

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	1 de 41

**INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA AL
 SISTEMA INTEGRADO DE GESTION
 NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015
 OHSAS 18001:2007, MODELO INTEGRADO DE
 PLANEACION Y GESTION - MIPG**

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	2 de 41

Tabla de contenido

1. GENERALIDADES	3
2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA	3
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA	3
• MISIONALES	3
• ESTRATÉGICOS	3
• EVALUACIÓN	3
• APOYO	3
4. RIESGOS IDENTIFICADOS DEL PROCESO DE AUDITORÍA	3
5. IDENTIFICACION DEL CLIENTE DE LA AUDITORÍA	4
6. AUDITADOS Y EQUIPO AUDITOR	4
7. REQUISITOS A AUDITAR POR PROCESO	7
8. DOCUMENTOS A EXAMINAR	8
9. RESULTADOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	8
9.1 COMPARATIVO AUDITORÍAS 2017 A 2020	8
9.2 RESULTADOS AUDITORÍA 2020	9
9.3 NO CONFORMIDADES POR PROCESO	10
10. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA	19
10.1 CONCLUSIONES POR PROCESO	19
11. RESUMEN DE LOS RECURSOS USADOS EN AUDITORÍA	30
12. GRADO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS	30
12.1 NUMERALES DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015 INCUMPLIDOS.	30
12.2 NUMERALES DE LA NORMA NTC ISO 14001:2015 INCUMPLIDOS.	32
12.3 NUMERALES DE LA NORMA NTC OHSAS 18001:2007 INCUMPLIDOS.	32
12.4 FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA MIPG	33
13. OPINIONES SIN RESOLVER	33
14. OBSTACULOS ENCONTRADOS EN EL PROCESO DE AUDITORÍA	33
15. EVALUACION AUDITORES INTERNOS	33
16. DISTRIBUCION DEL INFORME	41
17. DECLARACION SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD	41

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	3 de 41

1. GENERALIDADES

FECHA AUDITORÍA	OCTUBRE 13 AL 30 DE 2020
FECHA APERTURA	OCTUBRE 13 DE 2020
FECHA CIERRE	NOVIEMBRE 04 DE 2020
FECHA PRESENTACIÓN INFORME FINAL	NOVIEMBRE 17 DE 2020

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

- Determinar la conformidad del Sistema Integrado de Gestión con los requisitos de las Normas NTC-ISO 9001:2015, NTC-ISO 14001:2015, OHSAS 18001:2007.
- Verificar la eficacia de las mejoras implementadas en el componente de calidad del Sistema de Gestión.
- Determinar la eficaz implementación y mantenimiento del sistema de gestión integrado.
- Identificar oportunidades de mejora en el sistema integrado de gestión.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Auditar las actividades correspondientes a los Procesos Estratégicos, Misionales, de Evaluación y de Apoyo, que se desarrollan en la Gobernación de Santander.

- **MISIONALES:** “Desarrollo Sostenible y Competitivo, Seguridad y Convivencia, Salud y Seguridad Social, Gestión Educativa”.
- **ESTRATÉGICOS:** “Sistemas Integrados de Gestión, Atención al Ciudadano, Planeación Estratégica”.
- **EVALUACIÓN:** “Control y Evaluación”.
- **APOYO:** “Jurídica y Contratación, Gestión Financiera, Administración Institucional, Tecnologías de la información y comunicación”.

4. RIESGOS IDENTIFICADOS DEL PROCESO DE AUDITORÍA

Los definidos en el Mapa de Riesgos del Sistema Integrado de Gestión.

La auditoría se debe realizar guardando los protocolos de Bio seguridad establecidos por la entidad para evitar el contagio del COVID-19, como son:

- Uso obligatorio de Tapabocas tanto auditados como auditores.
- En las reuniones de apertura, cierre y en las entrevistas guardar una distancia mínima de 2 metros entre auditado y auditor.
- Lavado de manos antes de iniciar la auditoría y al terminar.
- En lo posible hacerlo en espacios abiertos y con ventilación adecuada.

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	4 de 41

5. IDENTIFICACION DEL CLIENTE DE LA AUDITORÍA

La Auditoría interna se realizó al Sistema de Gestión de la Gobernación de Santander.

6. AUDITADOS Y EQUIPO AUDITOR

PROGRAMACIÓN AUDITORÍA			
Dependencia, Área o Proceso a Auditar	Responsable(s) Auditado(s)	Lugar de la Auditoría	Equipo de Auditores
Proceso Gestión Financiera	Secretaria de Hacienda y Directores de Ingresos, Presupuesto, Tesorería y contabilidad. Dirección financiera de la secretaria de educación.	Secretaría de Hacienda	Gustavo Rodríguez Pedraza (A.L) Diego Fernando Plata jaimes
Tecnologías de la Información y Comunicación	Secretario de Tecnologías de la Información y Comunicación. Y Director Sistemas de Información.	Secretaría de las TICs Dirección de Sistemas de Información-TIC	Luz Stella Ibáñez García (A.L.). Sandra Milena Carrillo.
Administración Institucional- Gestión de Talento Humano	Secretaria General, Directora de Talento Humano y Coordinadores de grupo	Dirección de Talento Humano.	Claudia Liliana García Cala (A.L.) Greiss Nayarín Durán Gómez.
Administración Institucional- Gestión de Talento Humano	Jefe Oficina Control Disciplinario	Oficina de Control Disciplinario	Luis Carlos Rangel Jaimes. (A.L) Yolanda Patricia Zabala Convers
Administración Institucional- Gestión de Talento Humano	Coordinadora de grupo Fondo Territorial de Pensiones.	Grupo Fondo Territorial de Pensiones	Yaqueline Mateus Galeano (A.L.). Jorge Alberto Delgado Jaimes
Administración Institucional- Gestión Documental	Secretaria General, Coordinadora Grupo Gestión Documental	Archivo del Departamento	Mónica Liliana Barbosa Martínez(A.L) Sol Yaneth Blanco Portilla.
Administración Institucional- Gestión de Recursos Físicos	Secretaria General, Directora de Contratación Bienes y Servicios, coordinador de Recursos Físicos	Secretaría General Dirección de Contratación Bienes y servicios. Oficina Grupo de Recursos Físicos, Planta	José Manuel Cerdeña Cediell. (A.L.) Claudia Alexandra Luna Gutiérrez.

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	5 de 41

PROGRAMACIÓN AUDITORÍA			
Dependencia, Área o Proceso a Auditar	Responsable(s) Auditado(s)	Lugar de la Auditoría	Equipo de Auditores
		Central, Secretaria de Educación y secretaria de Salud.	
Jurídica y Contratación	Jefe Oficina Jurídica, Secretaria de Salud, Secretaria de Educación, Secretario General.	Oficina jurídica Secretaria de Salud Secretaria de Educación. Secretaria General.	Erwing Hermógenes Chacón Jóben. (A.L). Ludy Méndez Romero
Proceso de Seguridad y Convivencia	Secretario Del Interior, Director De Victorias, Coordinadores De Grupo	Secretaría del Interior.	Mercedes Martínez Correa (A.L) Fabiola Figueredo Hurtado
	Director De Gestión Del Riesgo	Dirección de Gestión del Riesgo.	Bernardo Peña Galvis
Desarrollo Sostenible y Competitivo	Secretario de Infraestructura, directores y Coordinadores de Grupo	Secretaría de infraestructura,	Yelitza Lilibeth Hernández González (A.L) Manuel Cupaban Rueda.Enrique
Desarrollo Sostenible y Competitivo	Secretaria de Cultura y turismo Coordinadores de Grupo	Secretaría de Cultura y Turismo	Martha Lucia Rodríguez Melo Vianey Portilla Rodríguez
Desarrollo Sostenible y Competitivo	Secretario de Desarrollo Directores Y Coordinadores de Grupo	Secretaría de Desarrollo.	Josefina Rodriguez Vergara (A.I) Ana Patricia González Gómez
Desarrollo Sostenible y Competitivo	Secretario de Vivienda y Hábitat Sustentable	Secretaría de Vivienda y Hábitat Sustentable	Ana Lucia Wandurraga Ballesteros. (A.L) Sandra Milena Tarazona Bustos
Desarrollo Sostenible y Competitivo	Secretaria De Agricultura y Desarrollo Rural Director y coordinadores de Grupo.	Secretaría de Agricultura,	Ligia Gómez Gómez. (A.L) Samuel Gómez Morales
Desarrollo Sostenible y Competitivo	Secretaria de la Mujer y equidad de Genero	Secretaria de la Mujer y equidad de Genero	Mireya Martínez Gutiérrez (A.L) Henry Alfonso Roa Morales.

PROGRAMACIÓN AUDITORÍA

Dependencia, Área o Proceso a Auditar	Responsable(s) Auditado(s)	Lugar de la Auditoría	Equipo de Auditores
Gestión Educativa	Secretaria de Educación, Directores y Coordinadores de Grupo de la secretaría de educación.	Secretaría de Educación Departamental	Emilce Gelves Ramírez (A.I) Magdalena Hernández Gutiérrez Jose Ludwing Oviedo Parra
Control y Evaluación	Jefe Oficina de Control Interno y su equipo de trabajo.	Oficina de Control Interno	Henry Vera González (A.L) Elizabeth Peña Luna
Proceso Gestión en Salud y Seguridad Social	Secretario de Salud Departamental, Directores y Coordinadores de Grupo.	Secretaría de Salud.	Adriana Marcela Castellanos Gonzalez (A.L). Fulvia Ludy Pimentel Salgar. Gladys Stella Quintero Barragán.
Proceso Gestión en Salud y Seguridad Social	Director de Salud Integral y Coordinador de Grupo del laboratorio	Laboratorio de Salud Publica	Gloria Patricia Mantilla Oviedo (A.L) Nidia Uverley León Londoño.
Planeación Estratégica	Secretario de Planeación, Directores y Coordinadores de Grupo.	Secretaría de Planeación Departamental.	Luz Marina Casas Arias (A.L) Erika Roció Rueda león
Atención al Ciudadano	Secretaria General, Director de Atención al Ciudadano. Coordinadores de Grupo de Atención al Ciudadano en las Secretarías Educación y Salud	Dirección de Atención al Ciudadano	Cristhian Orlando Becerra Hernandez (A.L) Pierre Harviary amaya plata

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	7 de 41

PROGRAMACIÓN AUDITORÍA			
Dependencia, Área o Proceso a Auditar	Responsable(s) Auditado(s)	Lugar de la Auditoría	Equipo de Auditores
Sistemas Integrados de Gestión	Director de Sistemas Integrados de Gestión y su grupo de trabajo. Coordinador Grupo de Gestión Ambiental	Dirección de Sistemas Integrados de Gestión. e Instalaciones de la Gobernación y sus sedes Secretaria de Salud, Secretaria de Agricultura y Dependencias que funcionan en el IDESAN	Alba Nury Ramírez Cano (A.L.). Martha Cecilia Díaz Ardila.
Sistemas Integrados de Gestión. Seguridad y Salud en el Trabajo	Secretaria General, Director Talento Humano, Coordinador de seguridad y Salud en el trabajo.	Oficina Salud y Seguridad en el Trabajo. e Instalaciones de la Gobernación y sus sedes Secretaria de Salud, Secretaria de Agricultura y Dependencias que funcionan en el IDESAN	Diego Fernando Plata jaimes (A.L) Gustavo Rodríguez Pedraza

7. REQUISITOS A AUDITAR POR PROCESO

NUMERALES A AUDITAR	Si	No
ISO 9001:2015		
4.1 Comprensión de la organización y de su contexto.	X	
4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	X	
4.4 Gestión de la calidad y sus procesos	X	
5.1 Liderazgo y compromiso	X	
5.1.2 Enfoque al cliente	X	
5.2 Política de calidad	X	
5.2.2 Comunicación de la política de la calidad	X	
5.3. Roles, responsabilidad y autoridades en la organización.	X	
6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	X	
6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	X	
6.3 Planificación de los cambios.	X	
7.1.2 Personas	X	
7.1.3 Infraestructura	X	
7.1.4 Ambiente para la operación de Los Procesos	X	
7.1.6 Conocimientos de la organización	X	
7.3 Toma de conciencia	X	
7.4 Comunicación	X	
7.5 Información documentada	X	
8.1 Planificación y control operacional	X	
8.2.1 Comunicación con el cliente	X	
8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios	X	
8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios	X	
8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios	X	
8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente.	X	
8.4.2 Tipo y alcance de control	X	
8.4.3 Información para los proveedores externos.	X	
8.5 Producción y Provisión del servicio	X	

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	8 de 41

8.5.1	Control de la producción y de la provisión del servicio	X	
8.5.2	Identificación y trazabilidad	X	
8.5.3	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	X	
8.5.5	Actividades posteriores a la entrega	X	
8.5.6	Control de los cambios	X	
8.6	Liberación de los productos y servicios.	X	
8.7	Control de las salidas no conformes	X	
9.1	Seguimiento, Medición, Análisis Y Evaluación	X	
9.1.3	Análisis Y Evaluación	X	
10.	Mejora	X	
10.2	No conformidad y acción correctiva	X	
10.3	Mejora continua	X	

NUMERALES A AUDITAR		Si	No
ISO 14001:2015			
5.2	Política Ambiental	X	
6.1.2	Aspectos ambientales	X	
7.2	Toma de conciencia	X	
8.1	Planificación y control operacional	X	
8.2	Preparación y respuesta ante emergencia	X	

NUMERALES A AUDITAR		Si	No
OHSAS 18001:2007			
4.2	Política Seguridad y Salud en el Trabajo	X	
4.4.3.2	Participación y consulta	X	
4.4.6	Control operacional	X	
4.4.7	Preparación y respuesta ante emergencias	X	
4.5.3	Investigaciones de incidentes	X	

