1. SISTEMA Y PROCESOS AUDITADOS:

Para el ciclo de auditoria de la vigencia 2017, se realizó la auditoria a los siguientes procesos del Sistema Integrado de Gestión - (SIG) del INS, bajo la norma ISO 9001:2015:

PROCESOS INS	
PROCESOS ESTRATEGICOS	D02 Gestión de Calidad
	D04 Tecnología de Información y Comunicaciones
PROCESOS MISIONALES	R03 Investigación y Gestión del Conocimiento
	R04 Producción
PROCESOS DE APOYO	A01 Gestión Humana
	A03 Gestión Documental
	A04 Equipos de laboratorio
	A08 Atención al Ciudadano
	A10 Recursos Físicos

2. DEPENDENCIA/GRUPO/LABORATORIO AUDITADO

PROCESO		DEPENDENCIA/LABORATORIO
ESTRATEGICO	**D02 Gestión de Calidad**	Oficina Asesora de Planeación - Calidad
	D04 Tecnología de Información y Comunicaciones	Oficina de Tecnologia de Información y Comunicaciones TIC
MISIONAL	**R03 Investigación en Salud Publica**	Despacho de la Dirección Grupo de Entomología Grupo de Micobacterias Grupo de Fisiologia Molecular
	R04 Producción	Despacho de la Dirección, Grupo de Animales de Laboratorio Grupo de Producción de Biológicos – Área de Medios de Cultivo
APOYO	**A01 Gestión Humana**	Grupo de Gestión de Talento Humano
	A03 Gestión Documental	Grupo de Gestión Documental – Área de Archivo y Área de Correspondencia
	A04 Equipos de laboratorio	Grupo de Equipos de Laboratorio y Producción y Laboratorios de Investigación en Salud Pública y Áreas de Producción.
	A08 Atención al Ciudadano	Grupo de Atención al Ciudadano
	A10 Recursos Físicos	Grupo de Gestión Administrativa, Almacén INS

3. RESPONSABLE DEL PROCESO DE AUDITORIA:

- Jefe de Control Interno
- Profesional Especializado - Gestor del programa de auditoría

4. OBJETIVO DE LA AUDITORIA:

Determinar la conformidad de los requisitos de la organización y de la norma ISO 9001:2015, en relación a la implementación y mantenimiento eficaz del Sistema Integrado de Gestión del Instituto Nacional de Salud.

5. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

Aplica para los Procesos: Investigación en Salud Publica y Producción (Misionales); Gestión de Calidad y Tecnologías de la Información y Comunicaciones (Estratégicos); Gestión Humana, Gestión Documental, Equipos de Laboratorio, Atención al Ciudadano y Recursos Físicos (Apoyo), así como una muestra de los productos y servicios prestados por los procesos entre los meses de enero y mayo del 2017.

6. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:

Requisitos técnicos establecidos por las normas: NTC ISO 9001:2015 Norma técnica Colombiana Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos, Documentos del proceso y normatividad legal vigente.

7. FECHA DE INICIO: 23 de junio de 2017

8. FECHA DE TERMINACIÓN: 13 de Julio de 2017

9. LUGAR DE REALIZACIÓN:

Sede de Calle 26 y Sede Chapinero

10. EQUIPO AUDITOR: (Auditor líder, principal, acompañante, experto técnico y observador)

EQUIPO AUDITOR	ROL			
NOMBRE	*AUDITOR LIDER*	*AUDITORES*	*OBSERVADOR*	*EXPERTO TECNICO*
Diana Patricia Martínez	X			
Norma Patricia Celis	X			
Eleana Páez Urrego	X			
Lina Tovar Rojas	X			
Edna Pórtela	X			
Adriana Quevedo		X		
Marcela Neira		X		
Alejandro Peralta		X		
Sandra Escobar		X		

EQUIPO AUDITOR	ROL			
NOMBRE	***AUDITOR LIDER***	***AUDITORES***	***OBSERVADOR***	***EXPERTO TECNICO***
Martha Inés Cely		X		
Jaime Ramírez		X		
Ángela Coronado		X		
Giselle Carolina Clavijo			X	
Ana Matilde Rodríguez			X	
Hugo Ernesto Rodríguez			X	
Amanda Rivera			X	
Nelson Ruiz			X	
Catalina Peralta			X	
Néstor Alejandro Prieto			X	

11. AUDITADOS

AUDITADOS		
PROCESO/DEPENDENCIA/ GRUPO O LABORATORIO	PROCESO/DEPENDENCIA/GRUPO O LABORATORIO	CARGO
D02 GESTIÓN DE CALIDAD	Jaime Vergara	Jefe Oficina Asesora Planeación
	Diana Martínez	Profesional Especializado
	David Camacho	Profesional Universitario
D04 TECNOLOGIA DE INFORMACION Y COMUNICACIONES	Elsa Baracaldo	Jefe OTIC
	Elizabeth López	Profesional Especializado
	Jonathan Medina	Contratista
	Johana Barragán	Contratista Infraestructura
	Jonathan Soto	Profesional Universitario
R03 INVESTIGACIÓN EN SP	Jorge Martín Rodríguez	Director de Investigación Salud Publica
	Yamileth Ortiz Gómez	Subdirectora de Inv. Científica y Tecnológica
	Hever O. Siachoque Montañez	Subdirector de Innovación en Salud Publica
	Maritza Ordoñez	Profesional Especializado DISP
	Ronald Gustavo López	Referente calidad
	Maritza Gutiérrez Sierra	Técnico grupo Morfología Celular
	Maritza Gutiérrez Sierra	Técnico grupo Morfología Celular
	Erika Santamaría Herreño	Coordinadora Entomología
	Luis Alberto Gómez Grosso	Coordinador Fisiología Molecular
	Gloria Mercedes Puerto Castro	Profesional Especializado
R04 PRODUCCIÓN	Néstor Mondragón	Director de Producción
	Carlos Andrés Pérez	Profesional Especializado
	Marcela Orjuela	Coordinadora del grupo de Aseguramiento de la Calidad
	María Carlina Castillo	Coordinadora Grupo Producción de Biológicos
	Ricardo Vanegas	Coordinador Grupo Animales de Laboratorio
	Giselle Clavijo	Profesional Universitario Medios de Cultivo
	Jenny Milena Ruiz Ávila -	Auxiliar Servicios Generales
	William Pérez Galindo	Profesional Especializado

AUDITADOS		
PROCESO/DEPENDENCIA/ GRUPO O LABORATORIO	PROCESO/DEPENDENCIA/GRUPO O LABORATORIO	CARGO
	Camilo Salamanca	Contratista
	Alejandra Muñoz	Profesional Universitario
A01 GESTIÓN HUMANA	Gilma Buitrago	Coordinador Grupo Talento Humano
	Mauren Dimate	Profesional Universitario
	Kelly Díaz	Profesional Universitario
	Sonia Castillo	Profesional Especializado
	Esperanza Sánchez	Profesional Universitario
	Lauren Fernández	Profesional Universitario
	Marly Rojas	Contratista
	Lubín Vaca	Auxiliar de Servicios Generales
	Paola Alape	Secretaria
	Leonardo Ospina	Técnico Administrativo
	Gladys Medina	Secretaria
A03 GESTIÓN DOCUMENTAL	Imelda Flórez	Coordinador Grupo
	Andrés Ricardo Botia	Auxiliar Administrativo
	Deisy Daza	Contratista
	Libardo Alfonso Rey	Auxiliar Operativo
	Campo E. Niño	Auxiliar Servicios Generales
	Erika Ruth Acero	Auxiliar Servicios Generales
	Jorge Augusto Giraldo	Técnico
	Olga Lucia Muerta	Auxiliar administrativo
	Julio Cesar Ortiz	Auxiliar administrativo
	José Alfonso Muñoz	Auxiliar administrativo
	Luis Jairo Olarte	Auxiliar administrativo
A04 EQUIPOS DE LABORATORIO	Edwin Alberto Melo González	Coordinador grupo Equipos de laboratorio
	Diana Johanna Collazos	Profesional Universitario
	Camilo Peña	Auxiliar administrativo
	Ángela Acero	Profesional Especializado
	Angie Paola Rodríguez	Profesional Universitario
	Ángela Gissel Cortés	Contratista
	Wilson Andrés Galindo	Contratista
	John Javier Lozano	Contratista
	Alejandro Mecon Castillo	Contratista
A08 ATENCIÓN AL CIUDADANO	Miguel Ángel Jiménez	Coordinador grupo
	Martha Cely	Profesional Universitario
	William Fabián Acosta	Profesional Universitario
	Lita Vargas Benitez	Auxiliar Administrativa
	Laura Chinchilla	Técnico
	Yuri Riaño	Contratista
	Yuli Paola Castañeda	Auxiliar de servicio
A10 RECURSOS FÍSICOS	Luz Stella Pradilla	Coordinadora grupo
	Hugo E Rodríguez	Auxiliar administrativo
	Jorge Soler López	Profesional Especializado
	William A Prieto	Auxiliar Servicios Generales

12. RESUMEN DEL PROCESO DE AUDITORÍA (PHVA):

El desarrollo del ciclo de la auditoría interna en la vigencia 2017, transcurre acorde con el cumplimiento con las actividades del ciclo PHVA, donde de manera general se hace un recuento de actividades ejecutadas:

a. PLANEAR:

