

**INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)**

CÓDIGO	VERSIÓN	VIGENTE A PARTIR DE	PÁGINA	DE
<b>CSG-RG-18</b>	<b>03</b>	<b>2023-06-15</b>	<b>1</b>	<b>13</b>

<b>Organización:</b>	<b>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO</b>		
<b>Dirección:</b>	<b>Av. El Dorado No 66 - 63</b>		
<b>Representante de la organización:</b>	<b>EDNA CRISTINA BONILLA SEBÁ - MARCO BARRERA RICARDO RODELO LOPEZ</b>		
<b>Criterios de Auditoría:</b>	<b>ISO 9001:2015</b>		
<b>Sitio (s) Auditados:</b>	<b>Av. El Dorado No 66 - 63</b>	<b>Fecha de Auditoria:</b>	<b>20 y 21 de septiembre de 2023</b>
<b>*No. de personas dentro del alcance:</b> <small>Debe coincidir con el número de personal reportado en el GMV-RG-70</small>	<b>78</b>	<b>No. De turnos:</b>	<b>1 desde las 8:00 am hasta las 5:00 pm</b>
<b>Tipo de auditoría:</b>	<input type="checkbox"/> Inicial Etapa 2 <input checked="" type="checkbox"/> Seguimiento 1 <input type="checkbox"/> Seguimiento 2 <input type="checkbox"/> Ampliación <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Extraordinaria/Complementaria <input type="checkbox"/> Otra:		
<b>Modalidad:</b>	<input type="checkbox"/> Auditoría en sitio <input checked="" type="checkbox"/> Auditoria parcialmente remota <input type="checkbox"/> Auditoría totalmente remota		
<b>Alcance de Certificación:</b>	<b>Inicia con la definición de lineamientos y finaliza con el seguimiento a la prestación del servicio integral a la ciudadanía y la identificación e implementación de acciones de mejora del proceso en la Secretaría de Educación del Distrito Nivel Central y Local.</b>		
<b>Sector IAF:</b>	<b>IAF 3B - NACE 84.12</b>		
<b>Auditor Líder:</b>	<b>Alex Calderón Rivera</b>		
<b>Auditor:</b>	<b>N/A</b>		
<b>Experto Técnico:</b>	<b>N/A</b>		
<b>Observador(es):</b>	<b>N/A</b>		

**1. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA**

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

**2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

- 2.1 Los criterios de la auditoría incluyen la norma de requisitos de sistema de gestión, la información documentada del sistema de gestión establecida por la organización para cumplir los requisitos de la norma, otros requisitos aplicables que la organización suscriba y documentos de origen externo aplicables.
- 2.2 El alcance de la auditoría, las unidades organizacionales o procesos auditados se relacionan en el plan de auditoría, que hace parte de este informe.



## INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)

CÓDIGO	VERSIÓN	VIGENTE A PARTIR DE	PÁGINA	DE
<b>CSG-RG-18</b>	<b>03</b>	<b>2023-06-15</b>	<b>2</b>	<b>13</b>

- 2.3 La auditoría se realizó por toma de muestra de evidencias de las actividades y resultados de la Organización y por ello tiene asociada la incertidumbre, por no ser posible verificar toda la información documentada.
- 2.4 Se verificó la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales o reglamentarios aplicables en el alcance del sistema de gestión, establecidos mediante su identificación, la planificación de su cumplimiento, la implementación y la verificación por parte de la Organización de su cumplimiento.
- 2.5 El equipo auditor manejó la información suministrada por la Organización en forma confidencial y la retornó a la Organización, en forma física o eliminó la entregada en otro medio, solicitada antes y durante el proceso de auditoría.
- 2.6 ¿Al haberse ejecutado la auditoría de acuerdo con lo establecido en el plan de auditoría, se cumplieron los objetivos de esta?  
Si  No
- 2.7 ¿Se evidenciaron las acciones tomadas por la Organización para solucionar las áreas de preocupación, reportadas en el informe de la Etapa 1?:  
Si  No  NA
- 2.8 Si se aplicó toma de muestra de múltiples sitios, indicar cuáles sitios permanentes se auditaron y en qué fechas: AAAA-MM-DD – NO APLICA, ES ÚNICO SITIO
- 2.9 ¿En el caso del Sistema de Gestión auditado están justificados los requisitos no aplicables acordes con lo requerido por el respectivo referencial?  
Si  No  NA

Se cuenta con la declaración de las inaplicabilidades de los numerales 7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones - No aplicabilidad.


El Sistema de Gestión de la Calidad del proceso Servicio Integral a la Ciudadanía excluye la aplicación de siguiente requisito de la ISO 9001: 2015.

Durante la realización del servicio no se requiere calibrar o verificar, o ambas, a intervalos especificados, o antes de su utilización, contra patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; que se requiera demostrar la trazabilidad.

Se cuenta con los soportes de informes de los mantenimientos de los servidores y la infraestructura TIC que son responsabilidad del proceso de infraestructura IT no siendo parte del alcance de certificación, pero son controlados e informados al proceso de servicio integral a la ciudadanía.

