

Memorando N°

FECHA: 21 de julio de 2025

PARA: DESPACHO SUPERINTENDENTE
DELEGADOS PARA EL CONTROL Y LA OPERACIÓN
SECRETARIO GENERAL
JEFES DE OFICINA
COORDINADORES GRUPOS INTERNOS

DE: JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO
Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional

ASUNTO: Informe consolidado auditoría interna del Sistema de Gestión de la Calidad - 2025

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN2

1.1. Estructura orgánica3

1.2. Responsables del proceso de auditoría externa4

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA4

Alcance4

Criterios de auditoría4

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS4

3.1. Gestión Administrativa - GAD5

3.2. Gestión Documental - GDO6

3.3. Alianza Interinstitucional - AIN8

3.4. Gestión del Servicio - GSP8

3.5. Gestión de Procesos Disciplinarios - GPD8

3.6. Gestión de Evaluación y Seguimiento - GES9

3.7. Gestión de Control, Inspección y Vigilancia - GCI9

3.8. Gestión de Sistemas e información - GSI11

3.9. Gestión de la Operación - GOP13

3.10. Gestión Jurídica - GJU15

3.11. Gestión de Mejora Institucional - GMI15

3.12. Gestión de Comunicaciones – GCM16

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete – Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

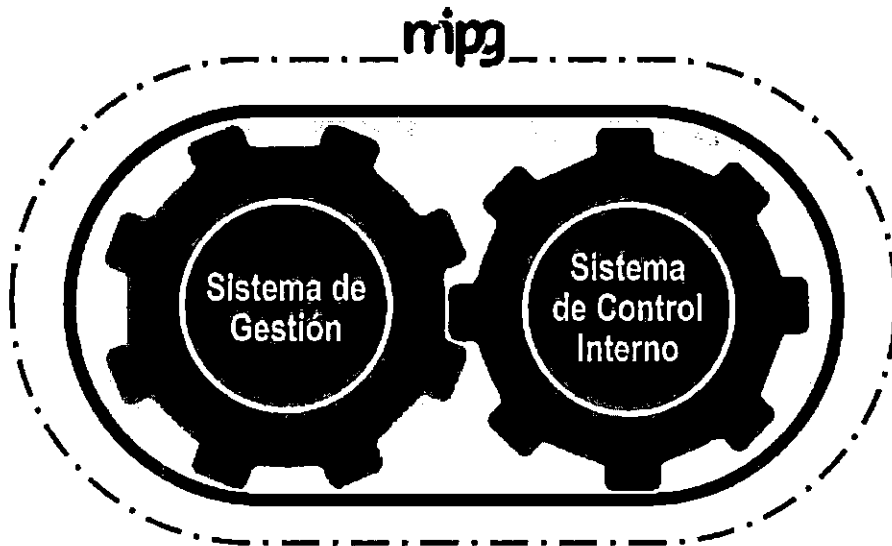
Memorando N°

3.13.	Gestión Financiera - GFI.....	17
3.14.	Direccionamiento Estratégico - DES.....	17
3.15.	Gestión Contractual - GCO	18
3.16.	Gestión del Talento Humano - GTH.....	19
4.	RESULTADOS DE AUDITORÍA.....	21
5.	CONCLUSIONES	21
6.	PLANES DE MEJORAMIENTO	22

1. INTRODUCCIÓN

El decreto 1083 de 2015, decreto único del sector función pública, modificado por el decreto 1499 de 2017, establece el modelo integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual surge de la integración de los sistemas de desarrollo administrativo y de gestión de la calidad en un solo sistema de gestión, y de la articulación de este con el sistema de control interno.

Ilustración 1 Articulación de los sistemas de gestión y de control interno



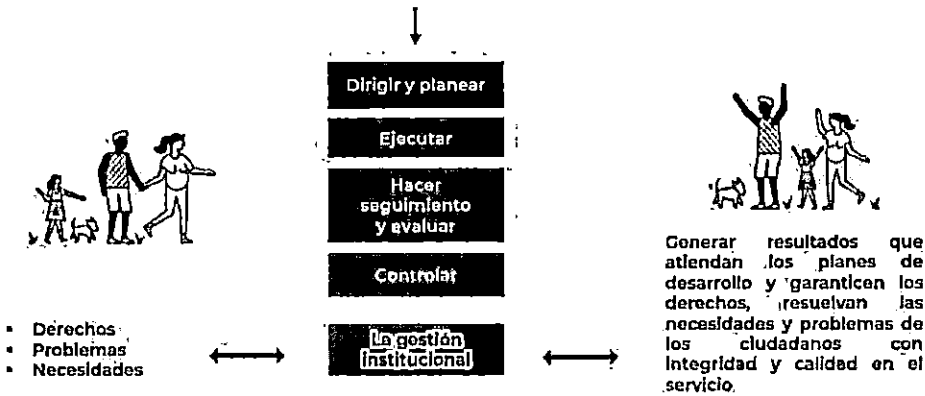
Fuente: Función pública 2017

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, es el marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete – Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

