GUÍA METODOLÓGICA PARA LA TRANSICIÓN Y CERTIFICACIÓN EN LA NORMA ISO 9001:2015 PARA EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. ESP.

LUISA FERNANDA GONZALEZ GARZON
Cód. 764214166

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE INGENERIA
PROGRAMA INGENIERÍA INDUSTRUAL
SOACHA
2019

GUÍA METODOLÓGICA PARA LA TRANSICIÓN Y CERTIFICACIÓN EN LA NORMA ISO 9001:2015 PARA EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. ESP.

LUISA FERNANDA GONZALEZ GARZON

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de INGENIERO INDUSTRIAL

MODALIDAD PASANTIA

Directora: SANDRA ROBAYO
Ingeniera Industrial

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE INGENERIA
PROGRAMA INGENIERÍA INDUSTRIAL
SOACHA
2019

DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado Dios y a todas las personas que se vieron involucradas en la realizacion de este proyecto, en especial a mi familia por su apoyo, a Empresas Públicas De Cundinamarca S.A. ESP., por dejarme hacer parte de su equipo de trabajo y mi tutora Sandra Robayo y ha todos mis compañeros y profesores por hacer parte de este proceso de formacion.

RESUMEN

La transición de la norma ISO 9001:2008 a la ISO 9001:2015, establece elementos que aportan a la prestación de servicios en las Entidades del Sector Público, convirtiéndose en una herramienta que permite mejorar el desempeño de la misma, proporcionando directrices que tiene como finalidad garantizar los productos y servicios que satisfaces las necesidades y expectativas de las partes interesadas de una organización, en la nueva estructura se muestra la importancia en a compresión del contexto de la organización, la planificación de los cambios, el compromiso por parte de la alta dirección, entre otros.

En el presente trabajo se evidenciará la transición de la norma ISO 9001:2008 a la 2015 en Empresas Públicas de Cundinamarca obteniendo como resultado su reertificacion y la guía metodológica para lograr este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 10
CAPITULO I 12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 12
1.2 DESCRIPCIÒN DE LA INSTITUCIÓN 15
1.2.1 MISIÓN. 16
1.2.2 VISIÓN. 16
1.2.3 ORGANIGRAMA 17
1.3 JUSTIFICACION 21
1.4 OBJETIVOS 23
1.4.1 OBJETIVO GENERAL 23
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 23
CAPITULO II 24
2.1 ANTECEDENTES 24
2.2 MARCO CONCEPTUAL 28
2.3 MARCO TEORICO 31
2.3.1 SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. REQUISITOS ISO 9001:2015 33
2.3.2 Modelo Integrado de Planeación y Gestión 38
CAPITULO III 39
3.1 METODOLOGIA 39
CAPITULO IV 42
4.1 DESARROLLO DEL PROCESO DE TRANSICIÓN ISO 9001:2008 A ISO 9001:2015 EN EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. ESP. 42
4.1.1 Diagnostico ISO 9001:2015 42
4.1.2 Establecimiento del plan de acción para la implementación de los nuevos requisitos ISO 9001:2015 en Empresas Públicas de Cundinamarca. 44
4.1.3 Sensibilización a líderes de proceso y enlaces del Sistema de Gestión de la Calidad de Empresas Públicas de Cundinamarca 45
4.1.4 Documentación de requisitos exigidos y mejoramiento de la información

documentada. 47
4.2. Implementación de la información aprobada por el sistema de gestión de calidad y los líderes de los procesos 48
4.3 Realización de Auditorías Externas 65
CAPITULO V. 67
CONCLUSIONES 67
RECOMENDACIONES 70
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 71
ANEXOS……. 73

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Antecedentes normativos (Fuente: DAFP) 27
Tabla 2 Codificación de acuerdo al proceso (Fuente: EPC) 61
Tabla 3 Codificación de acuerdo al Documento (Fuente: EPC) 61