8.3 Diseño y Desarrollo de los productos y servicios - Este requisito no aplica para el Sistema de Gestión de la Calidad del proceso Servicio Integral a la Ciudadanía, debido a que por naturaleza del proceso en mención solo suministran servicios a la comunidad educativa que no requieren del diseño y desarrollo, lo cual no afecta la capacidad o responsabilidad de la dependencia para proporcionar servicios acordes con los requisitos legales, reglamentarios vigentes y de los usuarios.

Cabe aclarar, que la definición de la prestación del servicio está dada por los lineamientos legales vigentes establecidos a nivel nacional y distrital, que dan alcance a lo establecido en el objetivo de la caracterización del proceso.

	INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)			
	CÓDIGO	VERSIÓN	VIGENTE A PARTIR DE	PÁGINA DE
	<b>CSG-RG-18</b>	<b>03</b>	<b>2023-06-15</b>	<b>3 13</b>

2.10 ¿Se auditaron actividades en sitios temporales o fuera del sitio de acuerdo con el listado de contratos o proyectos entregado por la Organización?:

Si  No  NA

2.11 ¿Es una auditoría de ampliación o reducción?

Si  No

Si aplica indicar el cambio del alcance objeto de ampliación o reducción: actividades, proyectos, contratos, procesos, etc., o sitios o líneas del negocio.

Si la respuesta fue No, por favor justificar el alcance actual por medio de actividades, proyectos, contratos, procesos, etc., o sitios o líneas de negocio.

Inicia con la definición de lineamientos y finaliza con el seguimiento a la prestación del servicio integral a la ciudadanía y la identificación e implementación de acciones de mejora del proceso en la Secretaría de Educación del Distrito Nivel Central y Local.

Comprende la definición y divulgación de lineamientos y estrategias de servicio, gestión y solución integral a los requerimientos de la ciudadanía, el cual se determinó en la caracterización del proceso Servicio Integral a la Ciudadanía.

Objetivo: Fortalecer las relaciones entre la ciudadanía y la entidad, por medio de la prestación de un servicio integral que responda a las necesidades de los usuarios internos y externos, con el fin de mejorar la confianza institucional y la satisfacción con los servicios prestados por la SED.

Líder del proceso: el (la) jefe Oficina de Servicio al Ciudadano.

El alcance de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad del Manual Interno De La Calidad Proceso Servicio Integral A La Ciudadanía Norma ISO 9001:2015 y lo estipulado en la norma ISO9001:2015 aplica a Nivel Central y local.

2.12 ¿El Alcance de Certificación es coherente con los procesos, servicios y/o productos que realiza el cliente/organización?

Si  No


2.13 ¿En el caso de los esquemas en los que es aplicable el requisito de diseño y desarrollo del producto o servicio (Por ejemplo, el numeral 8.3, de la norma ISO 9001:2015), este se incluye en el alcance del certificado?:

Si  No  NA

2.14 ¿Existen requisitos legales para el funcionamiento u operación de la Organización o los proyectos que realiza, por ejemplo, habilitación, registro sanitario, licencia de funcionamiento, licencia de construcción, licencia o permisos ambientales en los que la Organización sea responsable?:

Si  No

2.15 ¿Se evidencian cambios significativos en la Organización, desde la anterior auditoría, por ejemplo, relacionados con alta dirección, estructura organizacional, sitios permanentes bajo el alcance de la certificación, cambios en el alcance de la certificación diferentes a ampliación o reducción, entre otros?

	INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)			
	CÓDIGO <b>CSG-RG-18</b>	VERSIÓN <b>03</b>	VIGENTE A PARTIR DE <b>2023-06-15</b>	PÁGINA DE <b>4 13</b>

Si  No  NA

2.16 ¿Si la organización realiza actividades del alcance en turnos nocturnos que no pueden ser visitadas en el turno diurno, estas fueron auditadas en esta auditoría?

Si  No  NA

En caso afirmativo descríbalas:

Los servicios de atención al ciudadano se determinan solo en los horarios diurnos desde las 07:30 hasta las 4:30.

2.17 ¿Se encontraron controlados los procesos de origen externo (out sourcing), cuyo resultado incide en la conformidad del producto y/o servicio que afectan la satisfacción del cliente?

Si  No  NA

Proceso de origen externo: todos los procesos del alcance se desarrollan desde el personal de la secretaria de educación distrital

2.18 ¿Se presentaron, durante la auditoría, cambios que hayan impedido cumplir con el plan de auditoría inicialmente acordado con la Organización?

Si  No  En caso afirmativo, cuáles:

2.19 ¿Existe algún tema o cuestión pendiente “no resuelta” que se haya presentado durante el proceso de auditoría?

Si  No  En caso afirmativo, cuáles:

2.20 ¿Existen aspectos o resultados significativos de esta auditoría, que incidan en el programa de auditoría del ciclo de certificación?

Si  No

2.21 Cuando sea aplicable, esta fue una auditoría:

Conjunta  Combinada  Integrada

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

Si  No  NA

2.23 Se verificó si la Organización implementó o no, el plan de acción establecido para solucionar las no conformidades menores pendientes de la auditoría anterior de SERVIMETERS y si fueron eficaces.

NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz
----	--	--	-------------



## INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)

CÓDIGO	VERSIÓN	VIGENTE A PARTIR DE	PÁGINA	DE
<b>CSG-RG-18</b>	<b>03</b>	<b>2023-06-15</b>	<b>5</b>	<b>13</b>

			la acción? Si/No
1	<p>NO-CONFORMIDAD # 1 - Numeral Auditado: 7.2</p> <p>1. DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO</p> <p>1. No se evidencia para dos (2) de tres (3) cargos que se conserva la información documentada apropiada, como evidencia de la competencia de formación en el proceso "Gestión del Talento Humano" conforme a la Resolución 1865 del 14/10/2015 durante el año 2022.</p> <p>Incumpliendo el numeral 7.2 literal d.) de la NTC ISO 9001:2015.</p> <p>Análisis de causas</p> <p>1. No se evidencia documentación en el seguimiento de la apropiación de los conocimientos básicos o esenciales de cada cargo personal de planta relacionados en el Manual de Funciones, según lo estipulado en la Resolución 1865 de 2015.</p> <p>2. Los ítems de conocimientos básicos o esenciales de cada cargo, no se encuentran de manera específica en las actividades de inducción y reinducción para el personal de planta de la Oficina de Servicio al Ciudadano.</p> <p>Acción correctiva (Acción tomada para eliminar la causa de la No conformidad) Realizar socialización de los temas relacionados en el manual de funciones (Resolución 1865 de 2015) correspondiente a los ítems de los conocimientos básicos o esenciales del personal de la Oficina de Servicio al Ciudadano.</p> <p>Se cuenta con el informe de socialización de conocimientos básicos y esenciales realizado 14/10/2022 - en el cual se cuenta con la consideración de los elementos para la socialización - incluidos objetivos del sistema objetivos de la entidad - plan distrital de la entidad - circulares internas - se cuenta con la lista de asistencia del personal de la entidad registro en el documento Lista de asistencia código 21-IF-007 v. 1 registro de asistencia desarrollado el 11/10/2022 de 11 a 12 am - asisten los líderes y los involucrados en el proceso - socialización del 12 de octubre listado de asistencia de 7 a 8 am dirigido a funcionarios de planta y provisionales</p> <p>Incluir en las temáticas de inducción y reinducción de la Oficina de Servicio al Ciudadano, la socialización y evaluación de los ítems de los conocimientos básicos o esenciales del personal de la Oficina de Servicio al Ciudadano.</p> <p>Se cuenta con el registro de Temáticas de inducción y reinducción oficina de servicio al ciudadano SED versión 1 del 5/07/2023 se toma el registro de la socialización para la funcionaria Diana Marcela Ríos Auxiliar administrativa desarrollado el</p> <p>Documentar y conservar la información de las socializaciones y evaluaciones, permitiendo demostrar la competencia en el asunto referenciado anteriormente. 14 de octubre de 2022.</p> <p>Listados de asistencia, acta, material de apoyo, documento de evaluación, temáticas de inducción y reinducción de la OSC e informe de Cualificación y Promoción.</p> <p>Se cuenta con el informe de socialización de conocimientos básicos y esenciales realizado 14/10/2022 - en el cual se cuenta con la consideración de los elementos para la socialización - se cuenta con los registros para la funcionaria Diana Marcela Ríos - responsable de la inducción Angelica Vargas - y se deja el registro de las fechas que se recibe la inducción por cada una de las áreas - fechas y responsable en cada área</p> <p>Se evidencia el cierre Eficaz de la NC - SI, se cuenta con los soportes y evidencias</p>	<p>Se cuenta con el informe de socialización de conocimientos básicos y esenciales realizado 14/10/2022 - en el cual se cuenta con la consideración de los elementos para la socialización - incluidos objetivos del sistema objetivos de la entidad - plan distrital de la entidad - circulares internas - se cuenta con la lista de asistencia del personal de la entidad registro en el documento Lista de asistencia código 21-IF-007 v. 1 registro de asistencia desarrollado el 11/10/2022 de 11 a 12 am - asisten los líderes y los involucrados en el proceso - socialización del 12 de octubre listado de asistencia de 7 a 8 am dirigido a funcionarios de planta y provisionales</p> <p>Se cuenta con el registro de Temáticas de inducción y reinducción oficina de servicio al ciudadano SED versión 1 del 5/07/2023 se toma el registro de la socialización para la funcionaria Diana Marcela Ríos Auxiliar administrativa desarrollado</p> <p>Se cuenta con el informe de socialización de conocimientos básicos y esenciales realizado 14/10/2022 - en el cual se cuenta con la consideración de los elementos para la socialización - se cuenta con los registros para la funcionaria Diana Marcela Ríos -</p>	SI



## INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)

CÓDIGO	VERSIÓN	VIGENTE A PARTIR DE	PÁGINA	DE
<b>CSG-RG-18</b>	<b>03</b>	<b>2023-06-15</b>	<b>6</b>	<b>13</b>

		responsable de la inducción Angelica Vargas - y se deja el registro de las fechas que se recibe la inducción por cada una de las áreas - fechas y responsable en cada área	
2	<p>Numeral Auditado: 7.5.3.2 - DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO</p> <p>1. No se evidencia que para tres (3) de seis (6) documentos codificados, sean conformes a los registros del sistema Solución para control documental en el proceso de Atención al ciudadano durante el año 2022.</p> <p>Corrección - El registro de información del próximo informe del Plan Operativo Anual se realizará en el formato establecido en el aplicativo de control de documentos denominado 01-IF-002 Informe de Gestión POA - Nivel Central. OCT/07/2022 01-IF-002 Informe Plan Operativo Anual -POA.</p> <p>Análisis de causas</p> <p>1. Insuficiente conocimiento del personal de la Oficina de Servicio al Ciudadano respecto a la importancia de utilizar documentación controlada en el Sistema de Gestión de la Calidad, ya sea la del repositorio de evidencias y documentos de trabajo del SharePoint o la del aplicativo Solución.</p> <p>2. No aplicación de los controles de elaboración, revisión y aprobación del documento por parte del personal de la Oficina de Servicio al Ciudadano.</p> <p>3. Falta de verificación y actualización de la documentación utilizada en el proceso de Servicio Integral a la Ciudadanía en el aplicativo ISolucion para el control de documentación por parte del personal de la Oficina de Servicio al Ciudadano.</p> <p>Acción correctiva - Monitorear la documentación en cumplimiento numeral 7.5.3.2 al proceso Servicio Integral al Ciudadano por parte del responsable de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, con el fin de reducir las posibilidades de uso de documentación obsoleta o ajena al sistema.</p> <p>se cuenta con el acá de reunión código 21-IF-001 v1 en el cual se cuenta con la reunión de la actividad reinvéntate en el cual se lleva el registro de actividades frente al compromiso en el cargue de la información en el Isolution y conservación de la documentación según el control de información documental - reunión del 26/11/2022 - la información se evidencia registrada en el Share Point de la entidad</p> <p>Se cuenta con el acta de reunión del 11/07/2023 en el cual se hace la socialización de temas relacionados con el origen de la no conformidad - fuentes de información documentada - temática socializar y sensibilizar las temáticas del sistema de gestión de la calidad, políticas y fuentes de información documentada - socialización de política y se deja el registro de la asistencia del personal de quienes se conectaron y asistieron desde la plataforma de forms</p> <p>Sensibilizar por parte del responsable de formación a todo el personal de la OSC, respecto al uso del aplicativo ISolucion con la documentación que le es transversal a toda la Entidad, con el fin de conocer las fuentes de información del sistema y uso de la documentación controlada. 31/DIC/2022 Actas y listados de asistencia, informe de implementación del SGC o resoluciones de adopción.</p> <p>se cuenta con la retroalimentación y registro de evaluación de conocimiento de las actividades del cierre de la no conformidad frente al acceso de información documentada - se cuenta con el acta de cierre en el cual se da el cierre a las no conformidades del proceso de otorgamiento del 2022 y se cuenta con el seguimiento de las no conformidades del proceso de auditoría interna - se deja el registro de</p>	<p>se cuenta con el acá de reunión código 21-IF-001 v1 en el cual se cuenta con la reunión de la actividad reinvéntate en el cual se lleva el registro de actividades frente al compromiso en el cargue de la información en el Isolution y conservación de la documentación según el control de información documental - reunión del 26/11/2022 - la información se evidencia registrada en el Share Point de la entidad</p> <p>Se cuenta con el acta de reunión del 11/07/2023 en el cual se hace la socialización de temas relacionados con el origen de la no conformidad - fuentes de información documentada - temática socializar y sensibilizar las temáticas del sistema de gestión de la calidad, políticas y fuentes de información documentada - socialización de política y se deja el registro de la asistencia del personal de quienes se conectaron y asistieron desde la plataforma de forms</p> <p>Se cuenta con el acta de cierre de los hallazgos con fecha del 10/10/2022 en el cual se evidencia el cierre efectivo de las no conformidades por</p>	SI



## INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)

CÓDIGO	VERSIÓN	VIGENTE A PARTIR DE	PÁGINA	DE
<b>CSG-RG-18</b>	<b>03</b>	<b>2023-06-15</b>	<b>7</b>	<b>13</b>

	<p>los instructivos para el cargue y conservación de la información documental - se evidencia desde el Isolution el cierre de la no conformidad - la cierran Angelica y Ricardo Rodelo Se evidencia el cierre Eficaz de la NC - SI, se cuenta con los soportes y evidencias</p>	<p>parte del líder del proceso y el equipo de calidad frente a las evidencias de la no conformidades del otorgamiento - se relacionan los cierres de cada una de las 3 no conformidades presentadas - se genera el instructivo interno para el parámetro de información control y administración - instructivo de solicitud y creación versión 2 del 14/04/2023 - se cuenta con la socialización del 01/11/2022 socialización del instructivo de modificación y creación liderada por Luz Dary Perilla y se cuenta con la socialización a través de reuniones con los líderes de los procesos involucrados Angelica Vargas y Nicolás Vargas - y se cuenta con las aprobaciones a través de correos electrónicos y se da el cierre</p>	
3	<p>Numeral Auditado: 8.5.1 - Incumpliendo el requisito del numeral 8.5.1 literal c.) de la NTC ISO 9001:2015 DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO - 1 No se evidencia para ocho (8) de un total de ocho (8) monitoreos el criterio de evaluación dentro del documento estandarizado "LINEAMIENTOS PROCEDIMIENTO SEGUIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO OFICINA DE SERVICIO AL CIUDADANO CÓDIGO: 05-PD-013" durante el mes de julio del 2022 2. No se evidencia para tres (3) de cinco (5) radicados en CRM no se encuentren con los tiempos establecidos (7.5 minutos para temas de cobertura) dentro de la opción CRM (Opción: "Cerradas") durante el mes de abril y agosto 2022. Incumpliendo el requisito interno de la organización (Manifiesta el equipo auditado que en CRM opción "No cumplidas" se encuentran los radicados que superan el tiempo establecido (Responde Johan (administrador de los sistemas de información) a (Narda) y el numeral 8.5.1 literal c.) de la NTC ISO 9001:2015. 1.1 ANÁLISIS DE CAUSAS Y CORRECCIÓN Y CORRECTIVA Corrección - Verificación y ajuste inmediato al Instructivo de Seguimiento y Reconocimiento fechado de 20/06/2022 en el marco del procedimiento 05-PD-013 Seguimiento y reconocimiento de la prestación del servicio Oficina de Servicio al Ciudadano - OSC, incluyendo el ítem de "Evaluación para el canal presencial del numeral 5.2.3.8. Tipos de errores en las transacciones y toma de medidas", previa revisión y aprobación del líder del proceso a través de mesa de trabajo. Posteriormente, se envió solicitud de eliminación del documento a la Oficina Asesora de Comunicación y Prensa.</p>	<p>Se cuenta con el registro del documento Manual interno de la calidad proceso servicio integral el cual se encuentra publicado en el intranet versión 5 del 15/06/2023 en el cual se indica los mecanismos y como se debe manejar el cumplimiento del instructivo y el cumplimiento de los lineamientos en tiempos y demás elementos establecidos Se verifica el acta de reunión 17-IF-002 desarrollado el 24/10/2023 en el cual se hace la socialización de las acciones de mejoras - y se cuenta con el acta del 30/10/2022 en el</p>	SI




## INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)

CÓDIGO	VERSIÓN	VIGENTE A PARTIR DE	PÁGINA	DE
<b>CSG-RG-18</b>	<b>03</b>	<b>2023-06-15</b>	<b>8</b>	<b>13</b>

<p>Posteriormente, publicación en IntraSED repositorio de documentación interna de la OSC. 30/AGO/2022  <a href="https://www.educacionbogota.edu.co/intrased/sites/default/files/2022-08/Instructivo-seguimiento-y-reconocimiento-20-06-2022.pdf">https://www.educacionbogota.edu.co/intrased/sites/default/files/2022-08/Instructivo-seguimiento-y-reconocimiento-20-06-2022.pdf</a>          Análisis de causas          1. Insuficiencia de controles establecidos a la revisión del documento interno de trabajo final generado por la dependencia desde su elaboración hasta su publicación Web.          2. No se identificó el documento de origen desde el repositorio de información y evidencias del SharePoint de la OSC y se publicó una versión diferente.          Acción correctiva - Adicionar lineamientos específicos en el Manual Interno de la Calidad en lo pertinente al 8.5.1 Control de la producción y provisión del servicio, con el fin de asegurar que los documentos internos cumplan con los criterios de seguimiento y medición documentados para la prestación del servicio de manera integral, de la siguiente forma:          - Estructurar instancias de elaboración, revisión y aprobación al documento final generado internamente.          - Revisar la documentación publicada en la web institucional por el responsable que generó el documento de forma inmediata, el cual, debe cumplir con la información del creado o modificado inicialmente y, verificar las firmas responsables en las instancias desde su elaboración hasta su aprobación final e informar al líder del proceso de su legitimidad.          - Socializar los lineamientos definidos con los responsables y hacer seguimientos periódicos aleatorios a la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad de la OSC.          Se cuenta con el registro del documento Manual interno de la calidad proceso servicio integral el cual se encuentra publicado en el intrased versión 5 del 15/06/2023 en el cual se indica los mecanismos y como se debe manejar el cumplimiento del instructivo y el cumplimiento de los lineamientos en tiempos y demás elementos establecidos          Se verifica el acta de reunión 17-IF-002 desarrollado el 24/10/2023 en el cual se hace la socialización de las acciones de mejoras - y se cuenta con el acta del 30/10/2022 en el cual se lleva el registro de socialización final de las no conformidades del proceso de auditoría de otorgamiento          y se cuenta con el acta de reunión del mes de julio de 2023 en el cual se lleva el registro de las actas y seguimiento al control de retención documental y el registro de cierre de los acciones abiertas y solicitudes de acuerdo con los tiempos establecidos          30/OCT/2022 Acta de mesa de trabajo socializando los lineamientos de control en la documentación.          1.1 ANÁLISIS DE CAUSAS Y CORRECCIÓN Y CORRECTIVA          Corrección - Se actualizaron los tiempos por canal y por servicio en la base de datos Estructura CRM. Posteriormente, el responsable de la administración de los sistemas de información de la SED validó y ajustó la información por canal y servicio en el CRM e informó al profesional responsable del seguimiento de lo realizado mediante correo electrónico para su socialización al personal de la OSC.          05/SEP/2022 Capturas de pantalla del aplicativo (DRIVE)          Se cuenta con el acta de cierre de los hallazgos con fecha del 10/10/2022 en el cual se evidencia el cierre efectivo de las no conformidades por parte del líder del proceso y el equipo de calidad frente a las evidencias de la no conformidades del otorgamiento - se relacionan los cierres de cada una de las 3 no conformidades presentadas - se genera el instructivo interno para el parámetro de información control y administración - instructivo de solicitud y creación versión 2 del 14/04/2023 - se cuenta con la socialización del 01/11/2022 socialización del instructivo de modificación y creación liderada por Luz Dary Perilla y se cuenta con la socialización a través de reuniones con los líderes de los procesos involucrados Angelica Vargas y Nicolás Vargas - y se cuenta con las aprobaciones a través de correos electrónicos y se da el cierre</p>	<p>cual se lleva el registro de socialización final de las no conformidades del proceso de auditoría de otorgamiento y se cuenta con el acta de reunión del mes de julio de 2023 en el cual se lleva el registro de las actas y seguimiento al control de retención documental y el registro de cierre de los acciones abiertas y solicitudes de acuerdo con los tiempos establecidos</p> <p>Se cuenta con el acta de cierre de los hallazgos con fecha del 10/10/2022 en el cual se evidencia el cierre efectivo de las no conformidades por parte del líder del proceso y el equipo de calidad frente a las evidencias de la no conformidades del otorgamiento - se relacionan los cierres de cada una de las 3 no conformidades presentadas - se genera el instructivo interno para el parámetro de información control y administración - instructivo de solicitud y creación versión 2 del 14/04/2023 - se cuenta con la socialización del 01/11/2022 socialización del instructivo de modificación y creación liderada por Luz Dary Perilla y se cuenta con la socialización a través de reuniones con los líderes de los procesos involucrados Angelica Vargas y Nicolás Vargas - y se cuenta con las aprobaciones a través de correos electrónicos y se da el cierre</p>
--	--