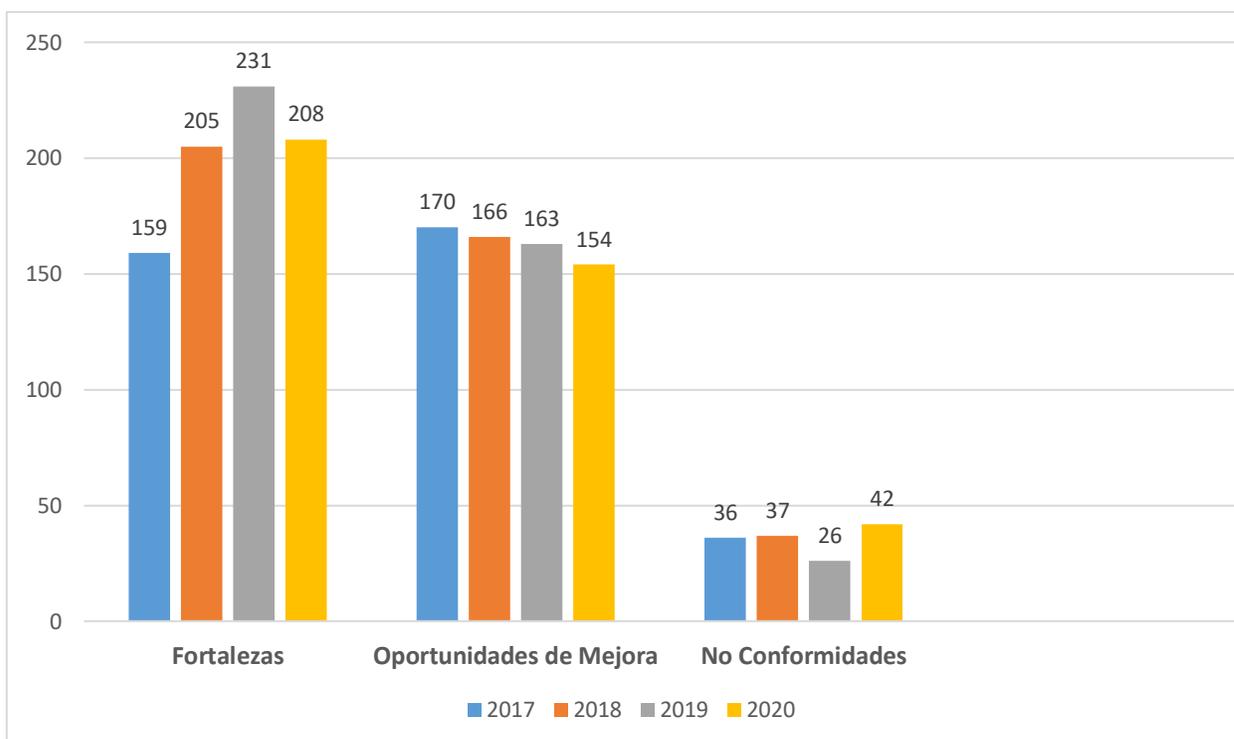
8. DOCUMENTOS A EXAMINAR

- Caracterización de los procesos.
- Procedimientos.
- Formatos, Registros.
- Manuales, Instructivos, Guías, Planes.
- Normograma.
- Mapa de Riesgos.
- Tablero de Indicadores
- Matriz de comunicación informativa SIG
- Matriz de identificación y evaluación de partes interesadas
- Ciclo de vida Sistemas Integrados de Gestión
- Acciones correctivas, Preventivas y Correctivas
- Planes de mejoramiento.
- Identificar el contexto estratégico del proceso (DOFA).

9. RESULTADOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

9.1 COMPARATIVO AUDITORÍAS 2017 A 2020

	2017	2018	2019	2020
Fortalezas	159	205	231	208
Oportunidades de Mejora	170	166	163	154
No Conformidades	36	37	26	42



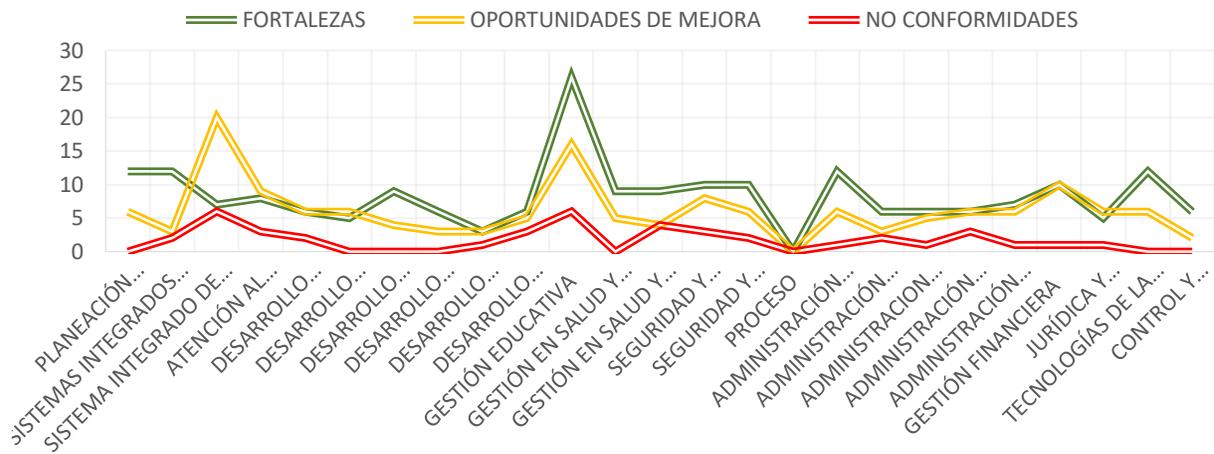
Se observa un aumento del 38% en las no conformidades comparadas con el año 2019 y un incremento del 21.42% con respecto al promedio de No conformidades de los tres años anteriores. El aumento para el año de 2020 se debió en primer lugar al estado de emergencia decretado por el Gobierno Nacional por el COVID-19 que afectó la prestación del servicio por parte de la Gobernación. En segundo lugar, el aislamiento ordenado a la población obligó a que los servicios se prestaran virtualmente y solo los esenciales presencialmente dificultado el cumplimiento de los requisitos del Sistema integrado de Gestión en algunos procesos lo cuales fueron detectados en la auditoría interna.

9.2 RESULTADOS AUDITORÍA 2020

Procesos	Fortalezas	Oportunidades de mejora	No Conformidades
Gestión Financiera	10	10	1
Tecnologías de la Información y Comunicación	12	6	0
Administración Institucional - Gestión de Talento Humano	12	6	1
Administración Institucional - Control Disciplinario	7	6	1
Administración Institucional - Fondo de Pensiones	6	6	3
Administración Institucional - Gestión Documental	6	3	2
Administración Institucional - Gestión de Recursos Físicos	6	5	1
Jurídica y Contratación	5	6	1
Seguridad y Convivencia - Secretaría del interior	10	8	3
Seguridad y Convivencia - Gestión de Riesgo	10	6	2
D. S y C - Secretaría de Infraestructura	6	6	2
D. S y C - Secretaría de Cultura y turismo	5	6	0
D. S y C - Secretaría de Desarrollo	9	4	0

D. S y C - Secretaría de Vivienda y Hábitat Sustentable	6	3	0
D. S y C - Secretaría de Agricultura	3	3	1
D.S y C - Secretaría de la Mujer y Equidad de Genero	6	5	3
Gestión Educativa	26	16	6
Control y Evaluación	6	2	0
Gestión en Salud y Seguridad Social	9	5	0
Laboratorio de Salud	9	4	4
Planeación Estratégica	12	6	0
Atención al Ciudadano	8	9	3
Sistemas Integrados de Gestión	12	3	2
SIG - Seguridad y Salud en el Trabajo	7	20	6
TOTAL	208	154	42

PROCESOS AUDITADOS



Teniendo como referencia el grafico anterior, se puede destacar que el componente de fortalezas presenta un mejor comportamiento con respecto a los componentes de oportunidades de mejora y no conformidades dentro de los 12 procesos auditados, evidenciando el grado de madurez y consolidación del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación de Santander.

9.3 NO CONFORMIDADES POR PROCESO

SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN- CALIDAD Y AMBIENTAL	
NO CONFORMIDADES	
No Conformidad No.: 1 de 2	
Requisito ISO 14001:2015	7.3 Toma de conciencia.
Detalles de No conformidad: En la Secretaria de Salud Departamental se evidenció que los funcionarios no realizan la separación de los residuos sólidos a pesar de que existen puntos ecológicos dispuestos para tal fin, de acuerdo con lo inspeccionado en los puntos ecológicos de lo cual hay evidencia fotográfica realizada en el proceso de auditoría, además de acuerdo con lo manifestado por los trabajadores de servicios generales del contratista <i>Americana</i> .	

No Conformidad No.: 2 de 2	
Requisito ISO 14001:2015	5.1 Liderazgo y compromiso.
Detalles de No conformidad: en la Secretaria de Salud departamental se evidenció que las baterías sanitarias presentan un alto grado deterioro aumentando el consumo de agua	

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	11 de 41

además las condiciones pueden afectar la higiene de las personas que lo utilizan y la seguridad y salud en el trabajo del personal de planta, contratista y visitantes.

Se evidencia que existen 5 bodegas o almacenes llenos de elementos inservibles de todo tipo muebles, electrodomésticos, equipos de computación, repuesto de vehículos, repuestos eléctricos, vehículos, medicamentos vencidos, archivos de la oficina jurídica. Todos presentan un alto grado de deterioro produciendo peligros para la seguridad y salud en el trabajo por los olores emanados, de ratas, cucarachas, fuentes de zancudos. La evidencia fue constatada en el recorrido por las instalaciones del Equipo Auditor y de los funcionarios Jairo Durán Cruz, Alberto Villamizar y Domingo Ángel Ovando Saavedra. Se tomó evidencia fotográfica de las condiciones peligrosas para la salud y el medio ambiente de estas bodegas.

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NO CONFORMIDADES

No Conformidad No.: 1 de 6

Requisito OHSAS 18001:2007

4.5.4. Control de registros.

Detalles de No conformidad: el párrafo 1° del artículo 2.2.4.6.12. del Decreto 1072 de 2015 establece que, los documentos pueden existir en papel, disco magnético, óptico o electrónico, fotografía, o una combinación de estos y en custodia del responsable del desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Dentro de estos documentos se encuentran los soportes de la convocatoria, elección y conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo y las actas de sus reuniones o la delegación del Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo y los soportes de sus actuaciones; en la revisión realizada se encontró que no se han elaborado ni archivado la totalidad de las actas y asistencias de reunión del COPASST.

No Conformidad No.: 2 de 6

Requisito OHSAS 18001:2007

4.3.2. Requisitos legales y otros.

Detalles de No conformidad: El profesiograma consolidará información sobre los riesgos ocupacionales a los que está o estará expuesto y el tipo y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales y pruebas complementarias que se le deben realizar. Estas evaluaciones se definirán por cargo o labor y se realizarán con carácter obligatorio y a cargo en su totalidad del empleador, previas al ingreso (pre ocupacionales), periódicas y de retiro y su periodicidad estará definida por el tipo, magnitud y frecuencia de exposición a cada factor de riesgo, así como al estado de salud del trabajador y quedará registrada en los protocolos de los sistemas de vigilancia epidemiológica o programas de gestión de la empresa, teniendo en cuenta criterios técnicos y normativos vigentes. En relación con los exámenes paraclínicos, según el artículo 10 de la Ley 23 de 1981, sólo deberán elegirse aquellos que realmente sean útiles para la vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo a los cuales esté expuesto el trabajador; adicionalmente el artículo 7 de la Resolución 2346 de 2007 establece los requisitos para realizar los exámenes médicos ocupacionales. En relación con lo anterior se encontró que no se cuenta con un profesiograma formalmente elaborado ni validado por el profesional competente con licencia vigente.

No Conformidad No.: 3 de 6

Requisito OHSAS 18001:2007

4.4.6 Control operacional.

Detalles de No conformidad: se encontró el siguiente documento ES-SIG-PRO-01 PROGRAMA ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL formulado de acuerdo con lo establecido en el artículo 12 de la ley 1503 con un cronograma de actividades para su ejecución durante la vigencia del 2020. Hasta la fecha se encontró evidencia de la ejecución de capacitaciones y evaluaciones psicosociales a los conductores de la Entidad, sin embargo, existen actividades planeadas y no ejecutadas.

Aunado a lo anterior se tomó una muestra de dos (2) hojas de vida de vehículos del total de 50 al servicio de la Gobernación y se evidenció que no están realizando la inspección preoperacional para salir al servicio de conformidad con la periodicidad definida en el PESV de la Entidad. La muestra corresponde a los siguientes automotores:

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	12 de 41

Vehículo placa OSB 109 al servicio de la secretaria privada la última revisión preoperacional realizada fue del 23/10/2019 de acuerdo con el registro ES-SIG-RG-62 que reposa en la carpeta del vehículo.

Vehículo placa OCH 161 al servicio de la secretaria de Mujer y Equidad de Género, la última revisión preoperacional realizada fue del 24/04/2019 de acuerdo con el registro ES-SIG-RG-62 que reposa en la carpeta del vehículo.