Ilustración 2 Definición del modelo integrado de planeación y gestión - MIPG

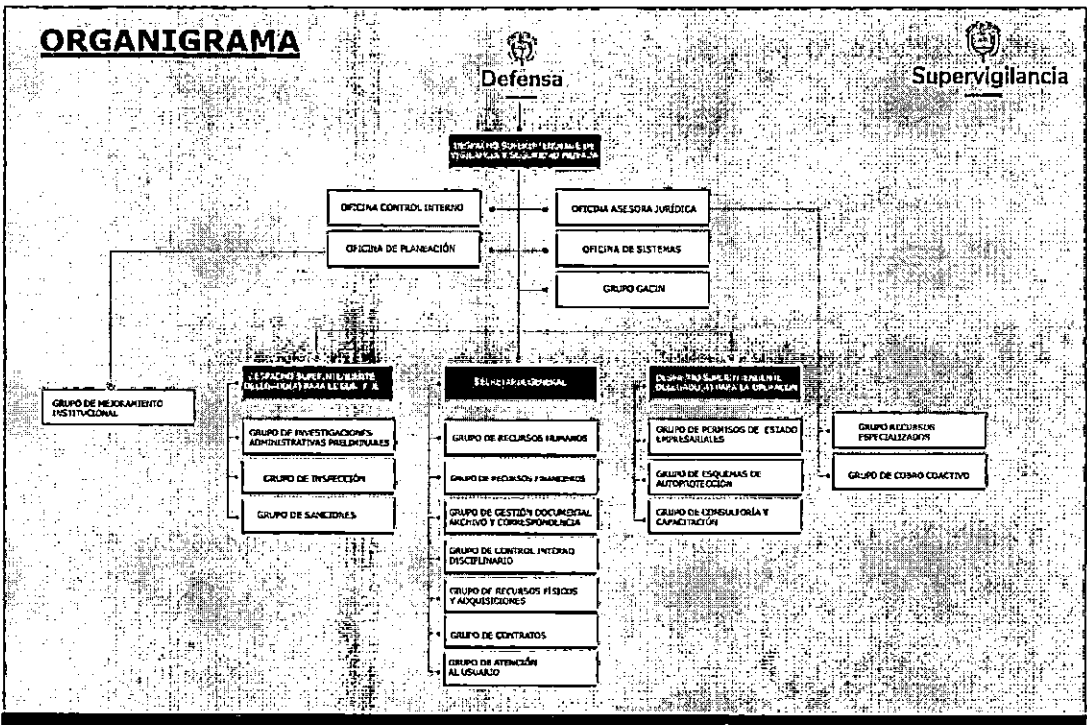


Fuente: Función pública 2017

La Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada – Supervigilancia, es un organismo del orden nacional, de carácter técnico, adscrito al Ministerio de Defensa Nacional - MDN, con autonomía administrativa y financiera.

1.1. Estructura orgánica

Ilustración 3 Organigrama Supervigilancia



Fuente: Página web Supervigilancia

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete – Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Diaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

En la vigencia 2020, el Instituto Colombiano de Norma Técnica y Certificación ICONTEC, otorgó la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001: 2015. En el año 2023 se realizó la auditoría de renovación y en la vigencia 2024 se realizó el primer seguimiento, que como requisito exige haber realizado con anterioridad la Auditoría Interna y la revisión por la Dirección.

1.2. Responsables del proceso de auditoría externa

Los responsables de lo relacionado con la auditoría interna son: el Jefe Oficina Asesora de Planeación y el Coordinador Grupo de Mejoramiento Institucional.

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Evaluar la eficacia y mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad, conforme a los requisitos establecidos con el fin de identificar los aspectos a mejorar.

Alcance

Todos los procesos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad de la Superintendencia de vigilancia y seguridad privada

Criterios de auditoría

- Requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2015 (Enmienda de Cambio Climático)
- Requisitos de las partes interesadas, legales y de la entidad
- Normatividad vigente aplicable a la entidad y a los procesos
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG
- Documentos asociados a los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad
- Riesgos y oportunidades de contexto de los procesos
- Indicadores de los procesos

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

En el marco de la auditoría interna 2025 se realizaron las siguientes actividades generales:

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete – Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

La verificación se realizó de acuerdo con los criterios definidos para los diferentes procesos y el alcance establecido en el plan de auditoría.

Se realizó auditoría interna a todos los procesos, bajo la modalidad presencial, entrevistas y toma de muestras aleatorias de la ejecución de las actividades documentadas en los procedimientos y demás documentos.

Las auditorías internas al Sistema de Gestión de la calidad se ejecutaron con enfoque en riesgos y orientadas al cumplimiento de los objetivos.

Fuente: Elaboración Propia

Como resultado de las auditorías internas realizadas y lideradas por la Oficina Asesora de Planeación, se obtuvieron oportunidades de mejora y no conformidades por proceso, así:

3.1. Gestión Administrativa - GAD

Oportunidades de mejora



- Es necesario que tanto el líder del proceso como sus integrantes tengan conocimiento del contexto del proceso (DOFA) ubicación y contenido, siendo necesario que al interior del proceso se socialicen estos aspectos y se analice periódicamente su pertinencia.
- El reporte de los indicadores de gestión del proceso debe ser oportuno y completo, es por ello, que se requiere establecer acciones para evitar registros incompletos o sin el respectivo análisis.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete - Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°



- **NC1:** Incumplimiento del numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades, debido a que el proceso no registró el monitoreo de primera línea de defensa en sus riesgos, lo anterior es necesario para abordar y mitigar los riesgos que pueden impactar el cumplimiento del objetivo del proceso.
- **NC2:** Incumplimiento del numeral 8.1 Planificación y Control Operacional, debido a que dentro de la operación del proceso está el control de los inventarios y parte importante de dicha gestión es realizar el comité de bajas en los términos establecidos en la Resolución 20221300041387 de 1 de julio de 2022 y Procedimiento de baja de bienes PRO-GAD-350-004 actividad 11. Por lo anterior, se recomienda al proceso dar cumplimiento a la normatividad interna vigente.

3.2. Gestión Documental - GDO

Oportunidades de mejora



- **Traslado de Documentos:** Se evidencio que el proceso realizará un traslado de documentos cuando este pertenezca específicamente para alimentar el expediente padre de una empresa de vigilancia y seguridad privada; Sin embargo, la directriz no se encuentra especifica en ningún documento del proceso. Por ello, es importante que estos lineamientos queden consignados en algún documento para formalizado (instructivo, formato, procedimiento) para ejercer el respectivo control y seguimiento dando cumplimiento al numeral 9.1 "Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación" de la norma ISO 9001:2015.
- **Soportes del Indicador:** Se verificó la plataforma suite visión empresarial en el módulo de indicadores el indicador del proceso denominado "Transferencias Primarias" donde se valida los resultados, análisis (causas, efectos y soluciones) allí se encuentra un espacio denominado "soportes" donde se debe subir los soportes de los datos reportados en el indicador y se evidencia que no se encuentran reportado, es importante que el proceso registre los soportes para evidenciar el insumo de los datos consignados. Lo

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete - Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

anterior contemplado en el Manual de Indicadores Código: MAN-DES-120-004 V.19 y en cumplimiento del numeral 9.1.3 "Análisis y Evaluación" de la norma ISO 9001:2015.

- **Actualización procedimiento:** Se solicita al proceso el procedimiento de elaboración, aprobación, y conservación de actos administrativos PRO-GDO-330-009 22-07-2021 v.2 el cual se encuentra de desactualizado. Se sugiere revisar su uso e incluir temas de contingencia. dando cumplimiento al numeral 9.1 "Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación" de la norma ISO 9001:2015.
- **Seguimiento tarea Plan de Mejoramiento auditoria ICONTEC:** Se verifica el plan de mejoramiento de la auditoria de Icontec realizada en la vigencia 2024, en donde se observa la implementación de acciones correctivas. Entre ella la acción de "Solicitar y conservar los certificados de calibración expedidos por empresa competente." Esta acción encaminada a los equipos que se utilizan para la conservación de los archivos que se encuentran en custodia de la empresa 472. Se debe verificar el cumplimiento de esta acción de acuerdo con lo establecido en el numeral 10.2 "No conformidad y acción correctiva" numeral 10.2.1 literal a. Reaccionar ante la no conformidad y cuando sea aplicable: numeral 1. "Tomar acciones para controlarla y corregirla. de la norma ISO 9001:2015.



- **Información documentada:** Se solicita al proceso la revisión del mapa de riesgos y allí se solicita ver el riesgo de corrupción y su seguimiento y reportes del riesgo denominado "GDO-RC1-Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dativa a nombre propio o de otros con el fin de extraer documentación física o del gestor documental para beneficio de terceros" allí como control del riesgo se estableció el formato denominado " Planilla préstamo y devolución de expedientes archivo central" Código FOR-330-002 V.16 se evidencia en el documento físico que la fecha es

01 de marzo de 2024 sin embargo en la plataforma suite visión empresarial se observa el 25 de junio de 2024. Así mismo, el logo del formato no corresponde a la última actualización de logos del sistema de gestión de calidad y su diligenciamiento completo evidenciando así que dichos documentos fueron modificados. Incumpliendo con el numeral 7.5.3 "Control de la información documentada", numeral 7.5.3.2 literal c. "Control de cambios (control de

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete – Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Diaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

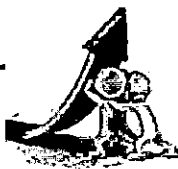
versión). “La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra las modificaciones no intencionadas.

3.3. Alianza Interinstitucional - AIN

El proceso da cumplimiento a los requisitos de la norma NTC 9001:2015.

3.4. Gestión del Servicio - GSP

Oportunidades de mejora



- Es necesario actualizar de formatos del proceso como: Formato caracterización / Normalización tablero de control PQRSD, notificaciones y certificaciones (base de datos)
- Es necesario actualizar la ficha técnica del indicador PQRSD, logrando el involucramiento de los procesos con el respectivo reporte y seguimiento al mismo tanto de manera desagregada por proceso como consolidada para la entidad.
- Es necesario que el Instructivo de notificaciones contingencia se encuentre alineado con el Procedimiento de Control de Salidas No Conformes, para ello se recomienda que el proceso Gestión de Mejora Institucional lidere mesa de trabajo con los procesos generadores de actos administrativos y con el proceso notificador.

3.5. Gestión de Procesos Disciplinarios - GPD

Oportunidades de mejora



- Se observó que el monitoreo de los riesgos del proceso no cuenta con evidencias, se recomienda realizar el cargue de la evidencia que soporte el control de acuerdo con lo establecido por el proceso para cada control.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete – Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

- Se observó la necesidad de actualizar la caracterización y procedimientos del proceso, así como de realizar una revisión general de los documentos y verificar que se encuentren actualizados de fondo y de forma.



- Incumplimiento del numeral 9.1.3. Análisis y evaluación literal g. "Los resultados del análisis deben emplearse para evaluar: La necesidad de mejoras en el SGC" y del Manual de Indicadores de gestión V19, numeral 7.6. Construcción Ficha técnica del indicador – Rangos de medición, que indica cursos de acción de acuerdo con el comportamiento del indicador así:
 - Bueno:** Deberá realizar un plan de mejoramiento, para evitar el incumplimiento, si el indicador lleva dos periodos o más en este rango y si la tendencia es contraria a la esperada.
 - Malo:** Deberá realizar plan de mejoramiento con análisis de causas para eliminar las causas de dicho incumplimiento, si el indicador lleva dos periodos o más en este rango.

3.6. Gestión de Evaluación y Seguimiento - GES

El proceso da cumplimiento a los requisitos de la norma NTC 9001:2015.

3.7. Gestión de Control, Inspección y Vigilancia - GCI

Oportunidades de mejora



- Continuar con la actualización de los documentos del proceso en especial de los procedimientos, teniendo en cuenta el requerimiento realizado por parte de la Oficina Asesora de Planeación, con relación a la contingencia institucional con el gestor documental y que no reflejan las actividades que se están gestionando actualmente ya que son del año 2023.
- Asignar responsable dentro de la Delegada para el Control, con el fin de que ese haga seguimiento a la debida notificación de los actos administrativos gestionados por esta.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete – Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

- Dar lineamiento a los grupos que integran la Delegatura con el fin de que de manera mensual se realice la entrega de los expedientes, lo anterior con el fin de agilizar los tiempos de tramite entre grupos para mitigar la presentación de caducidades de los expedientes.



- **NC1:** Durante la ejecución de la auditoría se realizó la verificación de la ejecución de los controles y acciones establecidas para mitigar la materialización de los riesgos no fue realizada conforme a lo establecido en oportunidad a los tiempos. Específicamente, el reporte de ejecución de estos controles y reporte de la tarea del plan de riesgos institucional lo cual incumple 6.1.2: Acciones para abordar los riesgos y oportunidades en el literal

GESTIÓN DE CONTROLES (No Reportado Oportunamente En La Suite) - PLAN DE RIESGOS (No Reportada Oportunamente en la Suite).

Nota: Para más detalle revisar el informe de auditoría del proceso.

- **NC2:** Durante la auditoría realizada la Delegada para el Control, se evidencio no cumple con los plazos establecidos para la gestión del informe y demás acciones en cumplimiento de las visitas ordenadas se revisó expediente de Visita de Inspección con Auto Comisorio N° 2025220001908CS del 4 de marzo informe 2025200009853CS 14 de abril de 2025 (con 27 días hábiles de retraso) y acuso de traslado al grupo sanciones. 20252200081261CS 26 de mayo informado a la empresa ASVES LTDA. conforme a lo estipulado en el artículo 12 de la Resolución 2946 de 2010. La situación descrita incumple con los requisitos 5.1.2. Enfoque al cliente, 8.2 Requisitos para los productos y servicios de la norma ISO 9001: 2015.

- o Durante la auditoría realizada a la Delegada para el Control, se evidenció no cumple con los plazos establecidos de envío del acuse de recibo de las quejas a los quejosos conforme a lo estipulado en el artículo 20 de la Resolución 2946 de 2010. La situación descrita incumple los requisitos 5.1.2. Enfoque al cliente, 8.2.1: Requisitos relacionados con los productos y servicios 8.2.1. literal b: La comunicación con los clientes debe incluir Atención de las consultas, contratos o pedidos, incluyendo los cambios de la norma ISO 9001: 2015. Queja con radicado 20250029CE del 9 de mayo de 2025 contra la empresa FORTOX SECURITY GROUP LTDA interpuesta por Sandra Patricia Niño Sánchez con acuse de recibido elaborado, pero sin firma y radicado al corte de la realización de la auditoria (con 17 días hábiles de retraso)