	<b>INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)</b>			
	CÓDIGO <b>CSG-RG-18</b>	VERSIÓN <b>03</b>	VIGENTE A PARTIR DE <b>2023-06-15</b>	PÁGINA <b>9</b>

	<p>Vargas y Nicolás Vargas - y se cuenta con las aprobaciones a través de correos electrónicos y se da el cierre</p> <p>Análisis de causas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No actualización oportuna de los tiempos de atención en el aplicativo CRM.</li> <li>2. No se socializó oportunamente con el grupo de administración del aplicativo funcional de CRM los cambios en los tiempos por servicio.</li> <li>3. Falta de socialización de las funcionalidades de seguimiento del aplicativo CRM a parte del personal de la OSC.</li> </ol> <p>Acción correctiva</p> <p>Generar y socializar un instructivo interno de trabajo para documentar las modificaciones pertinentes a los sistemas de información propios de la OSC, donde se incluyan las solicitudes, seguimientos y controles a las actividades realizadas por parte del responsable funcional de los sistemas de información de la dependencia. 30/OCT/2022 Instructivo de trabajo interno</p>			
--	---	--	--	--

### 3. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

Como resultado de la auditoría, el equipo auditor declara la conformidad y eficacia del sistema de gestión auditado basados en el muestreo realizado. A continuación, se hace relación de los hallazgos de auditoría.

#### 3.1 Hallazgos que apoyan la conformidad del sistema de gestión con los requisitos.

Se verifica la conformidad de los requisitos auditados durante el proceso de Seguimiento No.1, para mayor información, se puede evidenciar la conformidad de cada requisito en el documento CSG-RG-01 LISTAS DE CHEQUEO.

#### 3.2 Oportunidades de mejora y Fortalezas.

F - La gestión de los riesgos de la entidad y la capacidad de reacción ante la posible materialización de los riesgos generando TIPS y alertas a los procesos para prevenir la materialización de los riesgos.

F - La gestión de los servicios no conformes identificando la importancia a los riesgos identificados y la ciudadanía como eje central para el alcance y operación del proceso dentro de la entidad


F - La gestión de los servicios no conformes identificando la importancia a los riesgos identificados y la ciudadanía como eje central para el alcance y operación del proceso dentro de la entidad

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

#### 4.1 Análisis de la eficacia del sistema de gestión certificado

4.1.1 Incluir las reclamaciones o quejas válidas del cliente en los sistemas de gestión que aplique durante el último año.