- ✓ Elaboración y aprobación del cronograma Auditoria INS vigencia 2017
- ✓ Convocatoria Equipo Auditor
- ✓ Revisión hojas de vida del Equipo Auditor
- ✓ Elaboración Programa Auditoria Interna Vigencia 2017 versión 0.
- ✓ Actualización INT–E01.0000-001 "Criterios de selección y evaluación del equipo auditor para auditoria Interna"
- ✓ Revisión y actualización del POE E01.0000-001 "Auditorías Internas al SIG", desde el mes de abril hasta el 15 de junio de 2017 fecha de normalización.
- ✓ Actualización Formato Lista de Chequeo Auditoria Interna FOR-E01.0000-004.
- ✓ Elaboración y aplicación de la Matriz de Priorización basada en riesgos, para la selección de los procesos a Auditar vigencia 201. Una vez aplicado los criterios definidos se obtiene como resultado la selección de 9 procesos a auditar.
- ✓ Planificación del programa de entrenamiento de auditores internos.
- ✓ Desarrollo de programa de entrenamiento de auditores internos los días 9,10, y 11 de mayo de 2017 a 19 funcionarios en diferentes temas relacionados con la Auditoria.
- ✓ Elaboración y ajustes del Programa Auditoría Interna SIG 2017
- ✓ Asignación de roles en la Auditoria, frente a los soportes documentales allegados y verificados contra los criterios de selección existentes
- ✓ Firma de acuerdo de confidencialidad de los auditores.
- ✓ Reuniones (12) de apoyo a los auditores internos por cada uno de los procesos seleccionados, en diferentes temas como: Metodología, programa de auditoria, procedimiento de Auditoria, uso de formatos, revisión documentos SIG, planes de mejoramiento, riesgos entre otra actividad realizada en el mes de mayo y junio 2017.
- ✓ Definición de los planes de auditoría de los procesos a auditar por parte de los equipos auditores.
- ✓ Verificación de los 9 Planes de Auditoria de los procesos seleccionados
- ✓ Elaboración de las listas de chequeo por parte de los auditores para aplicar en las visitas de campo, siendo revisadas por el Gestor del programa de auditoria con el fin de mantener la independencia del proceso de auditoría.
- ✓ Verificación de las 9 Listas de Chequeo de los procesos a auditar frente a los criterios definidos.
- ✓ El día 21 de junio se lleva a cabo la reunión de apertura de la auditoría in situ con los responsables de los 9 procesos a ser evaluados en este ciclo de auditoria.

b. HACER:

- ✓ Se inician las visitas de campo a todos los procesos del INS el día 23 de junio, finalizando el 13 de julio.
- ✓ Aplicación de listas de chequeo, elaboradas de acuerdo con los criterios de la auditoría.

- ✓ Se informan los resultados de cada proceso, durante las entrevistas de auditoría por parte del auditor líder asignado y adicionalmente el Gestor del programa de auditoria realizo cuando fuese pertinente la aclaración de inquietudes que existiesen en cada proceso.
- ✓ Preparación de resultados por parte de cada equipo auditor
- ✓ Validación por el gestor del programa de auditoría de la Oficina de Control interno de los hallazgos detectados, previo a la reunión de cierre de auditoría general, identificando la necesidad de revisar y ajustar la redacción de los mismos.

c. VERIFICAR

- ✓ Se realizan análisis detallados de cada hallazgo tipo no conformidad/observación, donde se concreta la asignación de cada resultado al proceso(s) responsable(s) de la actividad y la identificación del criterio pertinente.
- ✓ Elaboración del informe general de auditoría, donde se registran los hallazgos consolidados de todos los procesos identificando situaciones críticas o no conformidades que requieren planes de mejora de acuerdo al alcance de la auditoría y los posibles riesgos que impacten a la entidad.

d. ACTUAR

- ✓ Divulgación de los resultados de la auditoria a los responsables de los procesos para su conocimiento y establecimiento de los planes de mejoramiento respectivos.
- ✓ Validación de los planes de mejoramiento de las no conformidades identificadas en el ciclo de auditoria interna 2017 con el auditor líder de cada proceso y el gestor del programa de auditoria, para verificar que las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

13. OPINIONES DIVERGENTES SIN RESOLVER ENTRE EL EQUIPO AUDITOR Y EL AUDITADO:

Las opiniones divergentes fueron analizadas en un espacio posterior a la vista de campo entre el Auditor Líder, el Responsable del proceso y el Gestor del Programa de Auditoria Interna, llegando a acuerdos en consenso y por lo tanto, a la fecha del presente informe no se presenta ninguna opinión divergente.

14. DIVULGACION DEL INFORME DE LA AUDITORÍA: (A quienes se les da conocer el informe)

- ➢ Director General
- ➢ Responsables de Procesos

15. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

15.1 ASPECTOS A DESTACAR

A continuación, se presentan los aspectos a destacar por proceso, el cual muestra el fortalecimiento en su gestión hacia la mejora continua del SIG:

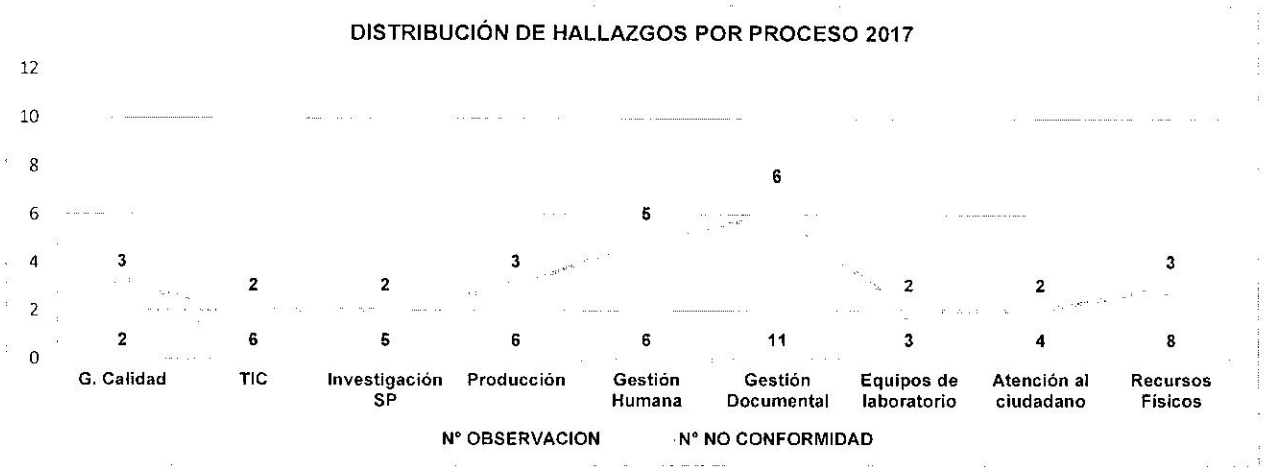
PROCESO	DESCRIPCIÓN
Gestión de Calidad	El conocimiento de los auditados frente a los requerimientos a implementar para cumplir los requisitos de la norma objeto de auditoria
	El conocimiento de los responsables del proceso de la organización y el contexto país aplicable, les permiten liderar de forma adecuada el ejercicio de implementación a su cargo para el mantenimiento del SIG
TIC	El proceso cuenta con un sitio de colaboración en intranet, el cual contiene toda la información inherente al proceso, permitiendo que todos los funcionarios conozcan todas las actividades del proceso.
	Formación y experiencia del personal que conforma el grupo.
	El seguimiento continuo a la ejecución de la planeación del proceso realizado por el responsable y su equipo de trabajo, permitiendo con ello identificar riesgos que pueden ocasionar incumplimientos futuros o mejoras a la realización de las actividades.
	Disponibilidad personal y entrega de la información clara y puntual en el momento de la auditoria.
Investigación en Salud Publica	De acuerdo a lo evidenciado en los grupos evaluados, los funcionarios demuestran conocimiento y manejo del SIG, así como competencia para las actividades que desarrollan.
	La política SIG ha sido comunicada, entendida y apropiada por los funcionarios del proceso, se destaca el trabajo de sensibilización realizado.
	Para el desarrollo de los proyectos de investigación se cuenta con personal altamente calificado, así mismo, se cuenta con el apoyo de estudiantes de doctorado.
	Se realizan actividades de mejoramiento del ambiente laboral al interior de los grupos.
	Se mantiene el conocimiento al interior del proceso a través de reuniones con Coordinadores, en las cuales se comparten las memorias de las capacitaciones a las que se hayan asistido.
Producción	Disposición y el conocimiento del personal del proceso para atender la auditoria interna.
	El trabajo realizado por el área de medios de cultivo en conjunto con aseguramiento de la calidad para establecer los tiempos de vida útil de cada medio de cultivo, con el fin de garantizar la calidad, confiabilidad y el uso adecuado de este producto para obtener el resultado esperado.
	El seguimiento continuo a la ejecución de la planeación del proceso realizado por el responsable y su equipo de trabajo, permitiendo con ello identificar riesgos que pueden ocasionar incumplimientos futuros o mejoras a la realización de las actividades.
	Se mantiene el conocimiento al interior del proceso a través de reuniones con los responsables sobre los resultados obtenidos y las mejoras que se puedan realizar.
	El personal del proceso tiene conocimiento de sus funciones y donde pueden consultarlas, permitiendo con ello asegurar en el desarrollo de las actividades la conformidad de los requisitos del cliente.
	Las estrategias realizadas por el proceso para mantener las competencias del personal, como son actividades de entrenamiento interno para replicar las capacitaciones en las que asiste el personal asignado y la participación en cursos gratuitos brindados por los proveedores, esto debido a que no se cuenta con el presupuesto suficiente para cubrir las necesidades de las capacitaciones requeridas.
Gestión Humana	Apropiación del proceso por parte de la lider del mismo.
	Disponibilidad de todo el personal del grupo para la entrega de información en la auditoria

PROCESO	DESCRIPCIÓN
	La política SIG ha sido comunicada, entendida y apropiada por los funcionarios del proceso, se destaca el trabajo de sensibilización realizado.
	Se realizan actividades de mejoramiento del ambiente laboral al interior de los grupos.
	Creación de la Ventanilla Virtual para el control y seguimiento de las solicitudes realizadas al proceso.
	Conocimiento del personal de las funciones de las actividades que cada uno realiza.
Gestión Documental	Disposición y el conocimiento del personal del proceso para atender la auditoria interna.
	La elaboración de instrumentos archivísticos como son TDR, PGD, SIC y el PINAR, que permite dar lineamientos claros para la organización y conservación de los archivos de la entidad, para mantener su memoria institucional.
	Se cuenta con herramientas tecnológicas para la administración de las comunicaciones de la entidad y la digitalización de las historias laborales de ex funcionarios para la consulta y elaboración de la certificación de bonos pensionales.
	Los convenios realizados por el responsable del proceso con el apoyo del AGN y las entidades educativas, para contar por medio de pasantías o la realización de tesis de grado con profesionales en temas de gestión documental para desarrollar actividades especializadas.
Equipos de Laboratorio	De acuerdo a lo evidenciado en el proceso, los funcionarios demuestran conocimiento y manejo del SIG, así como competencia para las actividades que desarrollan.
	Para el desarrollo de los mantenimientos se cuenta con personal calificado, de acuerdo a las necesidades del INS.
	Se realizan actividades de mejoramiento del ambiente laboral al interior del grupo.
	Se mantiene el conocimiento al interior del proceso a través de reuniones donde se comparten las memorias de las capacitaciones a las que se hayan asistido.
	Se cuenta con un plan de mejoramiento para sistematizar el PAME, así como para actualizar las instrucciones de uso de los equipos.
	Se realiza evaluación de desempeño a proveedores mediante acompañamientos aleatorios en la prestación del servicio, reuniones de seguimiento a la ejecución del contrato y verificación de los informes metrológicos presentados.
Atención al Ciudadano	La disponibilidad y atención del personal en el desarrollo de la auditoria.
	El proceso realiza verificaciones para realizar seguimiento a las bases de datos.
	Compromiso conoce la gestión de calidad de su proceso.
	La construcción en conjunto con el proceso TIC de un nuevo software para la administración de las PQRS.
Recursos Físicos	Conocimiento, experticia y administración del proceso por parte de la Líder del mismo.
	Organización de la información del área de almacén.
	De acuerdo a lo evidenciado en los grupos evaluados, los funcionarios demuestran conocimiento y manejo del SIG, así como competencia para las actividades que desarrollan.
	La política SIG ha sido comunicada, entendida y apropiada por los funcionarios del proceso, se destaca el trabajo de sensibilización realizado.
	Disponibilidad del personal para atender la auditoria.
	Entrega clara y oportuna en el momento de la auditoria.