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete - Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Diaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

- **NC3:** Durante la verificación del cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento, frente a la auditoría interna de calidad realizada para la vigencia 2024; se evidenció que las acciones definidas continúan siendo ineficaces para atacar la causa raíz de las caducidades y persiste la ocurrencia de estas; en presente vigencia se han gestionado 3.106 actos administrativos de los cuales su mayoría son caducidades lo que demuestra que el número de caducidades no ha presentado disminución, lo que podría ocasionar que la entidad pierda la facultad sancionatoria. Generando incumplimiento de los requisitos determinados en los numerales 10.2 No conformidad y acción correctiva y 8.5. Producción y provisión del servicio de la norma ISO 9001:2015 del Sistema de Gestión de la Calidad

Durante la ejecución de la auditoria se realizó la revisión de las acciones que el proceso Gestión de Control, Inspección y Vigilancia ha realizado en cuanto acciones de mejora y correctivas para evitar que se presente la caducidad de los expedientes que se gestionan producto de las revisiones realizadas con las visitas realizadas a los servicios vigilados o por el estudio de fondo realizado por el Grupo de Investigaciones Administrativas preliminares-IAP de las PQRSD que llegan en contra de dichos servicios

Se informo por parte del líder de proceso que se han gestionado por medio de un plan de choque en la presente vigencia 3.106 actos administrativos de los cuales su mayoría son caducidades.

3.8. Gestión de Sistemas e información - GSI

Oportunidades de mejora



- **Sistema de gestión de la calidad y sus procesos:** Cuentan con las políticas actualizadas, firmadas. Se encuentra pendiente la socialización. Incluye las contempladas en la ISO 27001:2022 las que considere y el Estado pide Manuales de políticas, que son 13. Se contempla un solo manual. Están en proceso de actualización. Es importante, contar con la socialización de dichas políticas y con la revisión y actualización de la documentación del proceso en la herramienta Suite Visión Empresarial. Actualmente, los documentos están actualizados conforme a la Ley 2345 de diciembre de 2023; sin embargo, es importante realizar la revisión exhaustiva del contenido y funcionalidad de dichos documentos.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete – Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Diaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

- **Seguimiento medición, análisis y evaluación:** El proceso cuenta con 5 indicadores:
 - Servicios de soporte.
 - Indicador de disponibilidad de los sistemas de información.
 - Indicador de cumplimiento de los acuerdos de los niveles de servicio (ANS).
 - Porcentaje de avance en cumplimiento de entregables de los proyectos activos del PETI.
 - Porcentaje de cumplimiento presupuestal de los proyectos contemplados en el PETI.

Se debe registrar el análisis de los indicadores. Se sugiere solicitar acompañamiento de Planeación para el cargue de los indicadores, teniendo en cuenta lo informado por el proceso en relación con el cargue que realizaron y que no aparece registrado. Actualmente, no se cuenta con reporte del primer trimestre de 2025. Es importante realizar la medición y seguimiento a los indicadores, para evaluar el desempeño del proceso.



- **NC 1 Gestión de Riesgos:** El proceso ha identificado tres riesgos:

RC1 Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dativa o beneficio a nombre propio o de terceros facilitando el acceso, manipulación o adulteración de la información almacenada en las bases de datos de la entidad.

El monitoreo se encuentra de fecha 23 de abril de 025. Monitoreo de segunda y tercera línea, requieren evidencia.

Se sugiere, requerir en el proceso.

RG1 Posibilidad de pérdida económica y reputacional por sanciones de parte de los entes de control debido al incumplimiento de las políticas y pérdida de la información clasificada y reservada de la entidad por malas prácticas y acceso de personal no autorizado.

El monitoreo se encuentra de fecha 23 de abril de 2025. La evidencia no se cargó.

RG2 Posibilidad de pérdida reputacional por fallas en la operación de los sistemas de información de la entidad, debido a la falta de planeación,

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete - Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Diaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

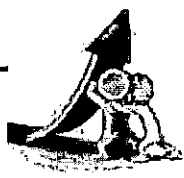
seguimiento y controles relacionados con los recursos económicos y humanos para la gestión de los sistemas de información.

El monitoreo se encuentra de fecha 23 de abril de 2025. Cuentan con 17 procesos de contratación. Varios, se encuentran en proceso. El riesgo se encuentra reportado como **MATERIALIZADO**. Es fundamental contar con los procesos de contratación que apoyan la ejecución y desarrollo del objetivo del proceso, previendo los recursos económicos y humanos pertinentes. Evitando así, posibles pérdidas institucionales por la inoperatividad de los sistemas de información de la entidad.

A pesar de que los controles implementados son efectivos para prevenir la materialización de dichos riesgos, no se encuentra el respectivo reporte y evidencia de la ejecución de éstos y los monitoreos no se están reportando en los tiempos estipulados. Esto incumple con el requisito 6.1. de la norma ISO 9001:2015 relacionado con Acciones para abordar riesgos y oportunidades. Es fundamental realizar los respectivos monitoreos a los riesgos, asegurando la ejecución de los respectivos controles y planes de acción.

3.9. Gestión de la Operación - GOP

Oportunidades de mejora



- Verificar los controles que se tienen definidos tanto en los riesgos de gestión como en corrupción, para que los mismos se ajusten a la realidad de las actividades que realiza el proceso, para que los mismos sean efectivos y permitan reducir la materialización de estos.
- Registrar los datos de los indicadores definidos por el proceso de acuerdo con la gestión realizada por el proceso, lo cual permite contar con información veraz y oportuna para la toma de decisiones.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete - Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°



- NC1:** En la auditoría realizada al proceso de Gestión de la Operación, se le solicitó que presentaran un trámite que cuente con todo el ciclo del procedimiento PRO-GOP-400-001, AUTORIZACIONES, PERMISOS, ACREDITACIONES Y LICENCIAS versión 22 con fecha de aprobación 02/Abr/2025, para lo cual presentan una renovación del departamento de seguridad TRANSPORTES RAPIDO OCHOA - INVERSIONES TAMAYO OCHOA: Radicado 2023008644 21-04-2023, requerido el 17/072024 para que aporte documentación para continuar con el trámite, la empresa da respuesta el día 26-07-2024.

Posteriormente el proceso presentó el trámite al Comité definido en la actividad 19. Presentar en Comité sobre el caso del trámite solicitado el día 14-02-2025, sin embargo, el trámite al día de la presente auditoría no cuenta con una respuesta de fondo, incumpliendo los tiempos de respuesta definidos mediante resolución para los diferentes trámites que se gestiona en la Delegada para la Operación. Adicionalmente, se pudo evidenciar que el comité descrito en la actividad 19 del procedimiento PRO-GOP-400-001, no se encuentra adoptado en la Resolución No. 2020-0008067, por medio de la cual se adoptan los Comités Internos en la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.

Lo anterior genera un incumplimiento a los numerales 7.5 *Información documentada* y 8.2.3.1 La organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, de la norma ISO 9001:2015.

- NC2:** Consultada la Suite Visión Empresarial se pudo evidenciar que a la fecha de la auditoria se incumplieron tareas definidas en el plan de mejoramiento de acuerdo con los resultados de la auditoría, en donde no se reportaron avances en las fechas programadas, generando incumplimiento de requisito **10.1 Generalidades. La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente**, de la norma ISO 9001:2015.

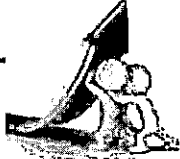
Nota: Para más detalle revisar el informe de auditoría del proceso.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete - Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

3.10. Gestión Jurídica - GJU

Oportunidades de mejora



- Se verificó el proceso aplicado para resolver los recursos de apelación, encontrando que se implementó el envío de un correo electrónico con el propósito que la Delegatura para el Control remita mensualmente a la Oficina Asesora Jurídica, la relación de los procesos sancionatorios dentro de los cuales fue resuelto el recurso de reposición- Esto con el fin que la Oficina Asesora Jurídica conozca de antemano cuales recursos de apelación estarían pendientes de resolver y poder establecer un control frente a posibles demoras en el traslado de dichos recursos por parte del Grupo de Atención al Usuario, y así evitar que opere el fenómeno del silencio administrativo positivo.

Sin embargo, se deberá implementar una oportunidad de mejora consistente en que dicho informe mensual sea remitido de manera formal mediante el respectivo Memorando, además que se ajuste el proceso de atención de los recursos de reposición, con el fin que se incluyan las actividades sobre el tratamiento que se le deberá dar a dicho informe e incluir los controles dentro del mapa de riesgos.

3.11. Gestión de Mejora Institucional - GMI

Oportunidades de mejora



- Revisar el análisis del contexto y partes interesadas para incluir aspectos relacionados con el cambio climático y evaluar si estos tienen impacto o influencia sobre el sistema de gestión de la calidad o sobre la capacidad para cumplir con los requisitos del cliente.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete - Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

- Se identifica como oportunidad de mejora, la implementación de un procedimiento o mecanismo que actualice de manera oportuna las observaciones realizadas (auditorías externas Icontec).

3.12. Gestión de Comunicaciones – GCM

Oportunidades de mejora



- Capacidad operativa: Se evidenció una limitación en el recurso humano, ya que la Oficina de Comunicaciones cuenta únicamente con un funcionario de planta, lo cual puede afectar el desarrollo eficiente de las actividades del proceso.
- Planeación y cumplimiento de tareas: Se identificaron seis (6) tareas vencidas en el sistema de seguimiento, lo que indica oportunidades de mejora en el reporte oportuno y cumplimiento de las actividades de planeación.
- Gestión de solicitudes – Requisito 7.4 (Comunicación): No se evidencia un registro sistemático de las solicitudes de elaboración de piezas gráficas y otros productos de comunicación. Asimismo, se recomienda revisar los procedimientos del proceso, ya que no cuentan con puntos de control claramente definidos.
- Indicadores del proceso – Requisito 9.1 (Seguimiento, medición, análisis y evaluación): Los dos indicadores establecidos para el proceso son acumulativos y actualmente presentan resultados desfavorables. Se recomienda realizar un análisis de pertinencia y efectividad.
- Plan de mejoramiento – Auditoría interna de calidad: No se ha evidenciado la realización del autodiagnóstico requerido como parte de la tarea asignada en el plan de mejoramiento derivado de la auditoría interna del Sistema de Gestión de Calidad.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete – Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°