Principales quejas o reclamaciones recurrentes	Principal causa	Acciones tomadas
N/A	N/A	N/A

	<b>INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)</b>			
	CÓDIGO <b>CSG-RG-18</b>	VERSIÓN <b>03</b>	VIGENTE A PARTIR DE <b>2023-06-15</b>	PÁGINA DE <b>10 13</b>



- 4.1.2** Incluir las solicitudes o comunicaciones de partes interesadas, por ejemplo, para ISO 14001, ISO 9001, ISO 45001. N/A
- 4.1.3** Incluir las retiradas de producto del mercado para ISO 9001 N/A
- 4.1.4** Incluir la ocurrencia de incidentes (accidentes o emergencias) en los sistemas de gestión que aplique y explique brevemente cómo fueron tratados: N/A
- 4.1.5** En los casos que aplique verificar que la Organización haya informado a SERVIMETERS durante los plazos especificados en el GMV-RG-72 términos y condiciones para la prestación del servicio de certificación sistemas de gestión, eventos que hayan afectado el desempeño del sistema de gestión certificado, relacionados con el alcance de certificación que sean de conocimiento público. El auditor verificará las acciones pertinentes tomadas por la Organización para evitar su recurrencia y describirá brevemente cómo fueron atendidas.
- 4.1.6** ¿Existen quejas de usuarios de la certificación recibidas por SERVIMETERS durante el último periodo evaluado? (Aplica a partir del primer seguimiento)?  
Si  No
- 4.1.7** ¿Se evidencia la capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados?:  
Si  No
- 4.1.8** ¿Se concluye que el alcance del sistema de gestión es apropiado frente a los requisitos que la Organización debe cumplir?  
Si  No

#### **4.2 RELACIÓN DE NO CONFORMIDADES DETECTADAS DURANTE EL CICLO DE CERTIFICACIÓN**

El ciclo de certificación inicia con una auditoría de otorgamiento o renovación, a partir de esta indicar contra cuáles requisitos se han reportado no conformidades.

<b>Auditoría</b>	<b>Número de no conformidades</b>	<b>Requisitos</b>
Otorgamiento / Renovación	<b>3</b>	<b>7.5.3.2, 8.5.1, 7.2</b>
1ª de seguimiento del ciclo	<b>0</b>	<b>N/A</b>
2ª de seguimiento del ciclo		
Auditorías especiales (Extraordinaria, reactivación, ampliación)		

- ¿Se evidencia recurrencia de no conformidades detectadas en las auditorías de SERVIMETERS en el último ciclo de certificación?  
Si  No

	<b>INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)</b>				
	CÓDIGO <b>CSG-RG-18</b>	VERSIÓN <b>03</b>	VIGENTE A PARTIR DE <b>2023-06-15</b>	PÁGINA <b>11</b>	DE <b>13</b>

### 4.3 RESUMEN DEL PROCESO DE AUDITORIA

- Comentarios sobre los procesos auditados y la capacidad del Sistema de Gestión para cumplir con los requisitos, contractuales y obligaciones legales aplicables que le permitan alcanzar de sus objetivos y lograr los resultados esperados:

Se cuenta con el compromiso de la alta dirección para con el SIG en el cual se cuenta con el fortalecimiento y seguimiento de los riesgos identificados para la operación y prestación del servicio, se cuenta con la madurez para la identificación de los servicios no conformes y se cuenta con la capacidad de reacción para la prestación de los servicios desde la determinación plan de contingencias para las operaciones.

### 4.4 ANÁLISIS / RESUMEN DEL PROCESO DE AUDITORÍA INTERNA

Se cuenta con la determinación de la auditoria anual, estas auditorías se realizarán según lo estipulado en la ISO9001:2015 y 16-MN-001 Estatuto de Auditoría Interna, 16-PD-005 Auditoría y Seguimientos Informe de Auditoría y 16-IF-003 Plan de Auditoría.

Se cuenta con el Plan de auditoría del 02/26/2023 auditoras Yeimy Paola Ladino y Nhur Janeth Pertuz - se considera la auditoria al proceso de servicio integral a la ciudadanía - se determina el objetivo de la auditoria - criterios de la norma ISO 9001:2015 - considera el alcance de certificación de la entidad con ejecución del 08, 09/06 de 2023 y reunión de cierre el 13/06/2023, se evidencia la consideración de la totalidad de los numerales de la norma,

Se cuenta con el programa de auditorías desde el acta de sección de control interno del 30/01/2023 en el cual se aprueba el programa de auditorías de la entidad considerado como ejercicio del acta en el número 60 para la ejecución de auditorías programadas para el mes de mayo de 2023 se cuenta con el informe de auditoría fecha de cierre del 13/06/2023 desde el cual se lleva el registro de 3 oportunidades de mejora y se cuenta con el registro de 1 no conformidad


Se cuenta con las competencias de la auditoria Yeimy Paola Ladino curso de actualización de auditor interno de la norma ISO 9001:2015 Desarrollado por Bureau Veritas de abril de 2017 -

### 4.5 ANÁLISIS / RESUMEN DE LA REVISIÓN DEL SISTEMA POR LA DIRECCIÓN

Se cuenta con la determinación desde el manual del sistema de gestión de la calidad la revisión por la dirección con frecuencia trimestral controlado desde el manual de control de corrupción - se cuenta con la determinación del acta de reunión de revisión por la dirección desarrollada en el mes de abril de 2023 - se evidencia la participación de todos los invitados líderes de procesos - se evidencia la revisión de la política de calidad - se verifican las revisiones previas - se evidencia la consideración de los elementos del sistema de gestión desde el cual se lleva el registro de las acciones y temas tratados en cada elemento de entrada - se cuenta con las salidas de la revisión y la lectura de las acciones de mejora el cual es medición desde las acciones del indicador global y la medición individual, se cuenta con la medición de las posibilidades de atención el cliente.