No Conformidad No.: 4 de 6

Requisito OHSAS 18001:2007	4.3.1. Identificación de Peligros, Evaluación de riesgos y determinación de controles
-----------------------------------	---

Detalles de No conformidad: durante la visita a la Secretaría de Salud se encontró que en la parte central del edificio se ubican un gran número de líneas de alta tensión, las cuales pueden ser alcanzadas fácilmente desde el tercer piso, por lo que se procedió a revisar la matriz de identificación de peligros de la Entidad y las inspecciones realizadas a dicha sede denotando que en dichos documentos no se cuentan con controles u oportunidades de mejora para mitigar el peligro descrito. Adicionalmente indagando en algunas de las oficinas se evidenció que en el último año no se han realizado inspecciones a las instalaciones de la Secretaría.

Durante la visita a la Secretaría de Agricultura se encontró que en el primer piso existe un acceso a un altillo el cual presenta inconsistencias en el diseño de la escalera generando un riesgo considerable para los funcionarios de dicha área; indagando se encontró que no se han generado hallazgos por esa situación ni se han implementado controles o acciones de mitigación.

No Conformidad No.: 5 de 6

Requisito ISO 9001:2015	7.5.3 Control de la información documentada.
--------------------------------	--

Detalles de No conformidad: se evidencia en los expedientes de hojas de vida de los vehículos carpetas incompletas, sin el rotulo de identificación documental y sin la hoja control de expediente.

No Conformidad No.: 6 de 6

Requisito OHSAS 18001:2007	4.4.1. Recursos, funciones, responsabilidad y autoridad.
-----------------------------------	--

Detalles de la No Conformidad: en la visita realizada a la Secretaría de Salud se evidenciaron riesgos considerables relacionados con la disposición de los elementos inservibles, archivos y medicamentos incautados; los funcionarios sugieren que no ha habido voluntad por parte alta dirección para dar solución a estas problemáticas que pueden llegar afectar gravemente la salud de los funcionarios.

En general existen múltiples hallazgos relacionados con condiciones inseguras, los cuales no han sido subsanados por la falta de disponibilidad de recursos o fallas en la gestión según argumentan los funcionarios, lo anterior sugiere falencias en el compromiso de la alta dirección con la SST.

ATENCIÓN AL CIUDADANO

NO CONFORMIDADES

No Conformidad No.: 1 de 3

Requisito ISO 9001:2015	4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
--------------------------------	--

Detalles de No conformidad: Se puede evidenciar que no se están identificando las partes interesadas correspondientes a la Oficina de Pasaportes en la respectiva caracterización y en la matriz de partes interesadas, así mismo se evidencia que hay partes interesadas plasmadas en la matriz de partes interesadas, que no se encuentran en la caracterización.

No Conformidad No.: 2 de 3

Requisito ISO 9001:2015	7.4 Comunicación
--------------------------------	------------------

Detalles de No conformidad: Se puede evidenciar que no se están identificando las comunicaciones internas y externas pertenecientes a la Oficina de Pasaportes, así mismo se debe actualizar el responsable de la oficina en la respectiva matriz.

No Conformidad No.: 3 de 3

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	13 de 41

Requisito ISO 9001:2015	9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación
Detalles de No conformidad: Se evidenció que en el Tablero de Indicadores del Proceso de Atención al Ciudadano: <ul style="list-style-type: none"> a) No se cuentan con indicadores para medir el desempeño de la Oficina de Pasaportes b) No se están diligenciando las fichas técnicas de los indicadores, así mismo las observaciones, análisis y seguimiento ni fuentes de información. c) No se cuenta con la publicación de los indicadores a corte de 30 de septiembre. 	

DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO - SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA	
NO CONFORMIDADES	
No Conformidad No.: 1 de 2	
Requisito ISO 9001:2015	5.1.2 Enfoque al Cliente
Detalles de No conformidad: El Normograma se encuentra desactualizado, en las Normas relacionadas con el Orden Departamental y Nacional que le competen a la Secretaria de Infraestructura.	

No Conformidad No.: 2 de 2	
Requisito ISO 9001:2015	8.2.1. Comunicación con el cliente
Detalles de No conformidad: Se evidencias procesos vencidos de PQRSD, en el Forest de algunos funcionarios adscritos a la Secretaria de Infraestructura.	

DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO - SECRETARÍA DE AGRICULTURA	
NO CONFORMIDADES	
No Conformidad No.: 1 de 1	
Requisito ISO 9001:2015	7.5 Información documentada
Detalles de No conformidad: Se evidencia en la inspección a las carpetas de documentos que no se encuentran debidamente archivados de acuerdo a las Tablas de Retención Documental aprobadas para la Secretaria de Agricultura, donde se pudo constatar que existe en la actualidad carpeta de documentos recibidos y documentos enviados , rompiendo con esto las Series documentales descritas en las TRD, viéndose afectado el acceso, utilización y control adecuado de dicha documentación, dentro del proceso Desarrollo Sostenible y Competitivo; incumpliendo con el Numeral 7.5.3 de la norma ISO 9001 2015, Control de la Información Documentada.	

DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO - SECRETARÍA DE LA MUJER Y EQUIDAD DE GENERO	
NO CONFORMIDADES	
No Conformidad No.: 1 de 3	
Requisito ISO 9001:2015	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades
Detalles de No conformidad: Se evidenció, que la Secretaria de la Mujer y Equidad de Género no tiene documentado el "MAPA DE RIESGOS ES-SIG-RG-15", el cual es una herramienta primordial, que va dirigida a identificar los riesgos que se puedan presentar para el cumplimiento de los objetivos.	

No Conformidad No.: 2 de 3	
Requisito ISO 9001:2015	7.5 Información documentada
Detalles de No conformidad: Se evidencia la falta de creación de "TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL –TRD" para la Secretaría de la Mujer y Equidad de Género, lo cual genera que los documentos archivados en carpetas no tienen la codificación correspondiente.	

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	14 de 41

No Conformidad No.: 3 de 3	
Requisito ISO 14001:2015	6.1.2 Aspectos ambientales
Detalles de No conformidad:	
Se evidenció, que la Secretaría de la Mujer y Equidad de Género no tiene documentado el "El Ciclo de Vida".	

GESTIÓN EDUCATIVA	
NO CONFORMIDADES	
No Conformidad No.: 1 de 6	
Requisito ISO 9001:2015	4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas
Detalle de No conformidad	
<p>No se evidencia la actualización de la matriz de partes interesadas, matriz de comunicación y la caracterización, dado que no se evidencian actividades detalladas y claras del ciclo PHVA en ninguno de los Grupos adscritos al proceso Gestión Educativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la caracterización en el planear y el hacer se deben registrar claramente las actividades que realiza cada uno de los grupos, Talento Humano, Planeamiento Educativo, Cobertura Educativa, Calidad Educativa, Fondo Prestacional, Inspección y Vigilancia. • Dentro de la matriz de comunicación informativa del proceso gestión educativa no existen las actividades a comunicar por parte del grupo Planeación Educativa, Cobertura Educativa, Talento Humano y Fondo Prestacional. <p>No están definidas todas las partes interesadas en el proceso Gestión Educativa de los grupos de: Planeación educativa, Cobertura Educativa, Talento Humano y Fondo Prestacional.</p>	

No Conformidad No.: 2 de 6	
Requisito ISO 9001:2015	10. Mejora
Detalles de No conformidad:	
<p>No se evidencia el seguimiento realizado a las oportunidades de mejora de la auditoría interna 2018 y auditoría interna 2019 en cuanto a la formulación y seguimiento de los planes de acción que se deben documentar.</p> <p>Respecto al seguimiento del informe de la auditoría interna 001 de 2019, se logró evidenciar que no se documentaron ni se realizaron seguimiento a las siguientes oportunidades de mejora:</p>	
DESPACHO SECRETARIA DE EDUCACION	
<ul style="list-style-type: none"> • Dentro del seguimiento realizado a los indicadores no se evidencia el plan de acción de los siguientes indicadores que se encuentran en estado crítico 3, 4, 15,18 y 25. El indicador 23 tiene una frecuencia de medición trimestral y en el tablero están registrando seguimiento mensual adicionalmente se aplicó mal la formula. • Dentro de la caracterización en el planear y el hacer se deben registrar claramente las actividades que deben realizar cada uno de los grupos, Talento Humano, Planeación Educativa, Cobertura Educativa, Calidad Educativa, Fondo Prestacional, Inspección y Vigilancia. • Dentro de la matriz de comunicación informativa del proceso gestión educativa no existen las actividades a comunicar por parte del grupo Planeación Educativa, Cobertura Educativa, Talento Humano y Fondo Prestacional. • No están definidas todas las partes interesadas en el proceso Gestión Educativa de los grupos de: Planeación Educativa, Cobertura Educativa, Talento Humano y Fondo Prestacional. • No se evidencia el seguimiento realizado a las oportunidades de mejora de la auditoría interna 2019, faltando documentar los planes de acción. • Actualizar el normograma (Leyes, Decretos, resoluciones, etc.) estipulado para la vigencia 2019, en cada uno de los grupos de trabajo. 	
INSPECCION Y VIGILANCIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe identificar claramente en los formatos cada una de las convenciones utilizadas. 	

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	15 de 41

CALIDAD EDUCATIVA

- Se logra evidenciar que las actas de comité de convivencia no se refleja el seguimiento a compromisos y existen actas archivadas sin las firmas correspondientes.
- Se evidencia que en el micrositio calidadeducativa.santander.gov.co se encuentra activo, pero no está actualizado.

TALENTO HUMANO

- Se han implementado formatos sin parametrizar en el SIG.
- No se logró evidenciar el seguimiento a las oportunidades de mejora

No Conformidad No.: 3 de 6

Requisito ISO 9001:2015

5.1.2 Enfoque al Cliente

Detalles de No conformidad:

No se evidencia la actualización del normograma (Leyes, Decretos, resoluciones, circular, etc.) estipulado para la vigencia 2020 en cada uno de los grupos de trabajo, teniendo en cuenta que se han expedido Resoluciones y Circulares de gran importancia y que deben ser conocimiento de la comunidad educativa para la adecuada prestación del servicio.

Por ejemplo, se evidenció que la circulares N° 023-2020 NOVEDADES DE PLANTA DOCENTE Y DIRECTIVOS DOCENTES Y CIRCULAR N° 068 ORIENTACIONES DE ACOMPAÑAMIENTO SEMANA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL estaban diligenciadas erróneamente en formato AP-AI-RG-110 CARTA, debiendo estar diligenciadas en el correspondiente formato AP-AI-RG-115 CIRCULAR, además no se visualizan en el normograma las resoluciones de lineamientos educativos para la vigencia 2020 (matricula, otorgamiento de licencias, tarifas, etc.)

No se encuentran incluidos en el normograma:

- Resolución 02765 de 18 de marzo de 2020
- Resolución 05780 del 28 de abril de 2020
- Ley 1955 de 2019
- Ley 1272 de 2018

No Conformidad No.: 4 de 6

Requisito ISO 9001:2015

7.5.3 Control de la información documentada

Detalles de No conformidad:

Se logra evidenciar que en Grupo de Historias Laborales, no cuenta con un ambiente necesario para la operación del proceso, toda vez que hace más de 10 años no se realiza transferencia al archivo central, se evidencian fondos acumulados de historias laborales sin organizar y clasificar, no se tiene hoja de control de expediente en cada historia laboral y no se ha diligenciado el formato único de inventario documental de vigencias anteriores, al igual que se observó un plan de mejoramiento del Archivo General de la Nación con un avance del 84% con caducidad sin evidenciar el cumplimiento, esto puede ocurrir porque no cuenta con una herramienta de digitalización y sistematización del archivo de historias laborales necesario para la operación del proceso, lo cual genera demandas por no dar respuestas en los tiempos estipulados .

No Conformidad No.: 5 de 6

Requisito ISO 9001:2015

7.5.2 Creación y actualización

Detalles de No conformidad:

Se evidencia la utilización de formatos sin parametrizar en el sistema integrado de gestión en cada uno de los grupos de trabajo, por lo cual es importante realizar identificación y coordinar con los enlaces de la oficina la creación, modificación o eliminación de los formatos que hacen parte del proceso.

Por ejemplo, Se evidenció que el formato que se viene utilizando en talento humano denominado "relación cuadro pagos a terceros" no se encuentra parametrizado en el Sistema Integrado de Gestión – SIG, de la misma manera el Formato de seguimiento de las hojas de vida en historias laborales, y el Formato único de expedición de certificados de salario, se hace necesario hacer una revisión a todo el proceso.

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	16 de 41

No Conformidad No.: 6 de 6	
Requisito ISO 9001:2015	7.1 Recursos
Detalles de No conformidad: Se evidenció que en los diferentes grupos de trabajo la organización no ha suministrado el personal administrativo suficiente para el cumplimiento de la misión de la secretaria de educación para la ejecución y seguimiento de los procedimientos y actividades planificadas	

GESTIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL - LABORATORIO DE SALUD	
NO CONFORMIDADES	
No Conformidad No.: 1 de 4	
Requisito ISO 9001:2015	8.1 Planificación y control operacional
Detalles de No conformidad: 1. Se evidenció que no existen en el momento los contratos para el mantenimiento de los equipos, y la compra de insumos, reactivos y materiales que se requieren para los ensayos, estos contratos se realizan una vez al año, generalmente en el segundo semestre del año, lo que no permite el funcionamiento adecuado y permanente del laboratorio Departamental de salud pública. El laboratorio debe ejecutar el plan metrológico programado para el año 2020 se evidencia que no se ha realizado las intervenciones programadas. Los reactivos no se entregan parcialmente lo que genera un problema ya que algunos tienen fechas de vencimiento cortas y las áreas deben ajustarse a la modalidad de contratación.	