15.2 RESULTADOS CUANTITATIVOS

PROCESO/DEPENDENCIA/GRUPO O LABORATORIO		N° OBSERVACION	N° NO CONFORMIDAD	TOTAL
Estratégicos	G. Calidad	2	3	5
	TIC	6	2	8
Misional	Investigación SP	5	2	7
	Producción	6	3	9
Apoyo	Gestión Humana	6	5	11
	Gestión Documental	11	6	17
	Equipos de laboratorio	3	2	5
	Atención al ciudadano	4	2	6
	Recursos Físicos	8	3	11
TOTAL		51	28	79
% PARTICIPACIÓN		65%	35%	100%

Entre los procesos que presentan un mayor número de hallazgos, se encuentran los procesos de Gestión Documental con 17 hallazgos (6 no conformidades y 11 observaciones), Recursos Físicos con 11 (3 no conformidades y 8 observaciones) y Gestión Humana con 11 hallazgos (5 no conformidades y 6 observaciones), evidenciándose debilidades en el manejo de los componentes del SIG como son identificación de salidas no conformes, gestión de riesgos, indicadores de gestión y el control de documentos y registros, por lo que se les recomienda hacer seguimiento para garantizar la conformidad de su proceso.



15.3 RESULTADOS CUALITATIVOS

NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES

Dónde: NC – No conformidad y OBS – Observación

D02 Gestión de Calidad

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
7.5.2 Literal c) POE-D02.0000-001 INT-D02.0000-001	X		Se evidencia que el proceso no asegura en todos los casos que la identificación y descripción de los documentos que hacen parte del sistema se mantengan de forma adecuada, evidenciable en incumplimiento de frecuencia de revisiones definidas para asegurar conveniencia de los documentos (2 formatos del proceso FOR-D02.0000-005 Y FOR-D02.0000-020), cambio de formato de fecha de vigencia del documento (FOR-E01.0000-004) y no observación de especificaciones de contenido (MNL-D02.0000-001, INT-E01.0000-001, FOR-E01.0000-004, FOR-D02.0000-007, FOR-D02.0000-004 Y FOR-D02.0000-019), incumpliendo requisito 7.5.2 literal c) de la ISO 9001:2005 y lineamientos internos documentados en POE-D02.0000-001 e INT-D02.0000-001.
7.5.3.1 literal b) POE-D02.0000-001	X		El proceso no asegura en todos los casos el control de la información bajo su custodia, no previene perdida de integridad asegurando que la misma este protegida de forma adecuada, no establece medidas que permitan asegurar que la información documentada este protegida frente a modificaciones no intencionadas, evidenciado en modificaciones de versionamiento documental (FOR-D02.0000-028), no aplicación de paginación correlativa para algunos formatos Excel (FOR-E01.0000-004), uso inadecuado (FOR-D02.0000-029 actualizados 2017-01-27) para los dos riesgos del proceso, en cambio de versionamiento del FOR.D02.0000-028 (registro diligenciado en 2017-05-12), plan de acción 2017, incumpliendo el requisito de la norma ISO 9001:2015, numeral 7.5.3.1 literal b) y el procedimiento POE-D02.0000-001
10.3 POE-D02.0000-004 Actividad 1	X		El proceso de gestión de calidad no considera los resultados de evaluaciones producto de auditorías interna como una estrategia para la mejora continua del proceso, al desestimar 2 observaciones y 3 oportunidades de mejora decisión frente a la cual no se documenta la acción tomada por el proceso frente al no tratamiento, incumpliendo lo declarado en POE-D02.0000-004, VERSION 10 (2017-05-30) item 6 actividad 1 nota 6 y el numeral 10.3 de la ISO 9001:2015
10.2.1 Literal d)		X	En el plan de mejora TR-14-2016 no se evidencian actividades de verificación bajo responsabilidad del proceso que lidera el plan de mejoramiento o por los procesos en los que se recaudó la evidencia del hallazgo, que permitan que las acciones correctivas sean apropiadas, de manera que respondan a los efectos de las no conformidades encontradas (numeral 10.2.1)
10.3		X	El dejar a potestad de los procesos la decisión de desestimar las oportunidades de mejora y observaciones documentadas durante ejercicios de revisión de la implementación del sistema a través de las auditorías internas, representa un riesgo frente al cumplimiento de los principios de las normas que hacen parte del sistema integrado de gestión (ISO/IEC 17025; ISO/IEC 17043) y el logro de la mejora continua de los procesos

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
TOTAL	3	2	

D04 Tecnologías de Información y Comunicaciones

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
7.5.2 Literal c) 7.5.3.1 Literal a)	X		El proceso no asegura un control de la información documentada en el SIG, incumpliendo el requisito 7.5.2 literal c) y 7.5.3.1 literal a) de la ISO 9001:2015 y el INT-D02.0000-001 Lineamientos para documentar el SIG punto 6.1.2 y el POE-D02.0000-001 Control de Documentos y Registros actividad 1, evidenciándose: - En el POE-D04.1040-001 Administración de Usuarios, no contiene el numeral 8, pasando del numeral 7 "Documentos de Referencia" al numeral 9 "Control de Cambios". - POE-D04.1400-004 Copias de Seguridad de la Información alojada en los servidores del INS, no tiene el numeral 9, pasando del numeral 8 "Control de Cambios" a numeral 10 "Anexos". De igual manera se observa en el punto 5.2 de las condiciones generales, en el cuadro adjunto se nombra un formato FOR-D04.0000-XXX, el cual no contiene el numero consecutivo. - POE-D04.0000-005 Adquisición de la Infraestructura Tecnológica, en la actividad 2.2 se registra el formato FORXX, el cual no contiene el número consecutivo. De igual manera no contiene el numeral 8, pasando del numeral 7 al 9. - FOR-04.0000.01 Relación de Back up, Formato vencido según LMD desde el 15 de mayo de 2017.
8.1 literal e) POE-D04.0000.001 Actividad 5 y 8	X		En revisión de la ejecución del POE-D04.0000.001 Administración de Sistemas de Información, se observó que para el desarrollo de la solicitud del software de Bancos de Sangre de fecha 16 de febrero de 2017, no se encontró soporte de actividades de la reunión inicial, ni el informe mensual consolidado, resultado de la reunión de seguimiento interna, incumpliendo el requisito 8.1 literal e) y las actividades No 5 y No 8 del POE-D04.0000.001.
8.5.1 Literal c)		X	Se observa que el seguimiento al desempeño del servicio del contrato "Canal de Internet" se realiza de forma periódica, sin embargo no se deja documentada una frecuencia de revisión definida, generando con ello un riesgo en la trazabilidad de esta medición.
7.2 Literal c)		X	El proceso no elaboro ni presento al proceso de Gestión Humana el Diagnostico de Capacitación vigencia 2017, generando un riesgo en la desactualización de conocimientos de los funcionarios que conforman el grupo, al no tener identificadas las necesidades de capacitación para ser incluidas en el PIC de la vigencia.
7.3 Literal a) y b)		X	En entrevista realizada en desarrollo de la auditoria, algunos funcionarios a pesar de que entienden y aplican en sus actividades diarias, manifiestan no conocer la política de calidad del SIG y los objetivos de calidad, generando un riesgo en la toma de conciencia en el SIG.
6.1.2		X	El proceso debe mejorar la definición de los controles de los riesgos, observándose que el riesgo " Incumplimiento de compromisos al dar respuesta a las necesidades y/o requerimientos de hardware de la entidad", tiene un control "evaluación de la capacidad y respuesta de las herramientas tecnológicas administradas por la OTIC", que incluye varios controles sin desagregar como Equipo Seguridad Perimetral, Equipo antispam, Antivirus; afectando la valoración del riesgo.

