-22</u>	
Fecha tentativa de verificación complementaria, cuando aplique <u>No aplica</u>	
ACEPTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN:	
Declaro que los servicios previstos fueron integralmente ejecutados y soy consciente de los resultados obtenidos.	
La organización acepta la (s) no conformidad (es) reportada (s) en el presente informe y se compromete a presentar los planes de acción en los tiempos establecidos en el reglamento de certificación ES-R-SG-001.	
En caso de no aceptarse alguna no conformidad relacione el número de la no conformidad _____ y el requisito al que fue reportada _____. En este caso la organización deberá solicitar una reposición dirigida al Jefe de certificación de sistemas de gestión.	
Nombre Representante de la dirección:	Firma:
Ana Cecilia Tamayo Osorio	Ana C. Tamayo

NO CONFORMIDADES

OHSAS 18001:2007 - 4.4.7 a); 4.4.6; 4.5.3.2; 4.5.1 Total: 4
ISO 14001:2015 - 7.2.d); 9.1.1 c) Total: 2
ISO 9001:2015 - 10.2.1 c) y d); 9.1.1 d) Total: 2

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización.