

PROCESO:	Todos los procesos
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Líderes de Procesos de la Entidad
AUDITOR RESPONSABLE	Grupo de Auditores Internos
TIPO DE INFORME	Informe Final Auditoría Interna de Calidad
FECHA DE LA AUDITORÍA	Julio 23 de 2018

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015 aplicados a los procesos y procedimientos de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, así como el cumplimiento de las demás disposiciones que legalmente apliquen a dichos procesos y procedimientos.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Se analizará información de los procesos auditados desde 01/01/2018 hasta la fecha de apertura de la auditoria, cubriendo en toda su extensión los alcances específicos de cada uno de ellos.

CRITERIOS DE LA AUDITORÍA

Norma ISO 9001:2015
Normas específicas aplicables a los procesos de la Entidad

METODOLOGÍA

Se realizó prueba de auditoría a través de entrevista con los responsables de los procesos del Sistema de Gestión de la Entidad y utilización de listas de verificación para comprobar el cumplimiento de requisitos de la norma técnica.

Equipo de Auditores Internos:

Los auditores asignados para evaluar cada proceso del Sistema de Gestión de la Entidad, son:

- 1) Direccionamiento Estratégico: Elizabeth Marín Pardo.
- 2) Sistema Integrado de Gestión: Diana Milena Bohórquez Ortíz.
- 3) Alianza Interinstitucional: Diana Medina.
- 4) Gestión de Comunicaciones: Diana Medina.
- 5) Gestión de la Operación: Omar Urrea Romero.
- 6) Gestión de Control, Inspección y Vigilancia: Juan Gabriel Pérez.
- 7) Gestión Jurídica: Cristian Ricardo Camargo.
- 8) Gestión del Servicio: Leidy Fernández.
- 9) Gestión Procesos Disciplinarios: Geovanny Sierra Prieto.
- 10) Gestión de Talento Humano: Paola Bohórquez.
- 11) Gestión Financiera: Paula Poveda.
- 12) Gestión Documental: Mabel Muñoz Ramírez.
- 13) Gestión Contractual: Mónica García.
- 14) Gestión Administrativa: Sandra Milena Neira Sánchez.
- 15) Gestión de Evaluación y Mejora: Esperanza Rincón.
- 16) Gestión de Sistemas e información: Ofelia Mesa Bayona.

Auditor Observador: Nathalia Pineda

FUNCIONARIO O CONTRATISTA	NOMBRE
Tramitado y Proyectado por	Omar Urrea Romero
Revisado para firma por	Sandra Milena Neira Sánchez
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.	

HALLAZGOS

FORTALEZAS:

Como parte de los aspectos para destacar en el desarrollo de la auditoría, se encuentran los siguientes:

1.

Los responsables del proceso de Sistema Integrado de Gestión demuestran conocimiento de cada uno de los procedimientos a cargo, así como la ejecución de acciones de articulación con la Oficina de Control Interno para poder unificar criterios para el mejoramiento continuo del sistema de gestión y del manejo de planes de mejoramiento por parte de las dependencias.
2.

Los responsables de los procedimientos del proceso de Gestión de la Operación de la Entidad demuestran conocimiento de los aspectos claves del proceso, así como de la ubicación y manejo de la información sobre los trámites que gestionan en desarrollo de las actividades del mismo.
3.

El proceso de Control, Inspección y Vigilancia cuenta con procedimientos definidos donde se determinan los requisitos legales y reglamentarios. De igual manera, se evidencia la conservación de los documentos de acuerdo con las gestiones realizadas en cada uno de los procedimientos y la trazabilidad de los puntos de control como vistos buenos y firmas en los documentos de salida como son oficios y actos administrativos. Así como los testigos documentales que hacen parte de los expedientes. Por otra parte, se observa que la entidad está capacitando a su personal en temáticas como NIIF y Lavado de activos y financiación del terrorismo, a través del plan institucional de capacitación y otras a través de la cooperación con el centro internacional de auditoria y capacitación BASC, temas relacionados con el proceso de control.
4.

En el proceso de Gestión del Servicio de la entidad, en el transcurso de la vigencia 2018, se evidencia que se ha estado capacitando constantemente al personal con el fin de brindar una mejor atención al usuario. Por otra parte, se creó el Grupo de Derechos de Petición, con el cual se han mejorado los tiempos de respuesta y se tiene una base de datos que permite hacer seguimiento.
5.

En el proceso de Gestión de Procesos Disciplinarios se observa que se ha creado un tablero de control que hace parte del mapa de riesgos del proceso y que permite monitorear los expedientes pendientes de prescripción con la identificación del vencimiento. Igualmente, se cuenta con un archivo único para el control de los expedientes disciplinarios.
6.

En el proceso de Gestión Financiera se observa que se cuenta con una base de datos en Excel que se actualiza diariamente con la información de Paz y Salvos por concepto de pago de cuotas de contribución, multas y sanciones. Aunque la información depende de terceros, se observa que se han mejorado los tiempos de emisión de los paz y salvos pasando de un promedio de 8 a 10 días a un promedio de 3 días a la fecha de auditoría.

NO CONFORMIDADES

Los aspectos que se han identificado como No Conformidades se señalan a continuación:

No	Numeral	Proceso	Descripción del Hallazgo
1	8.1., literales a) y c)	Direccionamiento Estratégico	El Plan de Acción de la vigencia 2018 para la Superintendencia no contiene asociada la información presupuestal, incumpliendo lo establecido en el Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011 que señala que dicho plan debe contener “(...) <i>la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión</i> ”. De igual manera, se incumple lo estipulado en el numeral 8.1., literales a) y c) de la Norma ISO 9001:2015.
2	7.5.3.2., literal a) y	Direccionamiento Estratégico	No se evidencian las comunicaciones o documentos que soportan los cambios que se realizan al Plan Anual de

FUNCIONARIO O CONTRATISTA	NOMBRE
Tramitado y Proyectado por	Omar Urrea Romero
Revisado para firma por	Sandra Milena Neira Sánchez
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.	

	c) y Numeral 8.3.6.		Adquisiciones de la Entidad, vigencia 2018, como tampoco la secuencia de los ajustes realizados al mismo. Lo señalado muestra falta de control de la documentación que soporta los cambios a dicho plan, incumpliendo el numeral 7.5.3.2., literal d) y el numeral 8.3.6. de la Norma ISO 9001:2015.
3	4.4.2., literales a) y b) 8.2.2., literal a)	Sistema Integrado de Gestión.	Se observa incumplimiento de los tiempos del procedimiento de Control de Documentos y Registros de la Entidad, debido a que el tiempo establecido para la aprobación de documentos es de cuatro (4) horas y se evidencian documentos con fecha de mayo 10 de 2018 que a la fecha de la presente auditoría no han sido aprobados, superando ampliamente el plazo establecido en el procedimiento e incumpliendo los numerales 4.4.2. literales a) y b), así como el 8.2.2. literal a) de la Norma ISO 9001:2015.
4	9.1.1., literal d) y 9.1.3.	Gestión de la Operación. Sistema Integrado de Gestión.	Los resultados de la aplicación del indicador de <i>"Respuesta a trámites Grupo Esquemas de Autoprotección"</i> , así como su análisis para el último periodo reportado por el proceso, no se evidencian precisos ni claros en la plataforma SUITE Empresarial de la Entidad. De igual manera, el auditado no puede dar explicación de los datos allí consignados, situación que demuestra inconsistencia en los datos de medición de la gestión del proceso y falta de claridad en el indicador utilizado, incumpliendo el Numeral 9.1.1. (literal d) y el Numeral 9.1.3. de la ISO 9001:2015.
5	6.1.2., literal a)	Gestión de Control, Inspección y Vigilancia.	Se evidencia que el proceso cuenta con riesgos definidos y controles para su mitigación. Sin embargo, de acuerdo a las fechas establecidas para la ejecución de las actividades, algunas de éstas se encuentran sin cumplir, según el reporte de las acciones implementadas o los soportes de acuerdo a las observaciones realizadas en el momento de aprobar las tareas por parte del Grupo MECI y CALIDAD. Lo anterior incumple la norma ISO 9001:2015, Numeral 6.1.2. ya que la organización debe planificar las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades. De los seis (6) riesgos identificados por el proceso, cuatro (4) presentan tareas (controles) vencidas o sin reportar los avances o anexar los soportes correspondientes de acuerdo a las observaciones realizadas por Grupo MECI Y CALIDAD.
6	7.5.3.2., literal c)	Gestión del Servicio. Gestión Administrativa Gestión de Evaluación y Mejora.	Al verificar el formato CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES (FOR-SIG-121-011 Versión 5) se evidenció que el formato no es el mismo que se encuentra en la Suite Visión Empresarial y que en los registros hay espacios sin diligenciar como por ejemplo la Resolución No 20181500004958 de fecha 29-04-2018, dependencia quien remite grupo de asesoría y consultoría, no está diligenciada la casilla de tratamiento, fecha de finalización y devolución y nombre de quien recibe. Lo señalado incumple el numeral 7.5.3.1. literal b y C de la norma ISO: 9001 2015. El formato de Comprobante de Egreso utilizado en el proceso no se evidencia en el aplicativo SUITE VISION EMPRESARIAL. Fue posible evidenciar solamente el comprobante emitido desde el aplicativo de inventarios. Lo señalado muestra que se está haciendo uso de un formato no regulado en el sistema de gestión de calidad, incumpliendo el Numeral 7.5.3.2., literal c) de la Norma ISO 9001:2015. El formato utilizado para la formulación del Programa Anual de Auditoría de la vigencia 2018 de la Superintendencia no corresponde al formato aprobado en