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
7.1.2		X	El proceso cuenta con 1 vacante desde agosto del 2016, lo cual genera un riesgo de incumplimiento en el desarrollo de las actividades planeadas.
10.2.1 Literal b) y c)		X	Se observan debilidades en el análisis de causas y definición de actividades en el plan de mejoramiento y en el diligenciamiento de los formatos de salidas no conformes.
TOTAL	2	6	

R03 Investigación en Salud Pública

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
7.5.2 literal c)	X		El proceso no asegura que la información documentada en el SIG se encuentre adecuada al desarrollo de sus actividades diarias, incumpliendo el requisito 7.5.2 Creación y actualización información documentada literal c), evidenciándose: - POE-R03.000.0000.001 Gestión Proyectos de Investigación vencido según documento marzo de 2015 y según LMD marzo 2017. Adicionalmente, el mismo se encuentra desactualizado. - Uso de Formato no administrado en el SIG F-SG-002 Solicitud de contratación, versión 00 de julio de 2003. - El INT-R03.0000.002 Estructura y Contenido de propuestas de investigación se encuentra desactualizado.
8.7.2 POE-D02.0000-003	X		El proceso no asegura que las salidas no conformes se controlan para tomar las acciones adecuadas, dado que no se conserva la información documentada de la salida no conforme referente a "Incumplimiento en cronogramas de proyectos o actividades de investigación", la cual durante la revisión de los proyectos de investigación se evidenció que los proyectos referentes a "Factores de Riesgo para Tuberculosis" y "Efecto letal y comportamental de cortinas impregnadas con insecticida sobre lutzomyia longiflocosa y lutzomyia longipalpis vectores de Leishmaniasis" incumplieron el cronograma de actividades propuesto dentro de los mismos, no obstante, no se realizó la documentación de la salida no conforme, incumpliendo el numeral 8.7.2 Control de las salidas no conformes y el POE-D02.0000-003 Control de Salidas No Conformes.
7.5.2 Literal c)		X	Se evidencia desalineación de los productos y salidas de la caracterización de productos y servicios CAR-D02.0000-002 con la Caracterización del Proceso de Investigación en Salud Pública CAR-R03.0000-001, igualmente, las salidas y/o productos no conformes, generando un riesgo de desarticulación de la información contenida en los documentos del SIG.
7.1.2		X	Se evidencia que el proceso cuenta con 8 vacantes en los diferentes grupos, lo cual genera un riesgo de incumplimiento en el desarrollo de las actividades, como es el caso de Parasitología donde se reajustaron las actividades del POA de la presente vigencia debido a la no provisión de las 2 vacantes existentes; igualmente se observa que en el laboratorio de Micobacterias se cuenta con sólo un profesional y una vacante; y en el laboratorio de Fisiologia Molecular se tiene 2 vacantes.
6.1.2		X	Durante la revisión del monitoreo de los riesgos del proceso, se identificó que en el riesgo de corrupción "Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros al usar información que favorece el lucro personal o a un tercero en forma intencionada", las acciones generadas por el proceso no cubren totalmente el control "Verificación de análisis de mercado durante el proceso de contratación en el momento de la elección de bienes y servicios requeridos en un proyecto", dado que esta actividad se realiza únicamente a los procesos de exclusividad y no a todos los procesos contractuales,

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
			generando un riesgo de materialización de este evento.
7.1.4		X	Durante la visita al laboratorio de Fisiología Molecular se evidenció una filtración de goteras o de lluvias en el techo afectando la operación del proceso en las condiciones físicas de iluminación adecuadas, generando un riesgo para la operación del proceso.
7.5.3.2 Literal d)		X	Se evidenció comunicación externa remitida a Colciencias, adjuntando informe técnico del proyecto de Investigación del grupo Micobacterias, firmado por el investigador principal, la cual no fue registrada en SISDOC, generando un riesgo en el control de la información.
TOTAL	2	5	

R04 Producción

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
7.5.2 Literal c)	X		El proceso no asegura que la información documentada en el SIG se encuentre adecuada al desarrollo de sus actividades diarias, evidenciándose durante la revisión de la entrega de los animales de laboratorio al cliente externo, el uso del formato "solicitud del pedido" perteneciente a la División de Animales del laboratorio (dependencia inexistente) con fecha del 2017-05-18 para la Universidad del Tolima, formato que no se encuentra administrado en el SIG, incumpliendo el requisito 7.5.2 Creación y actualización información documentada literal c).
9.2.1 POE-A09.0000-005 Actividad 16.1	X		No se evidencia resultados obtenidos de la comunicación con el cliente, con el fin de conocer el grado de satisfacción acerca del producto o servicio entregado y/o prestado por parte del Grupo de Animales de Laboratorio y el Área de Medios de Cultivo, incumplimiento la actividad 16.1 del POE-A09.0000-005 comercialización, facturación y entrega de bienes y prestación del servicio y el requisito 9.2.1 satisfacción del cliente.
7.5.3.1 Literal a) INT-A03.2060-002	X		Durante la revisión de las historias de equipos se evidenciaron incumplimientos en la documentación contenida, de acuerdo al INT-A03.2060-002 Instructivo Organización de Historias de Equipos, tales como: - Incubadora de Entomología 26890: La ficha técnica no tiene el centro de costo diligenciado. - Balanza electrónica de Bioterio BIO-141: No cuenta con historia de equipos, el ingreso se realizó el 28 de diciembre de 2016, según PAME. - Sistema de Ventilación de Medios de Cultivo MC-069: No se encuentra diligenciado el FOR-A04.0000-010 Ficha técnica del equipo, no se encuentra diligenciado el FOR-A04.0000-004 Hoja de Control, se encuentra documentación la cual debe reposar en el área de contratación. - Autoclave de Bioterio BIO-028/AL-108: No se ha actualizado el FOR-A04.0000-001 Hoja de vida del equipo. - Unidad Manejadora De Residuos de Bioterio BIO-094/AL-004: No se encontró la historia del equipo. Incumpliendo el INT-A03.2060-002 Instructivo Organización de Historias de Equipos. Adicionalmente, se cuenta con Plan de Mejoramiento A04-005-2016, con actividades hasta diciembre de 2016, el cual teniendo en cuenta lo evidenciado, no ha sido

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
			efectivo. Lo anterior, incumpliendo el requisito 7.5.3.1 Literal a) y INT-A03.2060-002 Instructivo Organización de Historias de Equipos. Esta No Conformidad será trasladada a los laboratorios.
8.2.1 Literal a)		X	Se presenta dificultades en el direccionamiento de las llamadas atendidas por el Call Center del INS a las instalaciones del nuevo Bioterio, lo que puede ocasionar la no atención oportuna de las solicitudes realizadas por los clientes internos y externos, a través de este canal de comunicación.
8.1 Literal e)		X	Dentro de las actividades relacionadas con el lavado de material, se realiza una inspección visual posterior por parte del profesional, no encontrándose evidencia del registro de su conformidad, lo que puede ocasionar un riesgo de contaminación cruzada que afecte las características del producto.
7.5.3.2 Literal a y b)		X	Se evidencia debilidades en la administración de los registros correspondientes a la ficha de entrega de los animales, los cuales se encuentran agrupados con un clip y guardados en el escritorio del responsable de la recepción, lo que puede ocasionar perdidas del soporte de trazabilidad de la atención de la solicitud del pedido.
7.5.3.2 Literal b)		X	Dar un manejo unificado de las bases de datos utilizadas para registrar las solicitudes de pedido de animales de laboratorio y el seguimiento a la misma, ya que actualmente existen dos hojas de Excel INFARRIVA 2017 y Clientes de Bioterio, lo que puede generar diferencias en los datos registrados y no se pueda realizar trazabilidad de la información.
7.1.4		X	Promover actividades para mantener un ambiente de trabajo adecuado en relación a factores como reducción del estrés, prevención del síndrome de agotamiento y ambiente tranquilo a los funcionarios, evitando con ello que la operación del proceso y la conformidad de los productos y/o servicios puedan versen afectados por estos factores.
5.2.2 Literal a) y b)		X	En entrevista realizada algunos funcionarios de las áreas de Bioterio, Medios de Cultivo y el Despacho durante la auditoria interna, que pese a que se entiende y se aplica en sus actividades diarias, manifiestan no conocer la política de calidad del SIG y donde se encuentra disponible, generando un riesgo en la toma de conciencia en el SIG. Requisito 5.2.2 Conocimiento de la política de calidad en su literal a) y b).
TOTAL	3	6	

A01 Gestión Humana

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
8.7.1	X		El proceso no asegura de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada, evidenciándose que en la caracterización no se incluyen las salidas no conformes identificadas por el personal del grupo de Talento Humano en entrevista realizada durante el ejercicio de la auditoria, las cuales están relacionadas con el objetivo del proceso incumplimiento el numeral 8.7.1 del ISO 9001: 2015.

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
7.1.2	X		La entidad en cabeza del proceso de gestión humana, no proporciona las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos, evidenciándose en revisión documental y entrevista al responsable la no ejecución en la presente vigencia, del plan anual de vacantes de fecha enero de 2017 con 54 cargos vacantes, incumpliendo el numeral 7.1.2 de la norma ISO 9001:2015.
7.3 INT A01.2011.001 Actividad 8.1	X		Se evidencia incumplimiento del INT A01.2011.001 Programa de Inducción y Reinducción en su actividad 8.1 al no encontrar registros de la Inducción al personal nuevo que ingreso al INS de enero a mayo de 2017.
7.2 Literal b) y c) POE A01.2010.001	X		Se identifica que algunos registros del proceso, que proporcionan evidencia con la conformidad de los requisitos, no se están controlando de acuerdo a lo descrito en el POE A01.2010.001 Vinculación de Personal, encontrándose: En la hoja de vida de la funcionaria Lina Tovar no se encontró el registro de "verificación de requisitos para nombramiento y posesión, FOR-A01.2010-008 En la hoja de vida de la funcionaria Sonia Morales, no se encontró los registros de "análisis de hoja de vida, FOR-A01.2010-007 " y el de "Inducción y reinducción a puesto de trabajo, FOR-A01.0000-011" En las hojas de vida de las funcionaria Ana Cristina Narváez, y Carolina Ramírez quienes fueron reubicadas a partir del 6 de marzo de 2017, no se encontró el registro de "Inducción y reinducción a puesto de trabajo, FOR-A01.0000-011. Lo anterior, incumpliendo el requisito 7.2 Competencia en su numeral b) y d) y el POE A01.2010.001 Vinculación de Personal.
7.5.3.2 literal a), b) y d) Acuerdo N° 042 de 2002, Acuerdo N°05 de 2013 Acuerdo N°02 de 2014	X		El proceso no asegura que la información documentada conservada como evidencia de la conformidad de los productos y salidas generadas por el proceso, cumpla con los criterios establecidos para la organización, conservación y custodia de los documentos que conforman los archivos de gestión, así como los archivos del fondo acumulado, evidenciándose durante la auditoria interna al proceso de Gestión Documental, en visita al proceso de Gestión Humana lo siguiente: - No ha implementado acciones para la organización de los archivos de gestión de acuerdo a lo registrado en la TRD del Grupo de Talento Humano. - No se cuenta con el formato único de inventario documental – FUID de los archivos de gestión y del fondo acumulado. - No se evidencia foliación de los documentos que permita la organización de los mismos, al igual que no se evidencia hoja de control en las carpetas existentes, lo anterior observado en el archivo de las áreas de carrera administrativa y de evaluación del desempeño. - Para el primer semestre de la vigencia 2017, no se dio cumplimiento a la primera transferencia programada del 6 al 10 de marzo. Lo anterior, incumpliendo lo establecido en los Acuerdos N° 042 de 2002, N°05 de 2013 y N°02 de 2014 para la organización de los archivos de gestión y del fondo acumulado y el requisito 7.5.3.2 literal a), b) y d).
4.4.1 Literal a) y f)		X	Se observa en el listado maestro de documentos vigente del proceso de gestión humana, dos procedimientos del área de control interno disciplinario, sin embargo en la caracterización del proceso no se identifican entradas, actividades, salidas y/o productos (conformes y no conformes) y riesgos, que pertenezcan a esta área, generando un riesgo en el control y seguimiento de su hacer.

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
8.1		X	El proceso no cuenta con un cronograma de todas sus actividades, que permita al lider del proceso el seguimiento y control de la planificación realizada en la vigencia, generando un riesgo en el control al cumplimiento de las mismas.
6.1.2		X	Se observa que los controles identificados en el riesgo de gestión "incumplimiento legal en el Desarrollo de las acciones requeridas para el manejo de la carrera administrativa, provisionalidad y libre nombramiento y remoción de los empleos, proceso de nómina, evaluación del desempeño laboral y afiliación al Sistema de Riesgos Laborales", no permitan la mitigación del mismo, generando un riesgo en la materialización del riesgo.
7.1.6		X	Se observa que no existen lineamientos documentados en el POE del Plan Institucional de Capacitaciones, para la transferencia de información de las capacitaciones externas recibidas por los funcionarios de la entidad, generando un riesgo de pérdida de conocimiento al no realizar retroalimentación de los conocimientos adquiridos en estas capacitaciones.
9.1.3 Literal d)		X	La actividad "Consolidar y monitorear el Plan Institucional de Capacitación (PIC)", alcanzo 15% del 20% planeado, incumpliendo la meta para el primer trimestre de la vigencia, generando un riesgo de materialización del riesgo "Incumplimiento de compromisos en la Coordinación, elaboración, planeación, ejecución y seguimiento de los programas de capacitación, bienestar y Seguridad y Salud en el trabajo, resolución de las diferentes situaciones administrativas de los funcionarios, evaluación del clima organizacional y situaciones de carácter disciplinario en contribución al logro de los objetivos institucionales"
4.4.1 Literal d)		X	Se observa que el indicador "Actividades de capacitación desarrollas en el INS trim. / Actividades consolidadas PIC trimestre asociado a la actividad "Consolidar y monitorear el Plan Institucional de Capacitación (PIC)" del POA vigencia 2017, no permite al proceso evaluar si lo planificado con esta actividad se ha implementado de forma eficaz, generando un riesgo en el control de los resultados de la misma.
TOTAL	5	6	

A03 Gestión Documental

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
4.4.1 literales a) y b)	X		En revisión de la caracterización vigente, se observa que no se determinan todas las entradas requeridas y las salidas esperadas del proceso, asimismo la secuencia e interacción sus proveedores y clientes, incumpliendo el requisito 4.4.1 literales a) y b). Evidencia: - Para la actividad N°1 Gestionar y promover la implementación del PGD, se establece como única entrada la normatividad archivistica, pero no se identifica y registra la información requerida para la elaboración del PGD. Asimismo, se define como salida el marco legal aplicable a la correspondencia del INS y reglamento general del archivo documental del INS no correspondiendo a una salida (producto o servicio) para esa actividad. - Para las actividades N°1 Gestionar y promover la implementación del PGD y N° 3 Orientar sobre el manejo de correspondencia y demás temas archivísticos en gestión documental, se identifican como proveedores Archivo General de la Nación y el

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
			reglamento general de archivo documental del INS para la actividad 1 y clientes todos los procesos del INS y el Grupo de Atención al Ciudadano para la actividad 2, no identificándose a la ciudadanía en general, las partes interesadas y el proveedor de la correspondencia externa como parte de su interacción.
7.5.2 literal c) 7.5.3.2 literal a) y sus párrafos 2 y 3.	X		Se encuentran fallas en el control de la información documentada del proceso que permite proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos, así como de la operación eficaz del SIG, encontrándose: - Dentro de los registros físicos para el Control de entrega de comunicaciones internas y externas con código FOR-A03.0000.012 de la Dirección de Vigilancia y la Oficina Asesora Jurídica correspondiente a los meses de enero a mayo del 2017, se encuentran mal codificados evidenciándose el código FOR-A03.A03.012. - La actividad realizada para atender la correspondencia radicada en la ventanilla única de correspondencia, no se encuentra documentada en el POE-A03.0000.011. - No se evidencia registro de las tablas de control de acceso a documentos que contiene criterios para el préstamo de documentos, el cual se encuentra incluido en el punto 5. Condiciones Generales del POE-A03.2060-003 - La plantilla para el registro de la entrega de los oficios masivos por parte de las dependencias para enviar por medio del proveedor de la correspondencia no se encuentra administrado en el SIG. - Dentro del POE-A03.2060-003 en su actividad N°5 incluye el uso del FOR-A03.0000.006 Afuera, sin embargo, se evidencia el uso del formato INS-Afuera con último registro 2017–01–12, 2 tomos con 78 Folios fecha de devolución 2017–02–02, el cual no se encuentra administrado en el SIG - No se identifica en el Listado Maestro de Documentos del SIG los documentos: PGD, SIC y el PINAR necesarios para la operación del proceso. - No se incluye en el Listado Maestro de Documentos Externos: el manual del SISDOC entregado por el proveedor Sertisoft y las circulares del AGN orientativas para la operación del proceso. Lo anterior, incumpliendo el requisito 7.5 Información documentada en su numeral 7.5.2 literal c), 7.5.3.2 literal a), 7.5.3.2 en sus párrafos 2 y 3.
7.2 Literal c) y d)	X		El proceso no conserva la información documentada que asegure la toma de acciones necesarias para adquirir la competencia del personal a cargo, así como evaluar la eficacia de las mismas, encontrándose: - No se evidencia registro FOR-A01.0000.011 "inducción y reinducción en el puesto de trabajo" de los funcionarios Martha Gómez Guerrero reubicada en el Grupo mediante resolución 019 del 19 de enero del 2017 y Juan de Dios Fuentes Neira reubicado en el Grupo mediante resolución 015 del 16 de enero del 2017, teniendo en cuenta que estos funcionarios no contaban con la experiencia requerida para el cargo. - No se evalúa la eficacia de las siguientes acciones tomadas para lograr la competencia necesaria: Capacitación realizada el día 15 de febrero del 2017 con el tema Retroalimentación de los formatos específicos y transversales de los procesos de apoyo y la capacitación del 21 de marzo del 2017 con el tema retroalimentación de los procedimientos específicos del Grupo de Gestión Documental. Lo anterior, incumpliendo el requisito 7.2 Competencia en su numeral c) y d).
8.7.1	X		Se evidencia que el salida no conforme identificada como "En la revisión al proceso de Gestión Documental y a los archivos de gestión de la entidad, se evidencio que los lineamientos para el manejo y custodia (archivo documental) de la memoria

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
			institucional se podria perder", no se encuentra relacionada con una salida del proceso registrada en la caracterización vigente por concerniente no es una salida no conforme al mismo sino un evento relacionado a un riesgo, incumpliendo con ello el requisito 8.7.1 al no identificarse y controlarse las salidas no conformes con sus requisitos, para prevenir su uso o entrega no intencionada.
10.2.1 POE-D01.0000.005 Actividad 5	X		Como resultado al seguimiento de la medición del proceso, se evidencia que no se realizó el plan de mejoramiento de los indicadores de gestión que no alcanzaron el cumplimiento de la meta planificada, de acuerdo a lo establecido en la actividad 5 Desarrollar acciones de mejora del POE-D01.0000.005. Lo anterior se evidencio en: - Transferencias exitosas, medición trimestral con meta 14, obteniendo un resultado del 9 en el primer trimestre 2017, encontrándose en el rango de insatisfactorio. - Gestión de documentos inventariados, clasificados y ordenados del fondo acumulado, medición trimestral con meta 239 cajas, obteniendo un resultado del 0 en el primer trimestre 2017, encontrándose en el rango insatisfactorio.
7.1.5.2 literal a)	X		Los equipos termohigrometros con numero metrológico LEI-007 y LEI-009 ubicados en el área del archivo central y el área de fondo acumulado, no contienen carpeta de historia de equipos con sus respectivos formatos "hoja de vida, ficha técnica del equipo e informes de operaciones de confirmación metrológica y otros", incumpliendo lo establecido en el requisito 7.1.5.2 literal a).
8.5.1 literal d) Acuerdo 049 del 2000 Art. 5° Ley 594 del 2000 Art. 13°		X	Se encuentran deficiencias en la determinación y mantenimiento de la infraestructura necesaria para garantizar la conformidad de los productos y salidas generadas por el proceso, así como los requisitos legales aplicables, evidenciándose durante la auditoria interna al proceso de Gestión Documental, en visita a la sede de Chapinero lo siguiente: - En el salón N° 2 y 5 donde se ubica el archivo de las transferencias efectivas, se evidencia techo en mal estado que genera goteras y presencia de humedad en las paredes. - Los salones dispuestos para el almacenamiento de las transferencias en el archivo central y del área del fondo acumulado, no cuentan con condiciones de ventilación adecuadas. - El área donde se almacena el fondo acumulado del archivo central, no cuenta con las condiciones adecuadas encontrándose la chapa de seguridad dañada y un cable sin terminal de la lámpara el cual es conectado a la toma de corriente de la pared por parte de los funcionarios que laboran, para iluminar el área donde se ubican los archivos para inventariar y valorar. Lo anterior, incumpliendo el artículo 13° "Instalaciones para los archivos" de la Ley 594 del 2000, el artículo 5° del Acuerdo 049 del 2000 "Condiciones ambientales y técnicas" y el requisito 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio literal d).
6.1 Literal c)		X	Se observan debilidades en la identificación y aplicación de la metodología de administración de los riesgos del proceso, dado a que no se identifican riesgos relacionados con la preservación del archivo (inundaciones), la perdida de documentos en el archivo central (conservación) y él envió de las comunicaciones externas, dejando vulnerables puntos críticos donde se puede materializar riesgos y afectar el logro de los objetivos de la entidad.

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
4.4.1 Literal d)		X	Se presentan dificultades en la consecución de recursos para dar cumplimiento a la normatividad archivística vigente, encontrándose durante la revisión: deficiencias en el personal especializado y profesional con las competencias necesarias, mobiliario y estantería e insumos como cajas, carpetas y ganchos con las especificaciones técnicas suficientes para la organización de los archivos de gestión de los procesos y del archivo central y la disponibilidad de un vehículo permanente para garantizar el traslado y seguridad de las trasferencias documentales primarias y de los documentos prestados.
4.4.1 Literal c)		X	En la determinación de métodos necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control del proceso, no se identificaron indicadores de gestión relacionados con la distribución de la correspondencia interna y externa y el préstamo de documentos del archivo central, lo que no permite medir totalmente el desempeño del proceso en relación con el cumplimiento del objetivo definido.
4.4.1 Literal c)		X	Se observan falencias en la construcción del indicador "Transferencias documentales exitosas", encontrándose que la formula "N° transferencias documentadas recibidas con los estándares de calidad" no cuenta con una variable en el denominador que permita medir el cumplimiento real de las actividades programadas en el "cronograma de visitas de transferencias documentales" de la vigencia.
4.4.1 Literal c)		X	A pesar que el proceso cuenta con controles para la verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos (archivo transferido) y la oportunidad en la prestación del servicio de correspondencia (tramites a la mano de las comunicaciones externas), no se mantiene en algunas ocasiones con registros que evidencien la actividad realizada, corriendo un riesgo de que no se pueda realizar trazabilidad del cumplimiento de los requisitos.
7.1.1		X	Durante la revisión realizada, se evidencio que la entidad no cuenta, con un contrato para el envió de la correspondencia externa desde el día 23 de mayo del 2017, corriendo el riesgo de que no se pueda remitir oportunamente las respuestas de las solicitudes y/o asuntos jurídicos que contienen términos de ley específicos para su contestación y que requieren de correo certificado.
7.1.3 Acuerdo 049 del 2000 en su numeral 1.1		X	El espacio asignado para el archivo central no es suficiente para ubicar el total de las transferencias primarias que realizaran los procesos en relación a la identificación y organización del fondo acumulado y de la entrega de los documentos que cumplieron con el tiempo de almacenamiento en el archivo de gestión de acuerdo a la TRD, corriendo el riesgo de generar represamientos de las trasferencias dentro de las dependencias que impidan el cumplimiento de la normatividad vigente (acuerdo 049 del 2000 en su numeral 1.1).
8.5.1 Literal b)		X	Se observó de las tres áreas de almacenamiento de archivo inspeccionadas, que solo dos de ellas cuentan con termohigrómetros para el control de temperatura y humedad, realizando traslados de los mismos entre las áreas para hacer las verificaciones respectivas, asimismo el personal que utiliza el instrumento no garantiza que el equipo se encuentre estabilizado al momento de la toma de la lectura, situaciones que pueden generar posibles errores en su registro y donde una mala manipulación desajuste el equipo.
7.1.4		X	El área del archivo no cuenta con un sistema de ventilación para renovación continua y permanente de aire, situación que puede generar un riesgo en la preservación de los documentos, al no garantizar las condiciones minimas ambientales requeridas para el almacenamiento y conservación de la documentación en el archivo central.

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
7.1.3		X	Se evidencia un equipo hidrofiltro aspiradora con filtrado único de agua con N° de inventario 28074, el cual no cuenta con el registro del último mantenimiento preventivo realizado, aunque es un equipo de apoyo este es importante para el control de las condiciones ambientales de las áreas que conforman el archivo central y del fondo acumulado.
TOTAL	6	11	

A04 Equipos de laboratorio

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
7.1.5.2 Literal a)	X		En revisión de la ejecución de las operaciones de confirmación metrológica de los equipos, se evidenció que las últimas fechas registradas en el FOR-A03.0000-004 Hoja de control, corresponden a un periodo superior a su próxima intervención sin encontrarse registro de ejecución, incumpliendo lo descrito en el Anexo 1 Criterios orientativos para determinar criticidad de equipos e instrumentos de medición del POE-A04.0000-001 Gestión Metrológica, el cual establece frecuencias entre los 12 y 24 meses para la intervenciones. Evidencia: - Estación de cambio 23088 el último mantenimiento preventivo fue el 10 de noviembre 2014. - Estación de cambio 23088 la última calificación fue en febrero 2015. - Equipo Cabina de flujo laminar con número de inventario N° 6359 última actividad realizada es del 2015-06-19 mantenimiento preventivo, informe BOG-JG 095 2015. Incumpliendo el requisito 7.1.5.2 literal a) Trazabilidad de las mediciones de la norma ISO 9001:2015, así como el Anexo 1 Criterios orientativos para determinar criticidad de equipos e instrumentos de medición del POE-A04.0000-001 Gestión Metrológica.
8.1 Literal e) POE-A04.0000-001 Actividad 6.5	X		El proceso no controla la información documentada de los mantenimientos correctivos, dado que se cuenta con base de datos con el registro de121 solicitudes de mantenimientos correctivos, donde 54 algunos cuentan con informe de intervención, pero estos no se encuentran registrados en la base de datos, observándose que la misma no está actualizada. Incumpliendo el requisito 8.1 Planificación y Control Operacional en su literal e) de la ISO 9001:2015, así como la actividad 6.5 del POE-A04.0000-001 Gestión Metrológica.
7.1.5.2 Literal a)		X	Se evidencian debilidades en la planeación del proceso, tales como: - No se cuenta con criterios establecidos para la priorización de equipos a intervenir e incluir en el PAME.

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
			- No se tiene definida una periodicidad para la elaboración del cronograma de intervenciones metrológicas. - No se observa la inclusión del cronograma de mantenimiento para el Bioterio, en el cronograma general.
6.1		X	No se observan soportes de los cambios realizados en la valoración de la probabilidad y el impacto del riesgo de gestión identificado, adicionalmente, las actividades definidas dentro del Plan de Mejoramiento establecido para el riesgo de corrupción, no están alineadas con el indicador, generando un riesgo en la trazabilidad de la administración de los riesgos.
8.7.2		X	Se evidencia debilidades en el diligenciamiento de las salidas no conformes en el FOR-D02.0000-007, tales como: - No cuenta con número consecutivo. - No se relaciona la justificación por la cual no requiere plan de mejoramiento. Generando un riesgo en el control de las salidas no conformes del proceso.
TOTAL	2	3	

A08 Atención al Ciudadano

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
8.5.1 Literal d)	X		Se evidencia inoperabilidad en el canal de atención telefónica ya que al realizar llamada el día 28 de junio a las 3:25 pm a la línea 2207700 opción 2 y a las ext 1703 y 1704 la llamada no fue atendida, incumpliendo el requisito 8.5.1literal d) de la ISO 9001 2015 que describe "el uso de la infraestructura y el entorno adecuados para la operación de los procesos".
4.4.1 literal c) INT-D01.0000.002.	X		Se evidencia que el proceso no determina los métodos adecuados para asegurar la operación, eficacia y el control del mismo, observando que la fórmula establecida en el indicador "Oportunidad en la atención a peticiones y sugerencias" publicado en el SIP 2017 y en el link www.ins.gov./controlytransparencia/planeacionygestion/indicadores, no mide la oportunidad definida en el objetivo del indicador, igualmente no se evidencia indicadores relacionados con la medición de la gestión del proceso, incumpliendo el numeral 4.4.1 literal c) de la norma ISO 9001:2015 y el INT-D01.0000.002.
6.1.2		X	Se evidencia en la descripción del hallazgo del Plan de Mejoramiento A08.003-2017, "Incumplimiento legal al informar al grupo de control interno disciplinario el incumplimiento por parte de las dependencias del instituto en los términos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias, que regulan el derecho de petición, quejas y reclamos" no es claro frente al riesgo que se quiere mitigar.
7.1.4		X	Se evidencia debilidades en la infraestructura de la oficina de Atención al ciudadano, como iluminación directa del sol a los equipos, baja temperatura en el ambiente y ruido, generando un riesgo en la afectación de la prestación del servicio por parte de los funcionarios que integran el grupo.
7.2 Literal c)		X	Se evidencia que durante la vigencia el personal que conforma el grupo de Atención al Ciudadano no ha recibido capacitación, que permita fortalecer las competencias de los funcionarios en el desarrollo de sus actividades, generando riesgo de prestación de un mal servicio al ciudadano.
10.1		X	Se evidencia que el proceso gestiona mejoras para el fortalecimiento de sus actividades, las cuales no se encuentran documentadas.

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
TOTAL	2	4	

A10 Recursos Físicos

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
8.7.1	X		Se observa que las salidas no conformes registradas dentro de la caracterización del proceso vigente como son "No contar con los recursos suficientes para cubrir todas las necesidades de los procesos; no tener el suficiente personal y materiales para realizar todas las labores de infraestructura; ausencia de un profesional que respalde la proyección y ejecución de obras de infraestructura, vinculado a la planta y restricción de permisos de curaduría", corresponden a limitaciones presentadas para dar cumplimiento con la gestión del proceso y no al incumplimiento de los requisitos de las salidas o productos que se generan, incumpliendo con ello el requisito 8.7.1 al no identificarse y controlarse las salidas no conformes con sus requisitos, para prevenir su uso o entrega no intencionada.
10.2.1 Literal c)	X		El proceso no asegura que cuando se detecte una no conformidad, se implementen las acciones necesarias para eliminar las causas del hallazgo identificado con el fin de que no vuelvan a ocurrir, evidenciándose que el plan de mejoramiento A10-10-2016 "POE-A10.0000-005 utilización de vehículos, versión 00 de 2016-07-13", derivado de la auditoria interna al SIG 2016, no registra avances de las 3 acciones definidas las cuales estaban programadas para la valoración de la eficacia en el mes de marzo del 2017, incumpliendo con ello el requisito 10.2.1 literal c).
10.2.1 POE-D01.0000.005 Actividad 5	X		Se evidenció durante el seguimiento a la medición del proceso, que no se realizó el plan de mejoramiento por el incumplimiento de la meta del 94% del indicador de gestión "Solicitudes de mantenimiento atendidas satisfactoriamente", el cual obtuvo un resultado del 91% para el primer y segundo trimestre, no dando cumplimiento a lo establecido en la actividad 5 Desarrollar acciones de mejora del POE-D01.0000.005.
4.4.1 Literal a)		X	El proceso cuenta con la caracterización CAR-A10.0000-001, sin embargo, la definición y redacción de algunas entradas y salidas y/o productos no son claras, tales como: ENTRADAS: 2.3 Salida de bienes por concepto de comodato, donación o préstamo 2.4 Salida por muerte de semoviente 2.5 Salida por perdida o hurto de bienes 2.6 Salida de bienes dados de baja por caso fortuito o fuerza mayor SALIDAS: 4.2 Consolidado de solicitudes recibidas 5.1 Solicitud de mantenimiento de vehículo
8.1 Literal d)		X	No se observan dentro del POA vigencia 2017, actividades relacionadas con el área del almacén, lo cual puede generar un riesgo en el control y seguimiento en el cumplimiento del objetivo del proceso.
7.5.3.1 Literal b)		X	La información reportada en la página web referente a los riesgos del proceso, no corresponde con la información que administra el proceso, por lo cual se debe unificar para seguimiento y control.
4.4.1 Literal c)		X	Los indicadores del proceso no registran una adecuada medición y análisis en el Sistema Integrado de Planeación, generando un riesgo por la falta de información clara y detallada para la respectiva toma de decisiones, para el control del proceso.

CRITERIO NUMERAL	NC	OBS	DESCRIPCIÓN
4.4.1 Literal c)		X	No se establecen porcentajes a las tareas que conforman las actividades definidas en los distintos cronogramas que posee el proceso, dificultando la exactitud en la medición de los resultados generados, como es el caso de los avances del cronograma de infraestructura.
10.2.1 Literal b)		X	Se evidencian debilidades en la identificación de la causa raíz de los planes de mejoramiento, ya que algunos mencionan acciones futuras, (A10-09-2016) otros son justificaciones, pero no se observa la causa raíz (A10-08-2016), lo que dificulta la proyección de las acciones pertinentes para evitar la reincidencia e los hallazgos detectados.
7.5.3.2		X	No se hace uso del FOR-D01.0000.001 Cronograma de actividades, para el registro del cronograma interno de las actividades de infraestructura 2017 con fecha de aprobación del 2016-12-28 y de la programación de mantenimiento preventivo de la vigencia 2017.
7.5.3.2 Literal a)		X	Dentro de los registros de las solicitudes N°138, 182 y 195 para la Autorización de ingreso, nocturno, fin de semana, festivo – FOR-A10.0000.023 campos sin diligenciar como son: hora de ingreso y salida, la placa del vehículo y algunas firmas.
TOTAL	3	8	

OPORTUNIDADES DE MEJORA

En las listas de chequeo, se identifican oportunidades de mejora específicas para ser analizadas en cada proceso. A continuación, se presentan las oportunidades de mejora que permitirán fortalecer el Sistema Integrado de Gestión por considerarse de aplicación en varios procesos o que pueden fortalecer la cultura institucional de la calidad:

DESCRIPCIÓN	***CRITERIO Y/O NUMERAL***	***PROCESO/DEPENDENCIA/ GRUPO O LABORATORIO***
Revisar el desempeño de indicadores de la entidad para redefinirlos y que estos se constituyan en estrategias para evidenciar las necesidades de mejora al sistema de gestión de calidad, y formular indicadores de eficacia y efectividad que reflejen la madurez del sistema implementado	**4.4.1 Literal c)**	**Gestión de Calidad**
Establecer estrategias permanentes que permitan al proceso, identificar oportunidades para determinar el grado de conocimiento del SIG al interior de la organización	**7.3 Literal c)**	
Generar parámetros de medición que permita evaluar la oportunidad o la calidad del servicio prestado.	**4.4.1 Literal c)**	**Tecnologías de Información y Comunicaciones**
Definir pares para garantizar la continuidad de las acciones a cumplir por el proceso, cuando el funcionario principal de una actividad se encuentre ausente de la institución.	**7.1.6**	
Programar la reubicación del centro de cableado ya que se emiten radiaciones y está cerca de la sala juntas y a la oficina de la jefatura.	**7.1.4**	
Definir el alcance de los procesos de Investigación y Producción en materia de Diseño y Desarrollo.	**8.3.1**	**Investigación en Salud Publica**
Contar con un fondo para la gestión de los recursos destinados para los proyectos de investigación.	**7.7.1 Literal a)**	
Incluir dentro del procedimiento transversal de comercialización, facturación y entrega de bienes y prestación del servicio POE-A09.0000-005, el canal de comunicación bioterio@ins.gov.co, medio por el cual llegan las solicitudes de pedido al Grupo del Animales de Laboratorio,	**8.2.1 Literales a), b) y c)** **8.6**	**Producción**

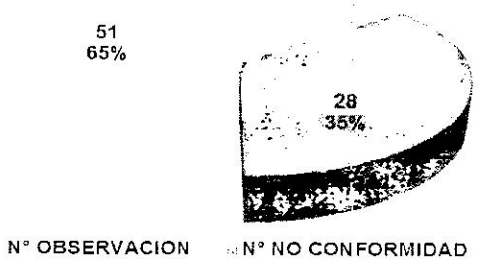
DESCRIPCIÓN	CRITERIO Y/O NUMERAL	PROCESO/DEPENDENCIA/ GRUPO O LABORATORIO
asimismo dentro de la actividad 13 "entrega del producto" asociar el registro de aceptación de conformidad, integrando con lo anterior las actividades relacionadas con el cumplimiento de los requisitos del cliente.		
Establecer dentro de las herramientas y/o indicadores definidos para el monitoreo y seguimiento del riesgo "incumplimiento legal durante la realización de los análisis microbiológicos, biológicos y fisicoquímicos a muestras generadas en el proceso de producción", el informe de seguimiento metrológico realizado mensualmente como parte de las actividades del programa de aseguramiento de la calidad PAC 2017, el cual contribuye a mantener actualizada la base de datos metrológico del proceso, evitando con ello que se materialice el riesgo identificado.	6.2.1	
Definir un método de identificación única (alfanumérica o numérica) de las solicitudes de pedido realizado para la compra de animales de laboratorio, ya que actualmente se maneja con el nombre del cliente (tanto en el ingreso como en la entrega) y durante el año puede presentarse varias solicitudes realizadas por el mismo.	8.5.2	
Realizar una base de datos con la información de los proveedores del área de medios de cultivo, con el fin de tener un control y accesibilidad a la información de manera ágil en caso de requerir cotizaciones o realizar retroalimentación post-venta.	8.4.2 Literal b)	
Actualizar el portafolio de productos y servicios del proceso al final de cada vigencia y que estos sean enviados al Proceso de Gestión Financiera, con el fin de que sean incluidos en la resolución de precios del año y poder realizar las cotizaciones correspondientes a las solicitudes del cliente externo en el momento que se requiera.	8.2.2	
Generar un cronograma de actividades, que permita al líder del proceso el control de la ejecución de las actividades específicas planeadas, con tiempos y responsables, permitiendo el detallado del cumplimiento de las actividades que conforman el quehacer del proceso.	8.1	
Utilizar el calendario de actividades de la página del INS, para informar de las actividades de capacitación, bienestar y otras que realice el proceso.	8.1 d)	
Generar versiones del PIC de acuerdo a la actualización y cambios que este tenga durante la vigencia, sea comunicada e informada.	7.5.3.2 c)	
Registrar en el SIP en el seguimiento y medición de los indicadores, la fecha desde la cual estos fueron creados, para tener la trazabilidad de los mismos.	7.5.3 b)	Gestión Humana
Integrar a todos los miembros del grupo de Gestión Humana, en la identificación de los riesgos del proceso.	7.3 c)	
Fortalecer los conocimientos frente al tema de planes de mejoramiento.	7.2 c)	
Definir pares para garantizar la continuidad de las acciones a cumplir por el proceso, cuando el funcionario principal de una actividad se encuentre ausente de la institución ejemplo responsabilidad de la Nómina.	7.1.6	
Para realizar la disposición final los documentos que se encuentran en custodia del proceso de Gestión Documental de acuerdo a lo establecido en las TRD, se sugiere separar la ubicación del fondo acumulado transferido por los procesos y el archivo entregado para retención en el archivo central, con el fin de tener un mejor control.	8.5.1 d)	Gestión Documental
Realizar actividades que contribuyan a generar concientización a los procesos en el cumplimiento de la normatividad archivística, para la toma de acciones que permitan subsanar desviaciones detectadas.	7.3 c) y d)	

DESCRIPCIÓN	***CRITERIO Y/O NUMERAL***	***PROCESO/DEPENDENCIA/ GRUPO O LABORATORIO***
Estipular dentro del contrato de correspondencia externa, la entrega al terminar el contrato una copia de seguridad de las guías magnéticas que se generan como evidencia de los envíos realizados, en caso de que se requiera realizar trazabilidad de un asunto legal o misional.	**8.4.2 b)**	
Establecer estrategias para la interiorizar dentro del equipo de trabajo los componentes definidos por el SIG como son la política de calidad y las salidas no conformes, así como el quehacer de la entidad, con el fin de mantener y mejorar continuamente las actividades del proceso y dar cumplimiento a los requisitos establecidos.	**7.3**	
Teniendo en cuenta que las actividades relacionadas con la elaboración de estudios previos y supervisión de contratos, incluidas en el POE-A04.0000-001 Gestión Metrológica, no son parte del objetivo del proceso y dado que se tiene establecido un Plan de Mejoramiento correspondiente a la actualización de este documento, se sugiere la exclusión de estas actividades haciendo el llamado de los POE's vigentes relacionados. Igualmente, estructurar el POE-A04.0000-001 Gestión Metrológica bajo el ciclo PHVA y ajustar los registros que dan respuesta a la ejecución de las actividades descritas.	**7.5.2 c)**	**Equipos de Laboratorio**
Establecer tiempos para la atención de mantenimientos correctivos.	**8.1 d)**	
Fortalecer la apropiación de la política SIG en todo el equipo de trabajo.	**7.3 a)**	
Contar con un espacio más amplio donde se ubique el taller de mantenimiento.	**8.5.1 d)**	
Identificar indicadores que midan oportunidad y eficiencia de acuerdo a los atributos definidos en el objetivo del proceso.	**4.4.1 c)**	
Realizar los trámites administrativos correspondientes con la finalidad de mejorar la tecnología de los equipos de cómputo actuales, o adquirir nuevos equipos para mejorar la gestión operativa que realiza el proceso.	**8.5.1 d)**	**Atención al Ciudadano**
Se evidencia que el personal según lo descrito por el líder del grupo es suficiente, sin embargo se observa la necesidad de fortalecer conocimientos en el manejo de bases de datos y estadística.	**7.2 c)**	
Reubicar los puestos de trabajo para el personal de mesas de ayuda.	**8.5.1 d)**	**Recursos Físicos**
Realizar actividades de integración con los funcionarios que integran el equipo, permitiendo conservar el buen ambiente laboral.	**7.1.4**	
Dejar registro o un correo electrónico cuando no se pueda pegar la placa de inventario de un bien y se realice la entrega de la misma a mano, permitiendo visualizar la trazabilidad de la entrega de la misma.	**7.5.3.2 a) y d)**	
Adecuar el formato FOR-A10.0000.023 Autorización de Ingreso, nocturno, fin de semana, festivo, ya que no permite realizar una trazabilidad cuando el funcionario ingresa en varias fechas el mismo fin de semana.	**7.5.3.1 a)**	
Utilizar el inventario de los equipos registrados en el almacén, para la programación del mantenimiento preventivo.	**8.1 d)**	