No Conformidad No.: 2 de 4	
Requisito ISO 9001:2015	7.1.3. Infraestructura
Detalles de No conformidad: 1. Se observó que el techo del auditorio del Laboratorio Departamental de salud pública se encuentra en completo deterioro, igualmente en él se encuentra la cafetería de los funcionarios, no siendo el espacio adecuado para ello. 2. En el segundo piso laboratorio de alimentos, en el cuarto de refrigeración y neveras se requiere aire acondicionado para evitar que las neveras y los refrigeradores se dañen por el calor de los motores. 3. El área administrativa de alimentos requiere cambio del techo y reubicación de archivo rodante. 4. Reubicación del laboratorio de Rabia en otra área asignada; se debe adecuar un área de montaje de muestras de Chagas muestras clínicas para el del plan de certificación de Chagas, se debe adecuar área de mico bacterias, parasitología en aguas, de acuerdo al requerimiento del Instituto nacional de Salud deben construirse en nuevas áreas para dar cumplimiento con la vigilancia de estos programas que son de interés en Salud Pública.	

No Conformidad No.: 3 de 4	
Requisito ISO 9001:2015	8.5 Producción y provisión del servicio
Detalles de No conformidad: Se cuenta con un sistema operativo del laboratorio, pero aún no se tiene en funcionamiento para la trazabilidad en algunas áreas del laboratorio para mejorar la oportunidad en los tiempos de entrega de los informes a los clientes externos. Se requiere llevar automatizada la trazabilidad de condiciones de ambientales y temperaturas de equipos ya que el número de estos y áreas de monitoreo lo requieren para lograr los compromisos de acreditación de parámetros bajo la ISO/IEC 17025:2017 descritos en el plan de desarrollo.	

No Conformidad No.: 4 de 4	
Requisito ISO 14001:2015	6.1.2 Aspectos ambientales
Detalles de No conformidad: En el momento de la auditoría el Laboratorio Departamental de Salud Pública se encontraba sin contrato para disposición adecuada de los residuos peligrosos tales como el desecho de residuos peligrosos, considerados fuentes de riesgo para el medio ambiente y la salud.	

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	17 de 41

SEGURIDAD Y CONVIVENCIA-SECRETARIA DEL INTERIOR

NO CONFORMIDADES

No Conformidad No.: 1 de 3

Requisito ISO 9001:2015

7.5 Información documentada

Detalles de No conformidad:

No se evidenció la utilización de instrumentos de descripción documental como la hoja de control de expedientes, ni inventarios documentales No se reconoce la aplicación de la TRD a los documentos electrónicos producidos en el proceso.

No Conformidad No.: 2 de 3

Requisito ISO 9001:2015

5.1.2 Enfoque al Cliente

Detalles de No conformidad:

No se evidenció la actualización del normograma dentro del proceso.

No Conformidad No.: 3 de 3

Requisito ISO 9001:2015

4.4 Sistema de calidad y sus procesos

Detalles de No conformidad:

En el grupo de paz y derechos humanos no se evidenció dentro del SIG todas las actividades que realizan, solo está un procedimiento el MI-SYC-PR-25 sistema de responsabilidad penal para adolescentes, falta incluir en el SIG 14 procedimientos nuevos (Ej. Consejo departamental de paz y derechos humanos, Mesa territorial de reincorporación, Comité departamental de discapacidad, Mesa territorial de garantías, Población indígena afrodescendientes raizales y rom, Comité departamental de lucha y trata de personas, Garantía de derechos étnicos, libertad religiosa y de cultos, migración, mujeres víctima de violencia, asistencia a población privada de la libertad, etc .)

SEGURIDAD Y CONVIVENCIA-GESTIÓN DEL RIESGO

NO CONFORMIDADES

No Conformidad No.: 1 de 2

Requisito ISO 9001:2015

7.5 Información documentada

Detalles de No conformidad:

No se evidenció la utilización de instrumentos de descripción documental como la hoja de control de expedientes, ni inventarios documentales No se reconoce la aplicación de la TRD a los documentos electrónicos producidos en el proceso

No Conformidad No.: 2 de 2

Requisito ISO 9001:2015

5.1.2 Enfoque al cliente

Detalles de No conformidad:

No se evidenció la actualización del normograma dentro del proceso. Dentro del Sistema Integrado de Gestión es necesario revisar la forma de actualizar el nomograma de los diferentes procesos siendo coherentes con el normograma publicado en el link de transparencia y acceso a la información.

ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL - GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

NO CONFORMIDADES

No Conformidad No.: 1 de 1

Requisito ISO 9001:2015

7.5 Información documentada

Detalles de No conformidad:

Las acciones definidas para solucionar la Oportunidad de Mejora encontrada en la Auditoría Interna del 2018 y No Conformidad de la Auditoría Interna del 2019 no fue eficaz ya que no se evidencia la implementación de la Tabla de retención documental TRD en la gestión documental de la Dirección de Talento Humano y su correspondiente Formato único de Inventario Documental.

ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL - GESTIÓN DOCUMENTAL

NO CONFORMIDADES

No Conformidad No.: 1 de 2

Requisito ISO 9001:2015

8.1 Planificación y control operacional

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	18 de 41

Detalles de No conformidad:
El control en la ejecución de los procedimientos, no se ha llevado a cabo de forma oportuna, teniendo en cuenta que algunos de ellos incluyen actividades y documentos que no se ejecutan o no se han elaborado hasta el momento de la Auditoría.

No Conformidad No.: 2 de 2	
Requisito ISO 9001:2015	4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos
Detalles de No conformidad: Durante la evaluación de los informes de auditoría precedentes, se observó la falta de seguimiento, y la reincidencia de oportunidades de mejora. El formato Solicitud de Certificado de Estudios, no fue parametrizado, a pesar la solicitud realizada hace un año.	

ADMINISTRACION INSTITUCIONAL- GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS - GENERAL	
NO CONFORMIDADES	
No Conformidad No.: 1 de 1	
Requisito ISO 9001:2015	7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos
Detalles de No conformidad: En revisión ocular del Almacén a cargo de la Coordinación de Bienes y Servicios – Secretaria de Salud, se evidencia que se mantienen en almacenamiento temporal medicamentos que posteriormente serán entregados a las E.S.E.S Municipales; los medicamentos requieren de un ambiente adecuado en aspectos físicos (como temperatura, ventilación, iluminación). El espacio dedicado a almacén no dispone de refrigeración, siendo un lugar en donde se alcanzan altas temperaturas en horas diurnas, las cuales pueden afectar la calidad de los medicamentos.	

ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL - FONDO TERRITORIAL DE PENSIONES DE SANTANDER	
NO CONFORMIDADES	
No Conformidad No.: 1 de 3	
Requisito ISO 9001:2015	4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad
Detalles de No conformidad: Se evidencia en la Caracterización del Proceso de Administración Institucional – Grupo de Fondo de pensiones Territorial de Santander que no se tienen documentados ni se ven reflejados los objetivos, el alcance y el planear de este Grupo. El Grupo tiene documentadas las actividades dentro de la caracterización, pero no se identifica como tal el Fondo de Pensiones Territorial de Santander.	

No Conformidad No.: 2 de 3	
Requisito ISO 9001:2015	7.5 Información documentada
Detalles de No conformidad: Se solicitó la carpeta “Convenios de Concurrencia” y se evidencia que ésta, no cuenta con la rotulación debida. Así mismo, los funcionarios que atendieron la Auditoría, desconocían que la Tabla de Retención Documental se encuentra publicada en la intranet. Por lo anterior se observa que no está siendo aplicada la TRD y se hace necesario su actualización e implementación.	

No Conformidad No.: 3 de 3	
Requisito ISO 9001:2015	9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación
Detalles de No conformidad: El Grupo de Fondo de Pensiones Territorial de Santander, cuenta con un Tablero de Indicadores cuya medición se encuentra publicada en la intranet con corte a junio de 2020 y no se evidencia la medición con corte a septiembre de 2020. En los indicadores no se tienen completamente diligenciados las fichas técnicas ni el análisis.	

ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL - CONTROL DISCIPLINARIO

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	19 de 41

NO CONFORMIDADES

No Conformidad No.: 1 de 1	
Requisito ISO 9001:2015	7.1.3. Infraestructura
<p>Detalles de No conformidad: En la Oficina de Control Disciplinario no se cuentan con equipos tecnológicos (cámaras, micrófonos, escáner,) para brindar un mejor desarrollo de las funciones que se realizan con los funcionarios internamente y externamente, ya que deben tener contacto permanente para el desarrollo de los expedientes que se realizan Por motivo de la Emergencia sanitaria por el COVID 19 los funcionarios de la oficina de Control Disciplinario deben realizar reuniones virtuales continuamente para brindar un mejor desarrollo de sus servicios (audiencias, interrogatorios, pruebas, evidencias)</p>	

GESTIÓN FINANCIERA

NO CONFORMIDADES

No Conformidad No.: 1 de 1	
Requisito ISO 9001:2015	9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación
<p>Detalles de No conformidad: Revisada la matriz de indicadores del proceso de Gestión Financiera se evidencia que tiene 7 indicadores que miden el desempeño fiscal y financiero del Departamento de Santander. Pero no se encuentran indicadores que midan el proceso en las direcciones de Ingresos, Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y la Dirección Financiera y Administrativa de la Secretaria de Educación. Observándose que en las 5 direcciones ejecutan un gran número de procedimientos y actividades que deben tener seguimiento, medición y análisis que les permitan tomar decisiones oportunas, rendir informes y rendir cuentas del proceso en cada dirección. En la auditoría interna al proceso de Gestión Financiera del año 2019 les había quedado como una oportunidad de mejora, pero en la auditoría realizada en el año 2020 no se evidencio ningún avance en ninguna de las direcciones auditadas.</p>	

JURÍDICA Y CONTRATACIÓN

NO CONFORMIDADES

No Conformidad No.: 1 de 1	
Requisito ISO 9001:2015	7.5 Información documentada
<p>Detalles de No conformidad: En la estructura del Proceso de Jurídica y Contratación Numeral: 5. Nomograma (http://historico.santander.gov.co/intra/index.php/sig/viewcategory/161-5-normograma) se encuentra totalmente desactualizados, a nivel Departamental debe contener: Decretos, Resoluciones y Ordenanzas de cada vigencia. Es de la naturaleza del proceso tener clasificado y actualizado los actos administrativos del nivel Departamental y Nacional.</p>	

10. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

10.1 CONCLUSIONES POR PROCESO

- **ADMINISTRACION INSTITUCIONAL – FONDO DE PENSIONES TERRITORIAL DE SANTANDER.**
 - La Auditoría interna realizada al Proceso de Grupo Fondo de pensiones Territorial de Santander se llevó a cabo según lo establecido en el Plan de Auditoría el día 20 de octubre de 2020.
 - Se dio cumplimiento al Objetivo, determinando los requisitos de las normas auditadas, verificando las mejoras efectuadas e identificando las Fortalezas y Oportunidades de Mejora y NO conformidades.
 - El Alcance estuvo enfocado en Auditar el Proceso Administración Institucional - Grupo Fondo de Pensiones Territorial de Santander, desde la identificación de las actividades propias hasta la verificación del cumplimiento de estas.

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	20 de 41

- La Auditoría Interna se desarrolló con la revisión y verificación de la siguiente documentación: Caracterización, Partes Interesadas, procedimientos, formatos, Matriz de Comunicación Informativa, Indicadores, Ciclo de Vida, Tablas de Retención Documental, Contexto Estratégico de Riesgos, Mapa de Riesgos, Política del Sistema Integrado de Gestión, informes de Seguimiento, Sistema de Gestión Ambiental y Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- **ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL- GESTION DOCUMENTAL**

- Durante el proceso de Auditoría se observó la madurez del Sistema Integrado de Gestión en la fluidez del proceso, y la preparación del personal operativo y Directivo, para una óptima ejecución y cumplimiento del programa.
- Se debe realizar una inducción integral, con el fin de vincular al SIG, especialmente a los contratistas, a través de la retroalimentación y evaluación del proceso.

- **ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL- RECURSOS FISICOS**

- La Auditoría Interna N° 001 -2020 realizada al Proceso de Apoyo Administración Institucional – Recursos Físicos, se efectuó de acuerdo a lo programado en el Plan de Auditoría, entre los días 15 al 20 de Octubre de 2020, en la modalidad de entrevistas virtuales, para la Secretaria General, la Directora de Contratación de Bienes y Servicios, la Directora Administrativa y Financiera Secretaria de Educación, el Coordinador Recursos Físicos Planta Central y el Coordinador Bienes y Servicios Secretaria de Salud.
- Se dio cumplimiento al Objetivo, al verificar la eficacia de las mejoras implementadas en el componente de calidad del Sistema de Gestión, determinando la eficaz implementación y mantenimiento del sistema de gestión integrado e identificando fortalezas, oportunidades de mejora y No Conformidades.
- El alcance fue el de auditar el Proceso de Apoyo Administración Institucional – Recursos Físicos.
- Se realizó la revisión documental de la caracterización del proceso, de acuerdo al ciclo PHVA, procedimientos, formatos, manuales, guías, indicadores, mapa de riesgos, matriz de comunicación, matriz de partes interesadas y ciclo de vida del proceso.
- Se efectuaron recorridos en el Palacio Amarillo y en la Secretaria de Salud, verificando las condiciones de almacenamiento en la bodega de Recursos Físicos Planta Central y almacén de Bienes y Servicios Secretaria de Salud.
- El proceso de Administración Institucional – Recursos Físicos es conforme con los requisitos de las Normas NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015 y NTC OHSAS 18001:2007, y contribuye al mantenimiento y mejora del SIG del Departamento de Santander.

- **ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL-GESTIÓN DE TALENTO HUMANO-OFICINA CONTROL DISCIPLINARIO**

- El equipo auditor realizó la auditoría tomando como referente el objetivo, alcance y criterios establecidos por la Dirección de Sistemas Integrados de

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	21 de 41

Gestión; la metodología consistió en entrevistas, observación, muestreo de las actividades y revisión de documentos y registros.

- En la Auditoría realizada se evidencia un avance muy importante en la implementación del SIG, lo cual generó un alto progreso en las actividades que desarrolla la Oficina de Control Disciplinario.
- La Auditoría Interna efectuada permitió evidenciar las Fortalezas y Oportunidades de Mejora frente al Sistema Integrado de Gestión, destacándose la disposición y conocimiento del tema.

● **ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL- GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

- El proceso Administración Institucional- Gestión de Talento Humano se viene realizando de acuerdo a lo establecido en el SIG, sin embargo se identificaron algunos aspectos en los cuales se puede mejorar.
- Todos los involucrados en el proceso cuentan con las competencias necesarias requeridas para la ejecución del mismo.
- Los formatos y registros del proceso se han ido actualizando y mejorando progresivamente lo que refleja un compromiso de los responsables del proceso en el mejoramiento continuo.

● **ATENCION AL CIUDADANO**

- El Proceso de Atención al Ciudadano se encuentra Documentado y sus acciones son de gran importancia para el cumplimiento de su parte estratégica.
- Su planta de personal es escasa pero el compromiso asumido por los funcionarios en desarrollo de las actividades da muestra del empoderamiento con la institución.
- La política de Servicio al Ciudadano es la mejor calificada en el FURAG 2019, se deben continuar con las acciones para aumentar su calificación.
- Es importante destacar el esfuerzo, que por parte de la Oficina de Atención al Ciudadano se ha reflejado, al adecuar puntos diferentes a los iniciales, sin embargo, cabe anotar que dichos puntos deben contar con lo establecido por la norma, y con personal dispuesto para la atención, no sólo de correspondencia, sino de gestión y respuesta a las inquietudes de los ciudadanos.

● **CONTROL Y EVALUACIÓN-CONTROL INTERNO**

- El Sistema Integrado de Gestión permite identificar el cumplimiento del Proceso Control y Evaluación.
- La Auditoría Interna, da a conocer la importancia de generar mecanismos para implementar acciones de mejora continua en el Proceso de Control y Evaluación.

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	22 de 41

- La auditoría se realizó por muestreo selectivo de evidencias de la información documentada de las actividades y resultados del proceso, por consiguiente presenta incertidumbre asociada a cada procedimiento.
 - Se evidencia un avance muy importante en la adopción del SIG, en el proceso Control y Evaluación que genera mejoramientos en el proceso y procedimientos.
 - Continuar con la aplicación de las TRD, para seguir fortaleciendo la gestión documental del proceso de control y evaluación
 - La implementación de la Política de Control Interno mediante el Plan de Acción formulado, permitirá que la entidad mejore su calificación en el Modelo Integrado de Gestión (MIPG).
 - La auditoría concluye que es importante identificar cual es el lapso de tiempo para registrar documentalmente el acta del comité una vez se desarrolle la reunión, acorde con la resolución de operatividad del Comité Interinstitucional de Control Interno.

- **DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO-SECRETARÍA AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL**
 - La Auditoría Interna No. 1 de 2020, al Proceso de Desarrollo Sostenible y Competitivo se planeó a partir de la revisión documental de la caracterización del proceso, en esta se indago sobre el ciclo PHVA, los procedimientos, matriz de partes interesadas, planes de acción, mapa de riesgos, indicadores, aplicación de las Tablas de Retención Documental, Normograma, entre otros.
 - Se realizó la reunión de apertura con buena asistencia de los funcionarios de la Secretaría de Agricultura, con el distanciamiento social exigido, en un área bastante amplia, aplicando rigurosamente los protocolos de Bioseguridad; se efectuaron las correspondientes entrevistas acorde a lo planteado en el cronograma, a la Secretaria de Despacho, Director de Desarrollo Rural y Ambiental, Coordinadores Grupo de Planificación, Análisis, Evaluación y Seguimiento y Grupo de Gestión Rural Local; el Grupo de Gestión Ambiental, a pesar de no tener un Coordinador está siendo operado por un funcionario de la Secretaría.
 - En el desarrollo del proceso de revisión de las entrevistas realizadas y través de la observación directa se identificaron fortalezas, oportunidades de mejora y no conformidades; además del interés de sus funcionarios por conocer sobre aspectos del Sistema Integrado de Gestión que no son de fácil aplicación, y la intención de realizar su mejora.
 - Se evidenció finalmente que, el Proceso de Desarrollo Sostenible y Competitivo, bajo la responsabilidad de la Secretaria de Agricultura y Desarrollo Rural Local, Director y Coordinadores, cumple con los requisitos legales, reglamentarios del Sistema Integrado de Gestión, aplicables al proceso, con la ejecución de los programas, metas y proyectos estratégicos del Plan de Desarrollo “Santander Siempre Contigo y para el Mundo 2020-2023”, buscando siempre la satisfacción de las comunidades y de sus partes interesadas en general.

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	23 de 41

- **DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO- SECRETARÍA DE CULTURA Y TURISMO**

- La actual emergencia sanitaria por SARS CoV-2 nos ha generado grandes desafíos, que conllevaron a implementar cambios en la vida personal, laboral, teniendo que adaptarnos a nuevas modalidades de trabajo, con el fin de cumplir con las actividades de nuestra competencia como autoridad del departamento.
- La Secretaria de Cultura y Turismo, requiere el apoyo de la oficina SIG y TIC, con el fin de fortalecer la información de la web, relacionada en la intranet, lo cual debe ser un proceso dinámico, de actualización periódica, pues allí se refleja el ser de dicha secretaria.

- **DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO-SECRETARÍA DESARROLLO**

- Revisión de la Caracterización de los procesos para identificar los procedimientos a auditar en las Direcciones, así mismo se verificaron, formatos, manuales- Instructivos- guías Planes, el mapa de riesgos, indicadores, matriz de comunicación, matriz de identificación y evaluación de las partes interesadas y el ciclo de vida del proceso.
- Se elaboró el Plan de Auditoría, teniendo en cuenta, objetivo, alcance, proceso a auditar, auditados, equipo auditor, fecha de la auditoría, reunión de apertura, reunión de cierre, requisitos aplicables, cronograma de actividades, firma del auditor líder.
- Se notifica el plan de auditoría, al Secretario de Desarrollo.
- Se entrega el Plan de Auditoría debidamente notificado a la oficina de calidad.
- Reunión del equipo auditor para elaborar lista de verificación.
- Ejecución de la Auditoría: Se da inicio a la auditoría con la entrevista al Secretario de Desarrollo el día 13 de Octubre de 2:00 pm, a 3:30 pm, en el despacho del secretario y su grupo de trabajo; se recuerda que la auditoría es un proceso amigable y su fin principal es la mejora del proceso en la cual podría encontrarse tres tipos de hallazgos, fortalezas, oportunidades de mejora y no conformidades, se ratifica el cronograma de trabajo para el desarrollo de la auditoría.
- Realización de entrevistas: Teniendo como base la lista de verificación realizada previamente, se entrevista al secretario de despacho, Directora Técnico Social, Director Técnico de Productividad y Competitividad, y cada uno de los grupos de trabajo quienes ejecutan las actividades inherentes a los grupos entrevistados.

Para la realización de cada una de las entrevistas, se utiliza la lista de verificación diseñada de acuerdo al plan de trabajo y se solicitan las evidencias de acuerdo al proceso que se audita.

- Se verifica en el sistema Integrado de gestión que se hubiesen cargado los indicadores y el seguimiento de los mismos.

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	24 de 41

- Elaboración de Informe en el Formato establecido por el SIG, se consignan las fortalezas y las oportunidades de mejora, no se encontraron NO conformidades al sistema.

- **DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO-SECRETARÍA DE INFRAESTRUCTURA**

- La Auditoría Interna realizada a la Secretaria de Infraestructura, se realizó dando cumplimiento al Plan de Auditoría propuesto, se evidenciaron, fortalezas, oportunidades de mejora y No conformidades, dejando como evidencia este informe de Auditoría, mediante el cual deben tomarse las medidas correctivas pertinentes, para el fortalecimiento del SIG y la Secretaria de Infraestructura de forma articulada y comprometida.

- **DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO-SECRETARÍA DE MUJER Y EQUIDAD DE GENERO**

- Se dio cumplimiento al objetivo de la “Auditoría Interna del SIG 2020”, lográndose verificar mediante evidencias los avances realizados por la Secretaria para dar cumplimiento a los requisitos establecidos según las Normas NTC-ISO 9001:2015, NTC-ISO 14001:2015, OHSAS 18001:2007.
- Se evidenció que fue un proceso muy positivo el cual permitió tanto al Equipo Auditor como al Equipo de Trabajo auditado presentar propuestas de mejoramiento en busca de la calidad.
- Los resultados suministrados en este informe obedecen a un muestreo tomado del proceso “Desarrollo Sostenible y Competitivo - Secretaría de Mujer y Equidad de Género”.
- Se requiere, generar mayor conciencia dentro de la Gobernación de Santander frente a la importancia que tiene el “Sistema Integrado de Gestión - SIG”.

- **DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO-SECRETARÍA DE VIVIENDA Y HABITAT SUSTENTABLE**

- La Auditoría Interna al Proceso DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO de la SECRETARIA DE VIVIENDA Y HABITAT SUSTENTABLE permitió evidenciar el cumplimiento del mismo y su conformidad con el sistema Integrado de Gestión y los requisitos de las Normas NTC- ISO 9001:2015; NTC-ISO 14001:2015, OHSAS 18001:2007y la eficacia de las mejoras implementadas en el componente de calidad del SIG.
- La Auditoría Interna permitió evidenciar que en la Secretaría de Vivienda y Hábitat Sustentable hay compromiso con el sostenimiento y la madurez del Sistema de Gestión evidenciado en el conocimiento del mismo y de las necesidades del entorno.
- La Auditoría Interna se realizó a través de muestreo selectivo, conforme a las evidencias de la información documentada solicitadas y entregadas durante el desarrollo de la misma y mediante la observación previa al proceso y sus procedimientos en la página web de la Entidad, por consiguiente, presenta incertidumbre asociada a cada procedimiento.

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	25 de 41

- **GESTION EDUCATIVA**

- Se desarrolló el plan de auditoría una vez revisadas cada una de las subcategorías del proceso gestión educativa, caracterización, matriz de comunicación informativa, partes interesadas, indicadores, mapa de riesgos, informe de auditoría interna 2019, el cual se socializó en la reunión de apertura se efectuaron cambios en la programación, debido a la secretaria del despacho solicitó el cambio de fecha ya que se encontraba cumpliendo compromisos de su cargo.
- En el desarrollo de la auditoría del proceso Misional Gestión Educativa se realizaron 8 entrevistas a los responsables de las Direcciones, líderes de grupo y funcionarios, quienes permanentemente estuvieron en la mejor disposición para atender la auditoría y lograr determinar la conformidad del Sistema Integrado de Gestión con los requisitos de las Normas NTC-ISO 9001:2015, NTC-ISO 14001:2015 y OHSAS 18001:2007, se realizó una visita a las instalaciones del archivo de historias Laborales con el fin de verificar la correcta aplicación de las normas anteriormente mencionadas.
- Finalmente la disposición de cada uno de los auditados y el conocimiento de cada uno de sus procesos nos permitió evidenciar la responsabilidad que tienen con el Sistema Integrado de Gestión y por el cumplimiento de sus funciones que le permiten a la entidad fortalecer el proceso educativo en el Departamento de Santander cumpliendo los objetivos y metas enmarcadas en el Plan de Desarrollo “Santander siempre contigo y para el mundo”, que hoy le permiten a la Gobernación seguir cerrando brechas educativas las cuales conllevan a un Santander mejor educado; No obstante se evidencian deficiencias en la Infraestructura física, equipos tecnológicos, redes, insuficiente planta de personal, sobre cargas laborales, espacios inadecuados, entre otras, que llevan al personal a un grado alto de estrés laboral y que han generado incapacidades para el desarrollo de algunas de sus funciones afectando el rendimiento en las labores diarias.

- **GESTION EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**

- Durante la reunión de apertura, se socializó el plan de auditoría, se verificó la disponibilidad de cada director en la fecha programada y se informó que el proceso se realizaría de manera virtual, teniendo en cuenta el estado de salud del titular de la secretaría, razón por la cual las reuniones serían grabadas, como prueba de lo manifestado en el desarrollo de éstas.
- En el horario concertado, durante los 3 días definidos se realizaron entrevistas a:
Dr. **JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ**, Secretario de Salud Departamental; Dr. **CESAR ERNESTO SAENZ**, Director de Planeación y Mejoramiento en Salud; Dr. **GERMAN EDUARDO MARIN CARDENAS**, Director de Salud Integral; Dra. **MAYRA MAGNOLIA BELTRÁN ACOSTA**, Directora Administrativa y de Control Financiero; Dr. **LUIS FELIPE TARAZONA VELASQUEZ**, Director de Desarrollo de Servicios de Inspección, Vigilancia y Control.
- Durante las entrevistas los directores contaron con el apoyo del Dr. **DIEGO SANCHEZ**, contratista encargado del seguimiento al Sistema Integrado de Gestión.

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	26 de 41

- El proceso de auditoría se orientó hacia la **verificación del cumplimiento de los procedimientos** documentados en la Secretaría de Salud ante la pandemia por COVID 19, evidenciando que, atienden los parámetros definidos y canalizaron su labor hacia el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Departamental y atención de la emergencia sanitaria.
 - Como lo manifestó el señor Secretario de Salud, fue necesario improvisar, ante una situación desconocida, pero gracias al trabajo mancomunado de todos los funcionarios, Santander no ha llegado a presentar crisis en la red hospitalaria, y esta difícil situación se ha ido convirtiendo en fortaleza al permitir reforzar el sistema de salud departamental, cumpliendo así con la misión de esta secretaría.
 - Es evidente el sentido de pertenencia, el alto grado de responsabilidad, el sentido social y la vocación de servicio en los funcionarios entrevistados.
 - De acuerdo con los temas abordados, se puede concluir que el equipo Directivo conoce y contribuye al funcionamiento y mejora continua del Sistema Integrado de Gestión.
 - Se cumplió a cabalidad el objetivo y alcance de la auditoría realizada, mediante el **uso de la virtualidad**.

- **GESTION EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL-LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**
 - La auditoría inició con la planificación para la que fue necesario realizar una revisión de los procesos registrados en el sistema integrado de gestión para el laboratorio departamental de salud pública.
 - Una vez se dio a conocer el programa de auditoría en entrevista con el director de salud integral y el coordinador del grupo se inició con el recorrido por los diferentes laboratorios de atención a personas y ambiente.
 - Se evidenció en todos los procesos auditados, el conocimiento, la toma de conciencia y la competencia frente al SIG, lo que permite observar que los procesos de comunicación interna se llevan a cabo, así como las actividades de sensibilización frente a la importancia del SIG.
 - Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad su avance es Aceptable Para avanzar más se requiere fortalecer algunos aspectos preventivos y correctivos según las observaciones generadas, con el fin de complementar y generar las mejoras correspondientes.

- **GESTION FINANCIERA**
 - La Auditoría Interna al Proceso de Gestión Financiera se planificó a partir de la revisión documental de la caracterización del proceso revisando su ciclo PHVA, los procedimientos, formatos, manuales guías y planes, indicadores, mapa de riesgos, matriz de información comunicativa, matriz de partes interesadas, y ciclo de vida del proceso.
 - Su ejecución se realizó a partir de la reunión de apertura el día 13 de octubre la cual se realizó virtualmente a través de la plataforma TEAMS con la participación de la secretaría de hacienda y 5 directores responsables del proceso de gestión financiera de la cual hay evidencia a través de video y

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	27 de 41

registro de asistencia. Se realizaron las entrevistas de acuerdo al cronograma a los Directores de Ingresos, Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y a la Directora Financiera y administrativa de la Secretaría de Educación. La entrevista de la secretaria de Hacienda se realizó virtualmente el día miércoles 14 de octubre de la cual hay video como evidencia de lo auditado.

- Producto de la Revisión documental, de las entrevistas y de la observación directa se identificaron las fortalezas, oportunidades de mejora y no conformidades. Destacándose la disposición del personal para la ejecución del proceso de auditoría y para el mantenimiento y mejora del Sistema integrados de Gestión.
- Finalmente se evidenció que el proceso de Gestión Financiera bajo la responsabilidad de la Secretaría de Hacienda, cumple con los requisitos legales, reglamentarios del sistema Integrado de Gestión, aplicables al proceso. Ejecutando los programas, proyectos y metas del plan de desarrollo “Santander Siempre Contigo y para el Mundo”, Cumpliendo los requisitos, necesidades y expectativas de las partes interesadas buscando lograr la satisfacción de los ciudadanos, la Protección del medio ambiente y la seguridad y salud en el trabajo.

• JURIDICA Y CONTRATACIÓN

- Para una mayor claridad del Proceso de Jurídica y Contratación se deben separar en Carpetas y estructuras individuales, ya que la Oficina Jurídica es la encargada de la defensa Jurídica del Departamento y el asesoramiento a las diferentes dependencias de la gobernación, dependiendo directamente del Despacho del Gobernador. Y la Dirección Administrativa de Contratación de Bienes y Servicios depende directamente de la Secretaría General, al visualizar sus componentes no se denota diferencias en sus registros; creando confusión al interior de los usuarios del Sistema Integrado de Gestión por lo tanto hay que aplicarle una reingeniería al proceso.
- La Oficina Jurídica, la Dirección Administrativa de Contratación Bienes y Servicios de la Secretaría General, el Grupo de Apoyo Jurídico Secretaría de Educación y el Grupo de Contratación y Apoyo Jurídico Secretaria de Salud, se han comprometido con las dificultades debido a la situación acarreada por la pandemia covid-19, lo cual denota su compromiso institucional en pro del buen funcionamiento de la administración departamental.
- A nivel del modelo integrado de gestión mipg, se denota una gran falencia ya que esta herramienta es nueva para la gran mayoría de funcionarios, se debe adelantar una socialización a gran escala para poder en rutar el modelo y dar cumplimiento con los requerimientos del gobierno nacional.

• PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

- Se evidenció que el proceso de Planificación Estratégica cumple con los requisitos legales, reglamentarios del sistema Integrado de Gestión, aplicables al proceso, ejecutando los programas, proyectos y metas del plan de desarrollo "Santander Siempre Contigo y para el Mundo 2020-2023", cumpliendo los requisitos, necesidades y expectativas de las partes interesadas buscando lograr la satisfacción de los ciudadanos, la Protección del medio ambiente y la seguridad y salud en el trabajo.

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	28 de 41

- **SEGURIDAD Y CONVIVENCIA-GESTIÓN DEL RIESGO**

- El Proceso de Seguridad y Convivencia se encuentra Documentado y sus acciones son de gran importancia para el cumplimiento de su parte misional.
- Se recomienda la revisión de la estructura orgánico funcional de la dirección con el fin de reorganizar las dependencias tendientes al cumplimiento de su misión institucional
- La planta de personal es escasa, pero existe compromiso por parte de los funcionarios y contratistas en el desarrollo de sus funciones y actividades.
- Dentro del Sistema Integrado de Gestión es necesario revisar la forma de actualizar el nomograma de los diferentes procesos siendo coherentes con el normograma publicado en el link de transparencia y acceso a la información.

- **SEGURIDAD Y CONVIVENCIA-SECRETARIA DEL INTERIOR**

- El Proceso de Seguridad y Convivencia se encuentra Documentado y sus acciones son de gran importancia para el cumplimiento de su parte misional.
- Existen varias metas en el plan de desarrollo departamental que aún no tienen porcentaje de avance.
- Se recomienda la revisión de la estructura orgánico funcional de la secretaria con el fin de reorganizar las dependencias tendientes al cumplimiento de su misión institucional.
- La planta de personal es escasa, pero existe compromiso por parte de los funcionarios y contratistas en el desarrollo de sus funciones y actividades.

- **SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN – SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

- La Auditoría Interna al Proceso de Sistemas Integrados de Gestión – Seguridad y Salud en el Trabajo se planificó a partir de la revisión documental de la caracterización del proceso revisando su ciclo PHVA, los procedimientos, formatos, manuales guías y planes, indicadores, mapa de riesgos, matriz de información comunicativa, matriz de partes interesadas, y ciclo de vida del proceso.
- Su ejecución se realizó a partir de la reunión de apertura el día 19 de octubre de 2020 la cual se realizó presencialmente en el despacho de la Directora Administrativa de Talento Humano y conto con la participación de la doctora Elga Johanna Corredor Solano, el doctor Erwing Hermogenes Chacón Joben y su grupo de trabajo de SST, de lo anterior se cuenta con evidencia a través del registro de asistencia. Se realizaron las entrevistas de acuerdo con el cronograma establecido realizando recorridos al Palacio Amarillo, la Secretaría de Salud, IDESAN y la Secretaría de Agricultura.
- Producto de la revisión documental, de las entrevistas y de la observación directa se identificaron las fortalezas, oportunidades de mejora y no conformidades destacándose la disposición del personal para la ejecución

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	29 de 41

del proceso de auditoría y el mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión.

- Finalmente se evidenció que el proceso de Gestión Sistemas Integrados de Gestión – Seguridad y Salud en el Trabajo, bajo la responsabilidad del coordinador del grupo de SST en cabeza de la Directora Administrativa de Talento Humano, cumple con los requisitos legales y reglamentarios del sistema integrado de gestión aplicables al proceso, ejecutando los programas y proyectos formulados en su planeación, cumpliendo los requisitos, necesidades y expectativas de las partes interesadas buscando lograr la satisfacción de sus clientes, la protección del medio ambiente y la seguridad y salud en el trabajo.

● **SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION- CALIDAD Y AMBIENTAL**

- La auditoría interna programada para el Proceso de Sistemas Integrados de Gestión se realizó de conformidad con los objetivos y alcance establecido en el Plan de Auditoría, donde se evidenciaron Fortalezas, Oportunidades de Mejora y dos No Conformidades en la Gestión Ambiental.
- Se hizo revisión y verificación de documentos radicados en carpetas físicas y publicadas en la intranet proceso SIG (Caracterización, procedimientos, formatos, manuales, entre otros documentos), observándose organización en la documentación publicada en el sistema integrado de gestión, así como en los informes de auditoría, desde el planear, hacer, verificar y actuar.
- Igualmente se hizo revisión de los documentos de seguimiento a las no conformidades producto de la auditoría 2019 las cuales fueron superadas, así como a las oportunidades de mejora de las cuales se les hace seguimiento.
- Se realizaron entrevistas y recorrido por la Gobernación, las Secretarías de Vivienda, Tics y Agricultura para verificar avances en los programas de Gestión Ambiental. La auditoría se desarrolló en un ambiente respetuoso con disposición y actitud positiva por parte de los auditados al aceptar que pueden implementar acciones de mejora en el proceso.
- En la Secretaría de Salud, la verificación de los avances en los programas de gestión ambiental estuvo a cargo de los auditores internos Gustavo Rodríguez Pedraza y Diego Fernando Plata Jaimes, profesionales universitarios de la Dirección de Sistemas Integrados de Gestión SIG – Secretaría de Planeación de la Gobernación de Santander, quienes hicieron llegar el respectivo reporte que fue integrado al informe final de auditoría.
- Se reconocen los avances y madurez del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación, lo que ha permitido la certificación y recertificación por parte del ICONTEC.

● **TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

- La Auditoría Interna al Proceso de Gestión de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones se planificó a partir de la revisión documental de la caracterización del proceso revisando su ciclo PHVA, los procedimientos, formatos, manuales, guías y planes, indicadores, mapa de

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	30 de 41

riesgos, matriz de información comunicativa, matriz de partes interesadas y ciclo de vida del proceso.

- Su ejecución se realizó a partir de la reunión de apertura y el plan de Auditoría. Como resultado de las entrevistas, revisión documental y observación directa se identificaron las fortalezas y oportunidades de mejora, sobresaliendo la disposición y compromiso de los líderes y funcionarios para la ejecución del proceso de auditoría y para el mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión.
- En términos generales el Proceso de Gestión de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones — TIC, está en etapa de actualización e implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI del Departamento de Santander y de las políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital, contemplados en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG; no obstante, se ha dado apoyo de herramientas y talento humano en materia de tecnología de la información y comunicación ante la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- Finalmente, es importante revisar las recomendaciones en la medición del desempeño institucional de MIPG de la vigencia 2019, realizadas a la Gobernación de Santander para las políticas de Gobierno Digital y Seguridad Digital.

11. RESUMEN DE LOS RECURSOS USADOS EN AUDITORÍA

Los recursos usados durante la Auditoría 001-2020 de la Gobernación de Santander, se establecen en la siguiente tabla:

RECURSOS	Talento Humano: Auditores del Sistema Integrado de Gestión Tiempo: horario laboral de los funcionarios Auditados y Auditores. Tecnológicos: Computadores, internet, impresoras de la entidad Físicos: Papelería, Fotocopias, tintas.
-----------------	---

12. GRADO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS

12.1 NUMERALES DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015 INCUMPLIDOS.

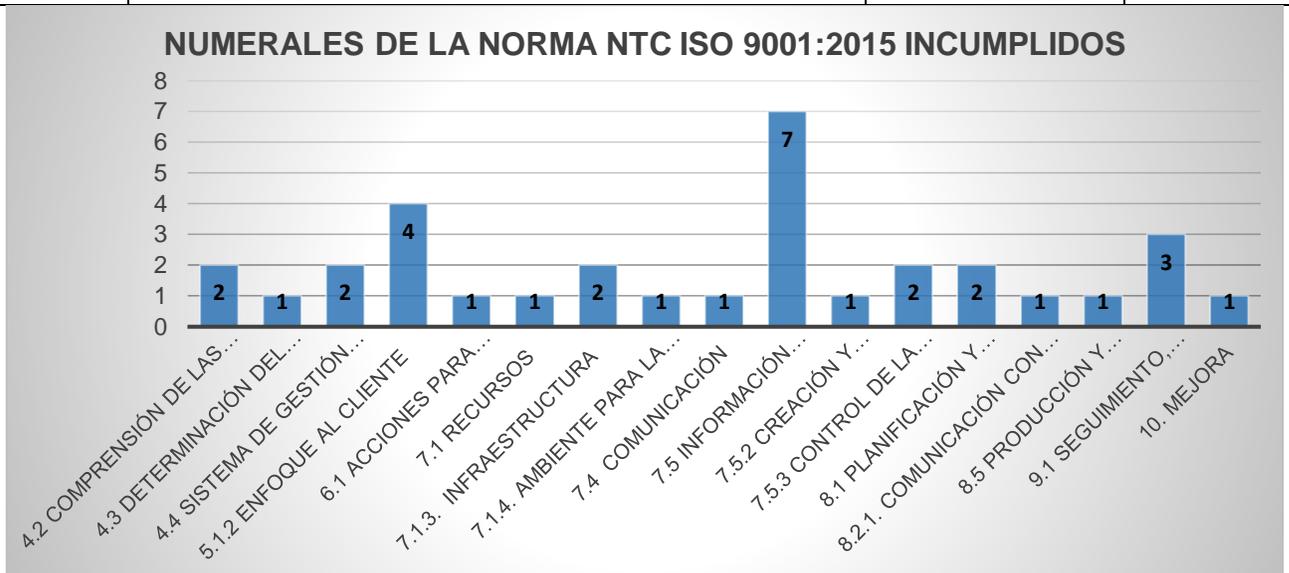
**INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA
 SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN**

CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
VERSIÓN	1
FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
PÁGINA	31 de 41

NUMERALES NTC-ISO 9001:2015 RELACIONADO	4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	4.3 Determinación del alcance del SIG	4.4 SIG de calidad y sus procesos	5.1.2 Enfoque al Cliente	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	7.1 Recursos	7.1.3. Infraestructura	7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos	7.4 Comunicación	7.5 Información documentada	7.5.2 Creación	7.5.3 Control de la información documentada	8.1 Planificación y control operacional	8.2.1. Comunicación con el cliente	8.5 Producción y provisión del servicio	9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación	10. Mejora	TOTAL
GESTIÓN FINANCIERA																1		1
ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL - GESTIÓN DE TALENTO HUMANO										1								1
ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL - CONTROL DISCIPLINARIO							1											1
ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL - FONDO TERRITORIAL DE PENSIONES DE SANTANDER		1								1						1		3
ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL - GESTIÓN DOCUMENTAL			1										1					2
ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL - GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS - GENERAL								1										1
JURÍDICA Y CONTRATACIÓN										1								1
SEGURIDAD Y CONVIVENCIA- SECRETARÍA DEL INTERIOR			1	1						1								3
SEGURIDAD Y CONVIVENCIA- GESTIÓN DEL RIESGO				1						1								2
DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO - SECRETARÍA DE INFRAESTRUCTURA				1										1				2
DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO - SECRETARÍA DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL										1								1
DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO - SECRETARÍA DE LA MUJER Y EQUIDAD DE GÉNERO					1					1								2
GESTIÓN EDUCATIVA	1			1	1					1	1						1	6
GESTIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL - LABORATORIO DE SALUD							1						1		1			3
ATENCIÓN AL CIUDADANO	1							1								1		3
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN - CALIDAD Y AMBIENTAL																		0
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO												1						1
TOTAL	2	1	2	4	1	1	2	1	1	7	1	2	2	1	1	3	1	33

**INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA
 SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN**

CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
VERSIÓN	1
FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
PÁGINA	32 de 41



Al analizar el grafico, se observa que el numeral de la norma NTC ISO 9001:2015 con mayor frecuencia dentro del total de las no conformidades de la auditoria interna 01-2020, realizada en la Gobernacion de Santander fue el numeral 7.5 Información documentada. De igual forma los numerales 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación y 5.1.2 Enfoque al Cliente, presentan una ocurrencia mayor con respecto a los demas numerales exectuando el numeral 7.5

12.2 NUMERALES DE LA NORMA NTC ISO 14001:2015 INCUMPLIDOS.

NUMERALES NTC-ISO 14001:2015 RELACIONADO	5.1 LIDERAZGOY COMPROMISO.	6.1.2 Aspectos ambientales	7.3 Toma de Conciencia	TOTAL
DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO - SECRETARÍA DE LA MUJER Y EQUIDAD DE GENERO		1		1
GESTIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL - LABORATORIO DE SALUD		1		1
SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN - CALIDAD Y AMBIENTAL.	1		1	2
TOTAL				4

12.3 NUMERALES DE LA NORMA NTC OHSAS 18001:2007 INCUMPLIDOS.

NUMERALES OHSAS 18001:2007 RELACIONADO	4.4.1. Recurso s, funciones, responsabilidad y autoridad	4.3.1. Identificación de Peligro s, Evaluación de riesgos y determinación de controles	4.3.2. Requisitos legales y otros.	4.5.4. Control de registros	4.4.6. Control Operacional	TOTAL
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	1	1	1	1	1	5

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	33 de 41

12.4 FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA MIPG

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
PROCESO		
GESTIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	1	
TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	1	
ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL - GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	1	
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		1
ATENCIÓN AL CIUDADANO		1
GESTIÓN FINANCIERA		1
JURÍDICA Y CONTRATACIÓN		1
DESARROLLO SOSTENIBLE Y COMPETITIVO - SECRETARÍA DE DESARROLLO		1
CONTROL Y EVALUACIÓN-CONTROL INTERNO		1
TOTAL	3	6

13. OPINIONES SIN RESOLVER

En la auditoría realizada al proceso de Administración Institucional - Gestión de Talento Humano, el equipo auditor evidencio 6 oportunidades de mejora para esta oficina, de las cuales 5 corresponden al grupo de Gestión de Talento Humano y una a la división de Sistemas integrados de Gestión.

14. OBSTACULOS ENCONTRADOS EN EL PROCESO DE AUDITORÍA

El primer obstáculo encontrado en el proceso de la auditoría interna realizada al Sistema integrado de Gestión de la Gobernación de Santander, fue planificada para los meses de julio y agosto, debido al estado de emergencia sanitaria decretado por el Gobierno Nacional generado por la pandemia del Coronavirus "Covid19", debió ser reprogramada y realizada entre el 26 de septiembre hasta el 30 de octubre de 2020. Cabe mencionar que debido al estado de emergencia las reuniones de apertura y cierre de la auditoría interna se realizaron virtualmente.

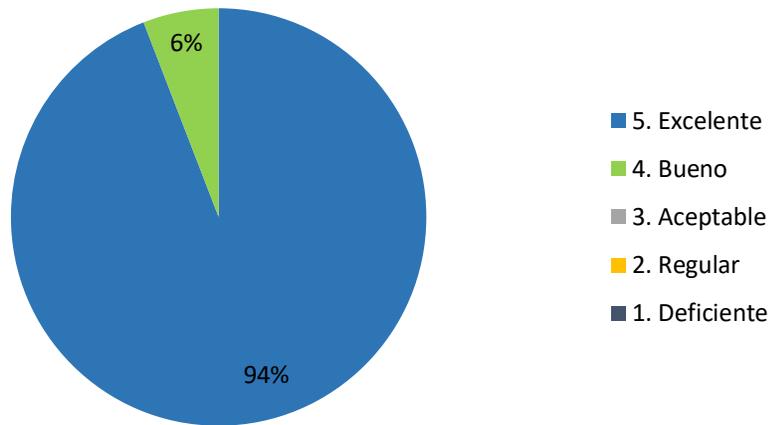
Posteriormente varios auditores debieron ser aislados ante un posible contagio de Covid19, como ocurrió con la auditora líder del proceso Desarrollo Sostenible y Competitivo - Secretaría de Cultura y Turismo, Martha Lucia Rodríguez Melo, quien debió aislarse y ser reemplazada por la auditora Vianey Portilla Rodríguez. Así mismo ante los posibles contagios de Covid 19, varios procesos fueron auditados de forma virtual, tal fue el caso de los procesos Gestión Financiera- Secretaría de Hacienda y Gestión en Salud y Seguridad Social.

Finalmente resaltar que, de los 67 auditores formados, no se pudo contar con la participación de 23 auditores, de los cuales 8 auditores ya no pertenecen a la organización y 15 auditores que se encontraban de vacaciones o en aislamiento ante un posible contagio de Covid 19.

15. EVALUACION AUDITORES INTERNOS

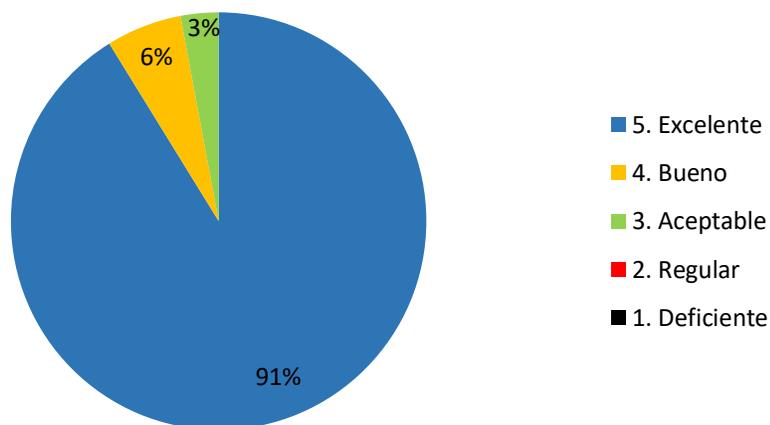
La evaluación de auditores internos se realizó de manera virtual mediante el uso de una encuesta definida por parte de la oficina de Sistemas Integrados de Gestión, esto en pro del compromiso de la Gobernación de Santander con el programa de uso eficiente de papel. Los resultados de la evaluación de auditores internos se muestran en las siguientes graficas:

1. ¿Notificó y socializó el Plan de Auditoría (Agenda de Reuniones) oportunamente?



Al analizar el grafico, se observa que el 94% de los encuestados calificaron de excelente la notificación y socialización realizada por parte de los auditores a cada proceso del Sistema Integrado de Gestion.

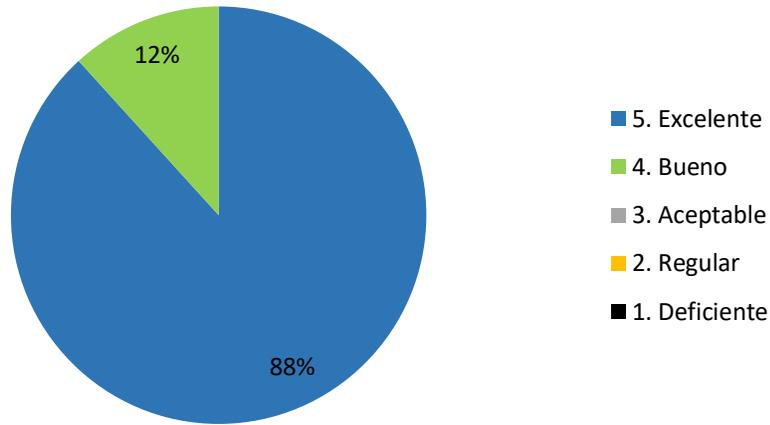
2. ¿Elaboró, socializó y ajustó el Plan de auditoría con el auditado en los términos establecidos para tal fin, dentro del programa de auditorías?



El grafico anterior muestra que el 91% de los encuestados calificaron de excelente la elaboración, socialización y ajuste el plan de auditoría en los terminos establecidos para tal fin, asi mismo, el 3% de los encuestados consideraron de aceptable esta labor realizada por los auditores.

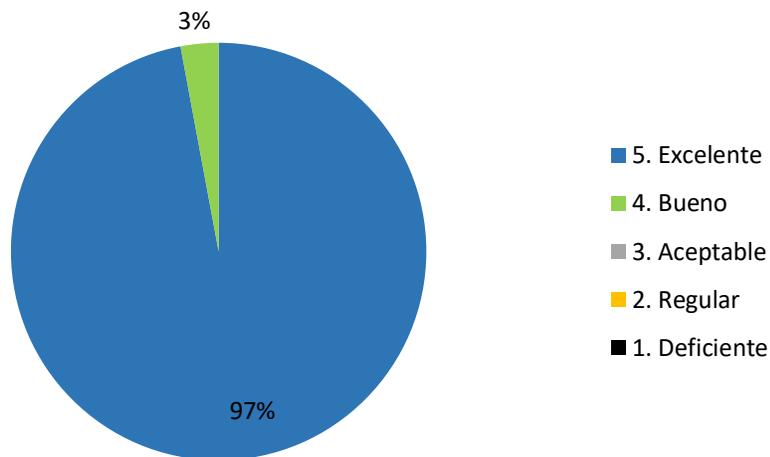
3. ¿Inició la auditoría a la hora señalada en el plan de auditoría?

CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
VERSIÓN	1
FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
PÁGINA	35 de 41



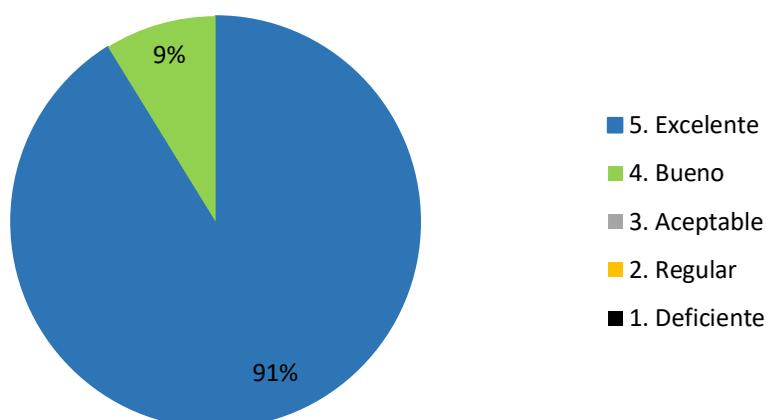
El 88 % de los encuestados consideraron que se dio inicio a la auditoría realizada en cada oficina, en la hora establecida en el plan de auditoría. Permitiendo evidenciar el compromiso de los funcionarios auditados y auditores con la auditoría interna del año 2020.

4. En la reunión de apertura, ¿Presentó con claridad el propósito, alcance de la auditoría y metodología a utilizar e informó sobre los beneficios de la auditoría?