FUNCIONARIO O CONTRATISTA	NOMBRE
Tramitado y Proyectado por	Omar Urrea Romero
Revisado para firma por	Sandra Milena Neira Sánchez
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.	

			la SUITE Visión Empresarial (Código: FOR-CI-110-001, Fecha aprobación: 26/01/2017, Versión: 12), vigente para la fecha de aprobación del Plan de Auditoria, incumpliendo el control de documentos y versiones establecido en el Numeral 7.5.3.2., literal c, de la Norma ISO 9001:2015.
7	8.2.2., literal a)	Gestión del Servicio.	La base de datos Medusa, creada para el control de actos administrativos de la Entidad, se encuentra desactualizada, toda vez que, al tomar una muestra del mes de junio de 2018, se identificó que los números de resolución 20184440047363 del 13/06/2018 y 20182300050847 del 22/06/2018, a la fecha no se encuentran actualizados en dicha base toda vez que no cuentan con fecha de citación y demás campos requeridos en la base. Lo señalado incumple el numeral 8.2.2. literal a) de la norma ISO: 9001 2015.
8	8.2.2., literal a)	Gestión del Servicio.	Se evidencia que en el protocolo de atención al usuario PRT-SG-300-001 versión 7, en el punto 3.7 buzón de sugerencias, se señala que es obligatorio revisar periódicamente y elaborar una relación de las PQRS recibidas por dicho medio. Lo anterior no fue posible evidenciarlo durante el transcurso de la auditoría. Lo señalado incumple el numeral 8.2.2 literal a) de la norma ISO: 9001 2015.
9	4.4.2., literal b)	Gestión de Procesos Disciplinarios.	Se evidencia incumplimiento de los términos de respuesta establecidos en la Actividad 1 del procedimiento que señala que la respuesta a quejas provenientes de la Procuraduría General de la Nación debe realizarse dentro de los 15 días hábiles siguientes a su recepción. Lo anterior, por cuanto la queja correspondiente al expediente 572 de 2017 fue respondida en un término de 17 días. Lo señalado incumple adicionalmente el numeral 4.4.2., literal b) de la Norma ISO 9001:2015.
10	10.2.1.	Gestión de Evaluación y Mejora.	Se evidencia que, para la auditoría al proceso de Control Interno Disciplinario, se entregó el informe final por parte de la oficina de control interno mediante memorando radicado No. 201811000135093 de mayo 29 de 2018. Sin embargo, a la fecha no se cuenta con el Plan de Mejoramiento suscrito por el responsable del proceso, incumpliendo lo establecido en la Actividad 8.1. del procedimiento de auditoría interna (PRO-CI-110-003, Fecha aprobación: 10/05/2017, Versión: 15) que establece que una vez entregado el informe final, el auditado dispone de 10 días para la entrega del plan de mejoramiento y subirlo a la SUITE para su respectivo seguimiento. Se incumple igualmente con la oportunidad en la formulación e implementación de las acciones de mejora definidas en el Numeral 10.2.1. de la Norma ISO 9001:2015
11	7.5.3.2., literal c)	Gestión de Evaluación y Mejora.	Se evidencia que mediante Resolución 20181100044717 de mayo 30 de 2018 se adoptó el Estatuto de Auditoría Interna en la entidad y expresamente se derogó, en su Artículo 3, el Manual de Control Interno del 29 de abril de 2016 vigente en la entidad hasta ese entonces. No obstante, en los documentos del Sistema de Gestión de la Entidad (SUITE Visión Empresarial) se observa que el mencionado manual sigue estando publicado entre los documentos del proceso de evaluación y mejora de la entidad, incumpliendo el control de documentos y versiones establecido en el Numeral 7.5.3.2., literal c) de la Norma ISO 9001:2015.
OBSERVACIONES: A continuación, se señalan las Observaciones identificadas por cada uno de los procesos auditados.			

FUNCIONARIO O CONTRATISTA	NOMBRE
Tramitado y Proyectado por	Omar Urrea Romero
Revisado para firma por	Sandra Milena Neira Sánchez
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.	