Se cuenta con las salidas de la revisión por la dirección se cuenta con la determinación de las salidas frente al compromiso de seguir contribuyendo el sistema de gestión para la prestación del servicio - canales de comunicación y contacto con los canales de Red Contacto - RelevoSED y los canales inclusivos frente a infraestructura para personas con condiciones de movilidad reducida como personas con insuficiencias auditivas, - desarrollo de los informes de operaciones

se cuenta con la publicación en las actas de revisión por la dirección en las páginas web de acuerdo con el principio de transparencia - página de la secretaria - servicio al ciudadano - sistema de gestión de la calidad - actas de equipos técnicos - se evidencia las actas en la pagina

	<b>INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)</b>			
	CÓDIGO <b>CSG-RG-18</b>	VERSIÓN <b>03</b>	VIGENTE A PARTIR DE <b>2023-06-15</b>	PÁGINA DE <b>12 13</b>

**4.6 USO DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN Y DE LA MARCA O LOGO DE LA CERTIFICACIÓN**

**4.6.1** ¿El logo o la marca de conformidad de certificación de sistema de gestión de SERVIMETERS se usa en publicidad (página web, brochure, papelería, facturas, etc...), de conformidad con el CSG-MN-02 MANUAL USO SELLO SG?

Si  No

La entidad no hace uso de la marca de certificación.

**4.6.2** ¿Se evidencia la adecuación de la información contenida en el certificado (¿vigencia del certificado, logo de organismo de acreditación, razón social registrada en documentos de existencia y representación legal, direcciones de sitios permanentes cubiertos por la certificación, alcance, etc.?)

Si  No

**4.7 RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORÍA, MENORES QUE GENERARON COMPLEMENTARIA Y, MENORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORÍA QUE POR SOLICITUD DEL CLIENTE FUERON REVISADAS.**

¿Se presentaron No Conformidades Mayores? SI  NO

Si la respuesta fue SI, por favor indicar el número: 0

¿Se presentaron No Conformidades menores? SI  NO

Si la respuesta fue SI, por favor indicar el número: 0


¿Se presentaron No Conformidades menores de la auditoria anterior que no pudieron ser cerradas en esta auditoría? SI  NO

¿Se presentaron No Conformidades menores detectadas en esta auditoría que por solicitud del cliente serán revisadas durante la complementaria (Si aplica)? SI  NO

En caso afirmativo diligencie el siguiente cuadro:

Fecha de la verificación complementaria: N/A

NC	Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento)	Evidencia obtenida que soporta la solución	¿Fue eficaz la acción? Si/No
<b>No conformidades mayores identificadas en esta auditoría</b>			
<b>No conformidades pendientes de la auditoría anterior que no se solucionaron</b>			

	<b>INFORME DE AUDITORIA (ETAPA 2)</b>				
	CÓDIGO <b>CSG-RG-18</b>	VERSIÓN <b>03</b>	VIGENTE A PARTIR DE <b>2023-06-15</b>	PÁGINA <b>13</b>	DE <b>13</b>

<b>No conformidades detectadas en esta auditoría que fueron cerradas</b>			

**4.8 ¿La implementación del sistema de gestión de la organización permite evidenciar la conformidad con todos los requisitos normativos (según aplique al Tipo de Auditoría) y otros documentos normativos?**

Si  No

**4.9 ¿SE CUMPLIERON LOS OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA?**

Si  No

**4.10 RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR**

	SI	NO
Se recomienda otorgar la Certificación del Sistema de Gestión Decisión sujeta al envío y aprobación de planes de acción (Cuando Aplique).		
Se recomienda mantener el alcance del certificado o del Sistema de Gestión Decisión sujeta al envío y aprobación de planes de acción (Cuando Aplique).	X	
Se recomienda renovar el certificado del Sistema de Gestión		
Se recomienda ampliar el alcance del certificado del Sistema de Gestión		
Se recomienda reducir el alcance del certificado		
Se recomienda reactivar el certificado		
Se recomienda actualizar el certificado del Sistema de Gestión		
Se recomienda migrar el certificado del Sistema de Gestión		
Se recomienda restaurar el certificado, una vez finalice el proceso de renovación		
Se recomienda suspender el certificado		
Se recomienda cancelar el certificado		
Se recomienda realizar auditoría Extraordinaria/Complementaria por cierre de NCM		
<b>Nombre del auditor líder: Alex Calderón Rivera</b>	Fecha	<b>2023 09 21</b>

**4.11 ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INFORME**

- Anexo 1 Plan de auditoría CSG-RG-12 Adjuntar el plan a este formato
- Anexo 2 Plan de acción sistemas de gestión CSG-RG-04 y aceptación de la organización firmada.

**Nota:** El registro CSG-RG-04 NO APLICA YA QUE NO SE PRESENTARON NO CONFORMIDADES DURANTE LA AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO No. 1.