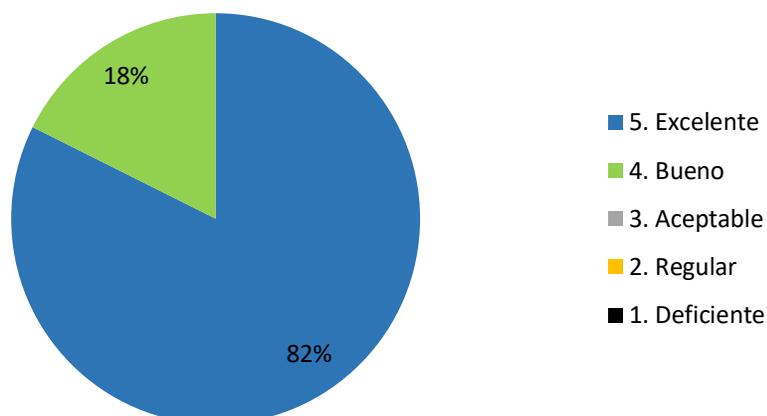
Al analizar el gráfico anterior, se puede concluir que el 97% de los encuestados, calificaron de excelente la presentación realizada por parte de cada auditor de los propósitos, el alcance de la auditoría que se estaba llevando a cabo, los beneficios y la metodología a utilizar.

5. En la entrevista, ¿Hizo introducción y aclaró el propósito de la misma? ¿Se interesó en profundizar sobre un criterio particular? ¿Expresó las inquietudes y preguntas con claridad?



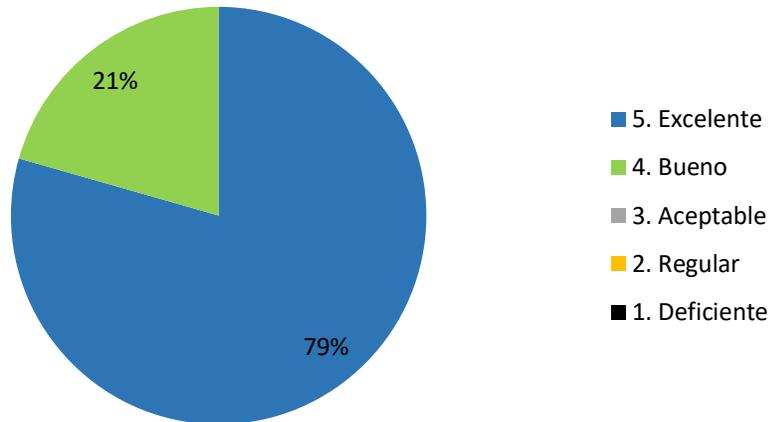
El 91 % de los líderes de procesos auditados, calificaron de excelente la introducción y exposición del propósito de la auditoría interna por parte de los auditores, igualmente resaltar la claridad de cómo se manifestó las inquietudes que realizadas por los auditores.

6. ¿Demostró conocimiento y preparación previa del tema a entrevistar? ¿Mantuvo el orden y la secuencia en la entrevista?



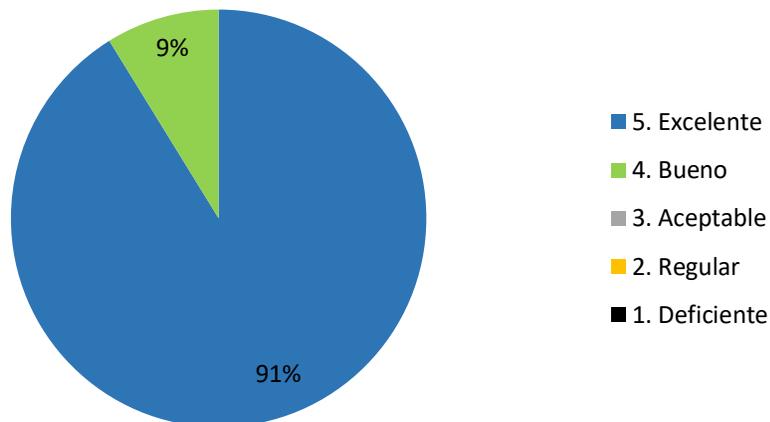
El 82% de los encuestados, manifestaron que los auditores asignados para realizar la auditoría a sus respectivos procesos, demostraron tener conocimientos y preparación de la entrevista, durante la ejecución de la auditoría.

7. ¿Confrontó las respuestas del entrevistado con registros solicitados al azar y se interesó por ampliar en su contenido?



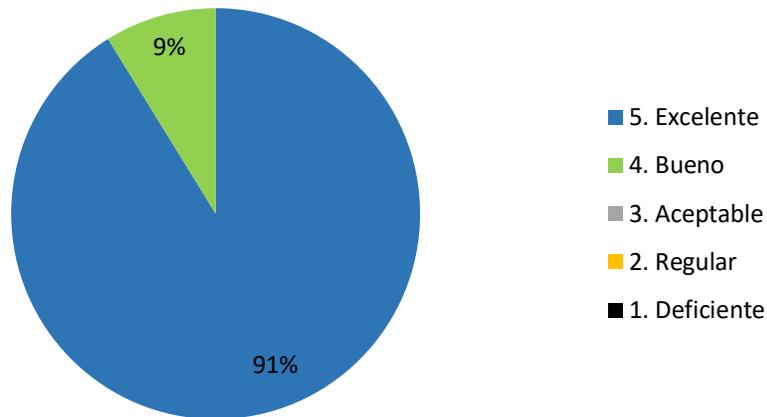
Con base en el grafico anterior, se puede concluir que el 79% de los encuestados, consideraron de excelente, la solicitud de registros o documentos por parte de los auditores para verificar las respuestas dadas por los líderes de los procesos durante la ejecución de la auditoría.

8. ¿Permitió hablar al entrevistado y lo escuchó con atención?



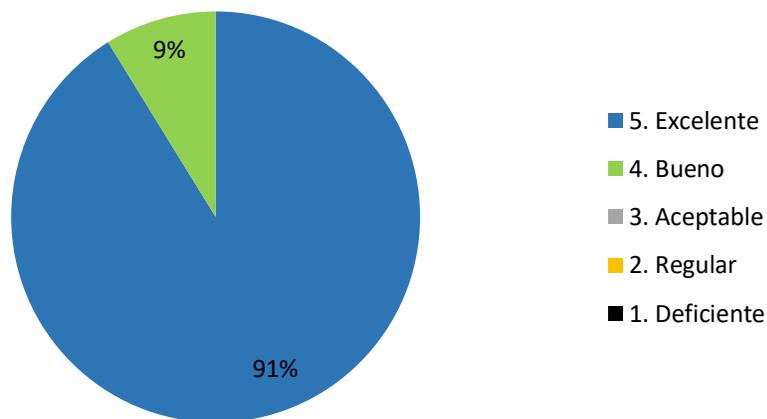
El 91% de los encuestados consideraron de excelente como se llevó a cabo la auditoría a sus procesos por parte de cada auditor, ya que no solo manifestó sus preguntas sobre el proceso, si no que escucho y resolvió las inquietudes que tenían los responsables del proceso que estaba auditando.

9. ¿Controló el tiempo de la entrevista y fue eficaz en su uso? ¿Se mantuvo dentro del alcance de la entrevista? ¿Manejó acertadamente situaciones divergentes?



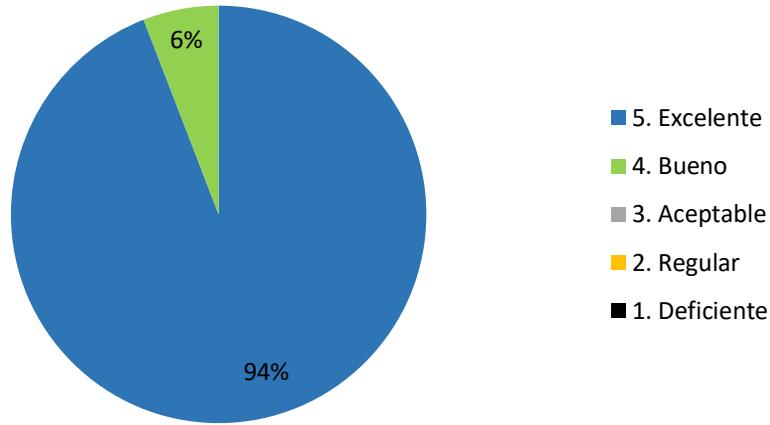
Con base en el grafico se puede observar que el 91% de los encuestados, dio un puntaje de excelente, con respecto de cómo los auditores manejaron el tiempo y dieron un manejo acertado a las situaciones divergentes que se presentaron en la auditoría.

10. ¿Demostró comportamiento ético y cordialidad en el trato?



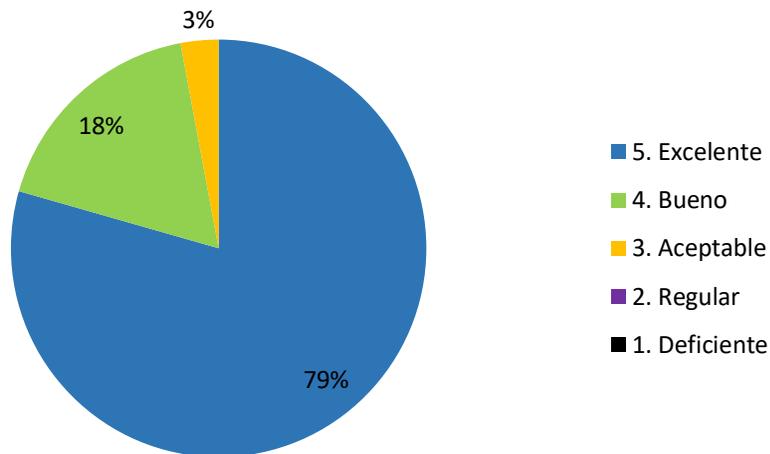
El grafico anterior permite concluir que el 91% de los encuestados, determino que los auditores tuvieron un excelente comportamiento ético y cordial durante la auditoría interna.

11. ¿Demostró capacidad para mantener el liderazgo en la conducción de la auditoría?



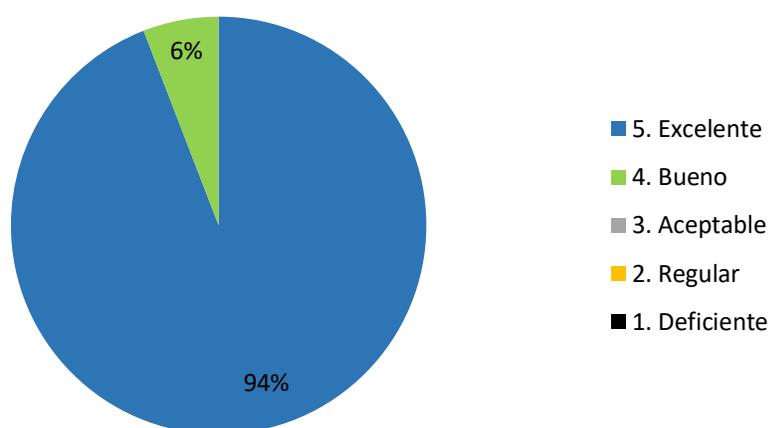
El 94% de los líderes de procesos encuestados, respondió que los auditores tuvieron un excelente liderazgo durante la auditoría interna de cada proceso.

12. ¿Demostró mentalidad abierta, es decir, dispuesto a considerar ideas o puntos de vista alternativos?



El grafico anterior permite concluir que el 79% de los encuestados, determino que los auditores tuvieron una excelente disponibilidad de escuchar y considerar ideas o puntos de vista alternativos.

13. ¿Dio cumplimiento al plan de auditoría, en lo referente al cierre y entrega del informe?



El 94% de los líderes de procesos manifestó que se dio excelente cumplimiento al plan de auditoría presentado por cada uno de los auditores.

• QUE ASPECTOS PODRIA MEJORAR EL AUDITOR EN SU PROXIMA AUDITORÍA.

A continuación, se mencionan que aspectos se podría mejorar para las próximas auditorías, manifestados por los líderes de cada proceso.

Fortalecer el uso de herramientas tecnológicas, que permitan realizar una adecuada auditoría interna.

Seguir fortaleciendo la capacitación del equipo de auditores internos.

Asignar mayor tiempo para realizar la auditoría interna.

	INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	CÓDIGO	ES-SIG-RG-48
		VERSIÓN	1
		FECHA DE MODIFICACIÓN	06/10/2020
		PÁGINA	41 de 41

16. DISTRIBUCION DEL INFORME

Mauricio Aguilar Hurtado
 Gobernador de Santander
Javier Orlando Acevedo Beltrán
 Secretario de Planeación
Benjamín Gutiérrez Sanabria
 Jefe oficina de Control Interno

Publicación en internet

17. DECLARACION SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD

Tomando como referencia los principios de auditoría de la norma ISO 19011:2018, el principio de confidencialidad, nuestros auditores proceden con discreción durante la utilización y la protección de la información que ha adquirido durante la realización de la auditoría.

La información recolectada durante la auditoría no puede usarse de forma inapropiada para beneficio personal o intereses personales de los auditores, de forma que pueda perjudicar al interés legítimo de la institución. Igualmente, los equipos auditores se comprometerán al tratamiento apropiado de la información sensible o confidencial, y el informe de auditorías será allegado a los líderes de cada uno de los 12 procesos auditados, promoviendo la transparencia ya que se presenta un informe confiable que cumple con todos los demás principios de auditoría plasmados en la norma ISO 19011:2018.

Presentado por:



CRISTHIAN ORLANDO BECERRA HERNÁNDEZ
 Director de Sistemas Integrados de Gestión

Revisó:
 Consolidó y Proyectó:

Gustavo Rodríguez Pedraza, Profesional Universitario-CPS
 Jhojan Güiza Centeno, Profesional Universitario -CPS