No	Proceso	Descripción del Hallazgo
1	Sistema Integrado de Gestión.	Se recomienda que el formato de Análisis de Causas, utilizado para soportar la definición de acciones para los Planes de Mejoramiento por proceso de la entidad, sea subido a la SUITE Empresarial una vez diligenciado, como soporte de la trazabilidad en la formulación de planes de mejoramiento.
2	Alianza Interinstitucional (GACIN)	La información de los indicadores del proceso se encuentra actualizada en la SUITE Empresarial. No obstante, el campo de explicaciones o comentarios al resultado de la aplicación del indicador no se diligencia completamente, toda vez que sólo se suben archivos anexos de soporte. En consecuencia, se recomienda diligenciar el campo de comentarios para dejar plenamente soportado el análisis del resultado de los indicadores.
3	Gestión de Comunicaciones.	Dentro de los documentos que las dependencias solicitan publicar en la página web de la entidad se encuentran las Circulares Externas. Se observa que la publicación de dichos documentos no se solicita a través de correo electrónico, tal como indica el procedimiento de publicaciones. En consecuencia, se recomienda revisar esta situación, para efectos de determinar si se ajusta el procedimiento o se hace obligatoria la solicitud a través de correo electrónico.
4	Gestión de la Operación	Al revisar el archivo de actas de la Delegada para la Operación, se identificaron dos Actas del Comité de la Delegada, correspondiente al tema de Departamentos de Seguridad de la vigencia 2018, que no cuentan con la firma del Superintendente Delegado que participó en dichas sesiones, correspondientes a las Actas 27 y 31 de 2018. Aunque las decisiones finales del Comité fueron aprobadas a través de Resolución, se recomienda que todas las actas que soportan dichas decisiones se encuentren debidamente suscritas por todos los que participaron en la sesión.
5	Gestión de Control, Inspección y Vigilancia.	Se evidencia que la organización determina la competencia necesaria de las personas que realizan actividades dentro del proceso de visitas de inspección (Numeral 7.2. la norma ISO 9001:2015), como es el caso del contrato 090 del 15-01-2018, prestación de servicios profesionales en la ejecución del plan anual de visita de la vigencia y asesoría contable en las actuaciones adelantadas en el grupo de inspección de la delegada para el control. Sin embargo, de acuerdo al Manual de Funciones aprobado mediante Resolución No. 20143100099857 del 21-11-2014, no está identificada claramente una función para el cargo AUXILIAR PARA APOYO DE SEGURIDAD Y DEFENSA Código 6-1, grado 26, quien hace parte del Grupo de Inspección, y quien realiza visitas de inspección de acuerdo al acta No. 5858 de 2018. Por lo anterior, se recomienda revisar esta situación y adoptar las acciones pertinentes.
6	Gestión Jurídica.	No se evidencia claridad de funciones dentro de los grupos de atención al ciudadano y del grupo de derechos de petición, en relación al procedimiento.
7	Gestión Jurídica.	No se encuentra documentado el procedimiento para dar trámite a las tutelas, existía y se solicitó su eliminación para incorporarse en el de defensa judicial, pero al revisar este nuevo no hay ningún concepto relacionado con las tutelas. Se recomienda consignar ya sea en procedimiento, o en manual, o documento del sistema, cual es el trámite a seguir una vez llegué la tutela a la entidad. establecer dicho procedimiento, ya que son de suma importancia por el grado de interés y complejidad que tiene en la entidad.
8	Gestión Jurídica.	Se verifica la carpeta donde se encuentran las actas de comité de conciliación, de las cuales se evidencia que se encuentra el acta No. 2 sin firma por parte del Superintendente y de los Superintendentes Delegados. Se recomienda verificar que este tipo de documentos siempre cuente con las firmas requeridas.
9	Gestión del Servicio.	Se evidencia que se lleva una planilla para el registro de las Salidas no conformes en el proceso de gestión del servicio, pero no se cuanta con datos estadísticos o mediciones por tipo de

FUNCIONARIO O CONTRATISTA	NOMBRE
Tramitado y Proyectado por	Omar Urrea Romero
Revisado para firma por	Sandra Milena Neira Sánchez
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.	