- **NC1:** Se evidenció que no se está utilizando la codificación formal establecida en el Sistema de Gestión de Calidad para los documentos del proceso. Esta situación incumple con lo definido en los lineamientos de control de la información documentada, afectando la trazabilidad y estandarización documental. **Requisito incumplido:** Numeral 7.5.3 de la Norma ISO 9001:2015 – *Control de la información documentada*.

3.13. Gestión Financiera - GFI

Oportunidades de mejora



- Se recomienda revisar la fórmula para definir mejor las variables y el porcentaje en el indicador de ejecución presupuestal; Y en el indicador de recaudo se debe replantear la periodicidad.
- Actualizar los procedimientos, ya que de los 11 registrados, uno (1) tiene última fecha de actualización el año 2020, nueve (9) procedimientos del año 2023 y un (1) de vigencia 2024.

3.14. Direccionamiento Estratégico - DES

Oportunidades de mejora



- El equipo auditor logró evidenciar que el proceso cuenta con carpetas de archivo físico que contienen actas de las reuniones y comités realizados que no cuentan con las firmas de los asistentes registrados, así como tampoco con la firma de la funcionaria que tramitó y proyectó la misma. Por

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete – Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Diaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

consiguiente, se recomienda al proceso asegurarse de que los documentos elaborados cuenten con las respectivas firmas y constancias de asistencia a las reuniones y capacitaciones llevadas a cabo.

Por otro lado, el equipo auditor no logró obtener el acceso a los documentos que soportan el proceso que adelantó la Oficina Asesora de Planeación para establecer los lineamientos metodológicos de la formulación, evaluación del último proyecto de inversión de la Entidad, conforme a lo manifestado por el personal auditado, los soportes reposan en carpetas físicas de vigencias que están fuera del alcance de la presente auditoría, por lo tanto, no fue posible dicha verificación.

- Se recomienda ajustar la actividad No. 6 del Procedimiento de Planeación Financiera y Presupuestal, ya que el equipo inspector detectó falencias en la redacción la descripción formulada en los siguientes: "6.1. Identificar más metas proyectadas de los procesos con históricos y requerimientos de los procesos formato PLAN DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL (Código:GP-F-015) del GSED. (Documento externo)" **negrita y subrayado** fuera del texto original.

De igual manera, se recomienda complementar la descripción y registro del ítem No. 6.3. que establece los tableros de control para realizar seguimiento al cumplimiento de las metas, toda vez, según lo manifestado por los auditados no corresponde a un registro propio del proceso, sino que corresponde a un registro a cargo del Grupo Social y Empresarial de la Defensa – GSED.

3.15. Gestión Contractual - GCO

Oportunidades de mejora



- Fortalecer el control y validación de firmas en las actas del Comité de Compras y Adquisiciones:** Durante la revisión de las actas generadas por el Comité de Compras y Adquisiciones, se identificó que algunas no cuentan con la firma de todos los integrantes que participaron en la sesión, o presentan inconsistencias en la validación de la información. Esta situación puede afectar la trazabilidad y validez formal de las decisiones adoptadas.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Lilliana Galvis Navarrete – Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

Recomendación: Establecer un mecanismo de verificación previo al cierre y archivo de las actas, que garantice la recolección completa de firmas de los miembros asistentes. Esto contribuirá a fortalecer la transparencia, legalidad y respaldo documental del proceso decisorio.



- NC1:** Falta de documentación soporte para la inclusión de necesidades en el PAA. Durante la revisión de los soportes documentales del Proceso de Gestión Contractual, se evidenció la ausencia del memorando de solicitud de inclusión de la necesidad en el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) para uno o más procesos contractuales. Esta omisión incumple con el procedimiento institucional establecido y con lo dispuesto en el marco normativo.
- NC2:** La matriz de riesgos del proceso no evidencia actualizaciones recientes respecto a los controles establecidos ni una evaluación documentada de su efectividad. Asimismo, no se identificó el registro de riesgos emergentes asociados a cambios normativos en materia contractual o a nuevas modalidades de contratación implementadas. Esta situación constituye una no conformidad frente a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), particularmente en lo relacionado con el componente de Gestión del Riesgo, lo que limita la capacidad del proceso para anticiparse y responder de manera oportuna a eventos que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos.