16. CONSOLIDADO RESULTADO GENERAL

16.2 CONSOLIDADO DE HALLAZGOS POR TIPO

HALLAZGOS	*TOTALES*	*%*
NO CONFORMIDAD	28	35
OBSERVACIONES	51	65
TOTALES	**79**	**100%**



Como resultado de la auditoria, las observaciones representan un **65%** y las no conformidades un **35%.**

Se resalta la ultura de la autoevaluación en todos los procesos del INS, trabajando por la mejora continua, la identificación oportuna de eventos que puedan afectar la adecuada ejecución de la operación para el logro de los objetivos institucionales.

16.3 CONSOLIDADO DE HALLAZGOS POR REQUISITOS

El siguiente cuadro muestra la distribución de hallazgos por numeral de la norma técnica ISO 9001:2015 evaluada en cada proceso, registradas en las listas de chequeo.

PROCESO		ESTRATÉGICOS		MISIONALES		DE APOYO					CONSOLIDADO		
Requisitos ISO 9001:2015		D02 Gestión de Calidad	D04. TICS	R03. Investigación SP	R04. Producción	A01. Gestión Humana	A03. Gestión Documental	A04. Equipos Laboratorio	A08. Atención Ciudadano	A10. Recursos Físicos	NC	Observación	HALLAZGOS
4.4 Sistema de gestión de calidad	4.4.1 a), b), c), d) y f)					OBS	NC		NC	OBS	2	9	11
						OBS	OBS			OBS			
							OBS			OBS			
							OBS						
							OBS						
5.5.2 Comunicación de la política de calidad	5.5.2 a) y b)				OBS						0	1	1
6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.1 c)						OBS	OBS			0	2	2
	6.1.2		OBS	OBS		OBS			OBS		0	4	4
7.1 Recursos	7.1.1						OBS				0	1	1
7.1.2 Personas	7.1.2		OBS	OBS		NC					1	2	3
7.1.3 Infraestructura	7.1.3						OBS				0	2	2
							OBS						

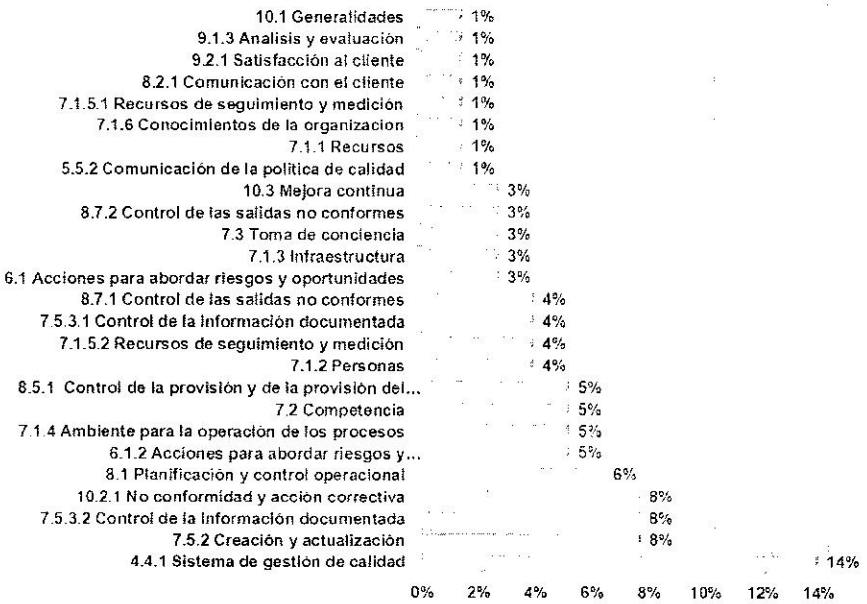
PROCESO		ESTRATÉGICOS		MISIONALES		DE APOYO					CONSOLIDADO		
Requisitos ISO 9001:2015		D02 Gestión de Calidad	D04. TICS	R03. Investigación SP	R04. Producción	A01. Gestión Humana	A03. Gestión Documental	A04. Equipos Laboratorio	A08. Atención Ciudadano	A10. Recursos Físicos	NC	Observación	HALLAZGOS
7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos	7.1.4			OBS	OBS		OBS		OBS		0	4	4
7.1.6 Conocimientos de la organización	7.1.6					OBS					0	1	1
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición	7.1.5.1 a)										0	0	0
	7.1.5.2 a)						NC	NC OBS			2	1	3
7.2 Competencia	7.2 b), c) y d)		OBS			NC	NC		OBS		2	2	4
7.3 Toma de conciencia	7.3 a) y b)		OBS			NC					1	1	2
7.5.2 Creación y actualización	7.5.2 c)	NC	NC	NC OBS	NC		NC				5	1	6
7.5.3 Control de la información documentada	7.5.3.1 a) y b)	NC								OBS	1	1	2
	7.5.3.2 a), b) y d)			OBS	OBS OBS	NC				OBS OBS	1	5	6
8.1 Planificación y control operacional	8.1 d) y e)		NC		OBS	OBS		NC		OBS	2	3	5
8.2.1 Comunicación con el cliente	8.2.1 a)				OBS						0	1	1
8.5.1 Control de la provisión y de la provisión del servicio	8.5.1 b), c) y d)		OBS				NC OBS		NC		2	2	4
8.7 Control de las salidas no conformes	8.7.1					NC	NC			NC	3	0	3
	8.7.2			NC				OBS			1	1	2
9.2.1 Satisfacción al cliente	9.2.1				NC						1	0	1
9.1.3 Analisis y evaluación	9.1.3 d)					OBS					0	1	1
10.1 Generalidades	10.1								OBS		0	1	1
10.3 Mejora continua	10.3	NC OBS									1	1	2
10.2 No conformidad y acción correctiva	10.2.1 b), c), d)	OBS	OBS				NC			NC NC OBS	3	3	6
TOTAL		5	8	7	8	11	17	5	6	11			
TOTAL, DE HALLAZGOS AUDITORIA INTERNA 2017											28	51	79

Es importante alertar sobre la frecuencia de aparición de no conformidades y observaciones sobre los numerales: 4.4.1 Sistema de Gestión de Calidad, en sus literales a), b), c), d) y f) en el cual relaciona los requisitos de las entradas, salidas, secuencia e interacción de los procesos, métodos de control, riesgos y oportunidades e indicadores de gestión, el 7.5.2 en su literal c) el cual relaciona la revisión y aprobación de los documentos con respecto a la conveniencia y adecuación, 7.5.3.2 en sus literales a), b) y d) el cual relaciona el control de la información documentada con respecto a uso de formatos, control de cambios y preservación y el 10.2.1 en sus literales b), c) y d) que relaciona el análisis de causas, la implementación y eficacia de acciones, que aunque desde el proceso de Gestión de calidad se han generado directrices institucionales, no se observa su adecuada adherencia ya que persiste este hallazgo en

algunos procesos. Esto debe generar un análisis y seguimiento institucional para controlar esta situación.

17. *ANÁLISIS RESULTADOS OBTENIDOS*

FRECUENCIA DE HALLAZGOS POR REQUISITO



En coherencia con la madurez del SIG, y de acuerdo a la ocurrencia de los hallazgos observamos de mayor a menor se presentó el siguiente comportamiento: Sistema de gestión de calidad **14%**, creación y actualización **8%,** control de la información documentada **8%** y no conformidad y acción correctiva **8%**, planificación y control operacional **6%**, entre otros.

Dado lo anterior, se requiere aunar esfuerzos en la aplicación de los principios de autocontrol y autogestión en cada proceso especialmente en los aspectos como el control de documentos y registros, adecuación de los documentos y en la identificación de entradas, salidas y/productos, salidas no conformes, indicadores y gestión de los riesgos, buscando con ello la eficacia, del Sistema Integrado de Gestión, que propenden por la calidad de los procesos, la gestión y el servicio al cliente.

18. CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

En conclusión, el sistema es conforme con los requisitos de la ISO 9001:2015, en coherencia con la documentación existente. El Instituto ya lleva más de 6 años certificado, lo que asegura que la conciencia de la calidad está presente en toda la entidad, es eficaz porque se demuestra que se cumplen con las metas de procesos en coherencia con los objetivos institucionales, es eficiente porque manejan de manera racional los recursos conforme al Plan Operativo Anual de la entidad.

Se requiere, generar mayor conciencia frente a la importancia de incluir dentro del sistema integrado de gestión la documentación relevante para facilitar el control y evaluación, así como la medición de su desempeño de cada los procesos para asegurarse de su operación eficaz. El Instituto debe fortalecer el enfoque hacia el abordaje de riesgos y oportunidades en la planeación de las actividades y en la toma de decisiones y en la identificación de las salidas no conformes que no cumplan con los requisitos establecidos por el cliente y legales, para prevenir su uso o entrega no intencionada, en coherencia con la transición a la versión 2015 de la ISO 9001.

FIRMA DEL AUDITOR LIDER	**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**
Nombre: CIELO CASTILLA PALLARES	**Nombre: MARTHA LUCIA OSPINA**
Cargo: JEFE OFICINA CONTROL INTERNO	**Cargo: DIRECTORA GENERAL**
Fecha: 4 Agosto 2017	**Fecha:** 4 Agosto 2017