		devolución de actos administrativos. Lo señalado permitiría tener medición del producto no conforme. En consecuencia, se recomienda hacer medición del producto no conforme a partir de los datos consignados en la planilla mencionada.
10	Gestión de Procesos Disciplinarios.	La gestión de procesos disciplinarios cuenta con una carpeta magnética compartida para los funcionarios del área. En consideración a las necesidades de protección y reserva de la información de los procesos disciplinarios, se recomienda tomar las medidas de control que sean necesarias para la protección de la información disponible en dicha carpeta y evitar así que haya pérdida de confidencialidad o acceso a dicha información por parte de servidores o personas de otras áreas.
11	Gestión Financiera Gestión de la Operación	Se recomienda la Delegada para la Operación que se mantenga actualizada la información y reporte oportunamente los datos para cálculo de los ingresos por contribución, toda vez que el proceso de Gestión Financiera debe especificar si se trata de un vigilado o se trata de un sujeto pasivo, para asignar el usuario y contraseña para el reporte de la información financiera que tiene fecha de corte cada 30 de abril. En la presente vigencia, el área financiera solicitó la información desde el 16 de enero y se recibió sólo en abril 18, quedando muy poco tiempo para generar los reportes señalados.
12	Gestión Documental.	Aunque el Comité Institucional de Archivos de la Superintendencia se encuentra conformado mediante Resolución 20150000003927 del 23 de enero de 2015, no se evidencian reuniones durante el primer semestre de 2018, denotando falta de seguimiento a sus funciones y actividad en materia de gestión documental de la entidad. Se recomienda revisar la operación de éste comité y su inclusión en la Resolución de Comités de la entidad.
13	Gestión Contractual.	Se evidencian actas de reunión que reposan en el Grupo de Contratos sin todos los campos diligenciados, como es el caso de las actas correspondientes a las reuniones de junio 15 de 2018 (Visita postulantes adecuaciones locativas) y febrero 01 de 2018 (Aprobación implantación ARQ), en las cuales falta diligenciar hora de la reunión, datos de quien convoca y elabora y datos de algunos asistentes. En consecuencia, se recomienda verificar que todas las actas de las reuniones de temas contractuales se diligencien plenamente, toda vez que son de gran valor dentro del trámite de las distintas modalidades de contratación de la entidad.
14	Gestión de Evaluación y Mejora.	En razón a que en el mes de mayo de 2018 la Oficina de Control Internó presentó en sesión del 30 de mayo de 2018, al Comité Institucional de Control Interno una modificación al Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2018, y que la misma fue aprobada se recomienda que el acta correspondiente sea firmada lo más pronto posible, teniendo en cuenta que para la fecha de la auditoría no se encontró suscrita.
15	Gestión de Evaluación y Mejora.	Se evidencia que existen informes de auditorías internas que aunque son enviados formalmente por la Oficina de Control Interno a través del Gestor Documental eSigna, dando cumplimiento a comunicar los informes finales de las auditorías internas a la Alta Dirección y al proceso auditado, se evidencia en el Gestor que no todos los destinatarios revisan los informes, especialmente los directivos, como es el caso del Informe radicado mediante memorando 201811000135093 de mayo 29 de 2018 muestra que a la fecha (17/07/2018) no han sido vistos por los destinatarios. Por lo señalado, se recomienda que los informes de auditoría enviados a las partes interesadas por parte de la oficina de control interno sean revisados y analizados por sus actores y que se verifique su entrega. Lo señalado evidencia debilidades en la evaluación y seguimiento por parte de los responsables de proceso y de la oficina de control interno. Adicionalmente, mediante memorando No. 20181100125563 de mayo 17 de 2018 "INFORME DE SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y A LOS PROYECTOS DE INVERSION A 31 DE DICIEMBRE DE 2017 Y 31 DE MARZO DE 2018", no han sido vistos por la alta dirección, según se pudo constatar en el aplicativo ESigna.

FUNCIONARIO O CONTRATISTA	NOMBRE
Tramitado y Proyectado por	Omar Urrea Romero
Revisado para firma por	Sandra Milena Neira Sánchez
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.	

16	Gestión Administrativa.	No se evidenció la revisión tecnicomecánica del vehículo OBI 895 en la carpeta del mismo y no se evidenciaron los mantenimientos realizados al vehículo DBY 210. Es conveniente que se incluya en el procedimiento de mantenimiento de vehículos la obligación de llevar una hoja de vida, por cada vehículo donde reposen copia de estos documentos, como actualmente se tiene en físico pero no completa.
----	-------------------------	---

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los líderes de los procesos definir las Correcciones y las Acciones correctivas que sean pertinentes para resolver las causas que dieron origen a los Hallazgos determinados en la presente auditoría.

PLAN DE MEJORAMIENTO

El plan de mejoramiento para resolver las causas de los hallazgos del presente informe deberá ser entregado dentro de los ocho (8) días siguientes a la comunicación oficial del presente informe de auditoría.

FUNCIONARIO O CONTRATISTA	NOMBRE
Tramitado y Proyectado por	Omar Urrea Romero
Revisado para firma por	Sandra Milena Neira Sánchez
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.	