3.16. Gestión del Talento Humano - GTH

Oportunidades de mejora



- Respecto al estudio de seguridad, gestionado para la incorporación de personal de libre nombramiento (Formato Integrado de Estudio de Seguridad para Nombramiento en Entidad Pública FOR-GTH-310-106), no se encontró evidencia de la designación de responsabilidad del nominador al contratista Rubén Darío Perdomo Uribe, para la realización de dicho estudio. Tampoco se evidenció la firma del Secretario General o Superintendente como nominador, tal como lo exige la actividad 6 del Procedimiento de Vinculación de Personal código PRO-GTH-310-001 en versión 24.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete - Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Diaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

Se recomienda reevaluar la pertinencia y la idoneidad de la competencia de la persona que realiza el estudio de seguridad, basados en la educación, formación o experiencia adecuadas, sin que afecte el desempeño y eficacia proceso. Es importante señalar que la entidad y en especial el proceso de Gestión de Talento humano debe asegurar que los estudios de seguridad al personal de libre nombramiento y remoción a nombrar se realicen con la rigurosidad necesaria.

Estos estudios buscan garantizar la idoneidad y confiabilidad del personal, verificando la aptitud y las condiciones de seguridad del aspirante para mitigar riesgos relacionados con la seguridad de la información, la integridad de la institución y la prevención de actos ilícitos como el soborno o la corrupción. Un estudio de seguridad exhaustivo generalmente incluye:

- Verificación de Antecedentes: Judiciales, disciplinarios, fiscales, de Contraloría y de Procuraduría.
- Validación de Información: Personal, familiar, financiera y patrimonial.
- Entrevistas: Con el candidato y referencias.
- Otras verificaciones que sean pertinentes.

En resumen, el estudio de seguridad es un proceso de debida diligencia exhaustiva que busca asegurar que el personal que ingresa a la Supervigilancia sea íntegro, confiable y no represente un riesgo para la seguridad y los intereses del Estado. La correcta ejecución de este proceso, con la asignación clara de la competencia, responsabilidades y las firmas correspondientes, es fundamental para el cumplimiento del procedimiento, la mitigación de materialización de riesgos y la eficacia del SGC.



- **NC1:** Se presenta un incumplimiento de lo estipulado en el numeral 7.5. Información Documentada de la norma ISO 9001:2015, ya que la responsabilidad establecida en el procedimiento (PRO-GTH-310-001 denominado PROCEDIMIENTO DE VINCULACIÓN DE PERSONAL), no se está cumpliendo de manera consistente. Así mismo, no se observan puntos de control lo cual puede generar riesgos significativos relacionados con la idoneidad y seguridad del personal vinculado, así como posibles vulnerabilidades para la entidad.

- **Nota:** Para más detalle revisar el informe de auditoría del proceso.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete - Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

4. RESULTADOS DE AUDITORÍA

PROCESO	CONFORMIDAD / FORTALEZA	NO CONFORMIDAD – NC	OPORTUNIDADES DE MEJORA – OM
Gestión Administrativa	4	2	2
Gestión Documental	2	1	4
Allianza Interinstitucional	0	0	0
Gestión del Servicio	2	0	4
Gestión de Procesos Disciplinarios	1	1	2
Gestión de Evaluación y Seguimiento	0	0	1
Gestión de Sistemas e Información	0	1	2
Gestión Jurídica	0	0	1
Gestión del Control, Inspección y Vigilancia	0	3	3
Gestión Financiera	0	0	2
Direccionamiento Estratégico	0	0	1
Gestión de Comunicaciones	0	1	4
Gestión de la Operación	0	2	2
Gestión de Mejora Institucional	0	0	2
Gestión del Talento Humano	2	1	0
Gestión Contractual	0	2	1
TOTAL	11	14	31

5. CONCLUSIONES

- ✓ En el desarrollo de la auditoría por razones administrativas fueron necesarias algunas modificaciones al Plan de Auditoría inicial, con relación a

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete – Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Díaz Criollo – Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional

Memorando N°

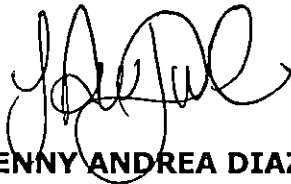
las fechas inicialmente programadas, lo cual fue comunicado a los líderes de los procesos con anterioridad. No obstante, se cumplió con el objetivo propuesto y se realizó la auditoría a todos los procesos.

- ✓ Todas las auditorías se realizaron de manera presencial, mediante el método de entrevista y verificaciones en sitio, para evaluar el cumplimiento de los requisitos de la Norma NTC ISO 9001: 2015 y su integración con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- ✓ Para mayor detalle es importante consultar los informes de auditoría de cada proceso.

6. PLANES DE MEJORAMIENTO

Una vez socializada la presente información, por favor remitir los planes de mejoramiento dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la Oficina Asesora de Planeación.

Cordialmente,



JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO
Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Mónica Liliana Galvis Navarrete - Técnico en Seguridad y Defensa	Gestión de Mejora Institucional
Revisó y Aprobó	Jenny Andrea Diaz Criollo - Coordinadora Grupo de Mejoramiento Institucional	Gestión de Mejora Institucional