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Organigrama de Empresas Públicas de Cundinamarca (Fuente Empresas Públicas de Cundinamarca) 17
Ilustración 2. Objetivos del plan estratégico (Fuente Empresas Públicas de Cundinamarca) 21
Ilustración 3. Estructura de la ISO 9001:2015 con el ciclo PHVA (Fuente ISO 9001:2015) 34
Ilustración 4 Estructura ISO 9001:2015 Fuente: Elaboración propia a partir de (MENDOZA, 2018) 37
Ilustración 5 Dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG Fuente: Departamento administrativo de la función publica 38
Ilustración 6 calificación global en la gestión de calidad (Fuente Propia) ... 43
Ilustración 7. Reunión con el equipo operativo EPC (Fuente Propia) 46
Ilustración 8 Publicación del Certificado y alcance del sistema en la intranet Fuente: Empresas Públicas de Cundinamarca 52
Ilustración 9 Mapa de procesos de Empresas públicas de Cundinamarca (Fuente EPC) 53
Ilustración 10 PDE-F309 Planificación y Gestión del cambio 56
Ilustración 11 PDE-F245 Ficha técnica indicadores de gestión 58
Ilustración 12 Capacitaciones Internas del SIG EPC. Fuente propia 59
Ilustración 14 Capacitaciones de auditoria interna Fuente propia 64
Ilustración 15. Comité de coordinación y control interno 64

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Certificacion de calidad ISO 9001:2008 73
Anexo 2 Diagnóstico de la organización 74
Anexo 3 Plan de trabajo 89
Anexo 4 Acta de reunión equipo operativo 90
Anexo 5 Reunión Equipo Operativo 1
Anexo 6 PDE-F328 Matriz Contexto Estrategico 1
Anexo 7 PDE-F369 Matriz Identificación Partes Interesadas 3
Anexo 8 PDE-C019 Caracterización del proceso Planeación y Direccionamiento Estratégico 4
Anexo 9 Guía Administración de Riesgos y Oportunidades 6
Anexo 10 PDE-F300 Mapa de Riesgos Institucionales 1
Anexo 11 PDE-F367 Matriz Tratamiento Oportunidades 3
Anexo 12 Noti-calidad 1 1
Anexo 13 PDE-I015 Creación, Modificación o Eliminación de la Información Documentada 3
Anexo 14 OSPD-Pc080 Diseño y Desarrollo 6
Anexo 15 PDE-F361 Matriz Identificacion de Salidas No Conformes 1
Anexo 16 Informe Auditoria Interna 1
Anexo 17 Procedimiento SYC-Pc065 Evaluación y Seguimiento de control interno 34
Anexo 18 Procedimiento SYC-Pc003 No conformidad y acción correctiva 37
Anexo 19 Informe Pre auditoria 39
Anexo 20 Informe auditoria de recertificación 51

INTRODUCCIÓN

Hablar de la implementación de sistemas de gestión bajo modelos normativos internacionales, a simple vista no parece fácil. En Colombia pequeñas, medianas y grandes empresas han ido estableciendo los requisitos normativos a sus actividades diarias, lo cual se puede llevar a cabo a través de la certificación de normas internacionales para la gestión, en especial del modelo normativo ISO 9001 relacionado con Sistemas de Gestión de Calidad. (Viloria, 2011).

Para ello, se requiere el entendimiento pleno de los contenidos establecidos en las Normas Técnicas Colombianas (NTC), que para el caso de Colombia, son adoptadas y reproducidas por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC), ente que representa al país ante el organismo internacional de normalización (ISO), organización que emite las normas internacionales, con las cuales los empresarios del país le apuestan a mejorar sus modelos de negocio y dar evidencia del mejoramiento continuo de la calidad y de sus procesos. (Revista ICONTEC, 2015)

“La norma internacional ISO 9001:2015 define los requisitos para un sistema de gestión de la calidad, todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se procura que sean aplicables a todas las organizaciones, sin importar su tipo o tamaño, o los productos y servicios suministrados”. ((ICONTEC), 2015)

En el sector público, no obstante, se reitera la implementación del sistema de gestión de calidad desde el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país, paz, equidad y educacion en su art. 133, en el cual ordena la integración

del Sistema de Desarrollo Administrativo (1998) y el Sistema de Gestión de la Calidad (2003) en uno solo: el Sistema de Gestión, el cual se debe articular con el Sistema de Control Interno (2005). Para el nuevo Sistema de Gestión y su articulación con el de Control Interno, se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, adoptado en 2012 mediante el Decreto 2482." y su nueva versión adoptaba bajo el Decreto 1499 de 2017. (Funcion Publica, 2018).

Por lo que el Sistema de Gestión Calidad deberá con mayor énfasis realizar la transición de la norma ISO 9001:2015 para articularla de forma eficiente y eficaz con los procesos que van en búsqueda de la satisfacción de los usuarios.

Teniendo en cuenta lo anterior, la realización de una guía metodológica para lograr la transición de la norma ISO 9001:2008 a ISO 9001:2015 en Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP y su certificación, se convierte de gran ayuda para facilitar la migración al modelo integrado de planeación y gestión ya que varios de los numerales que exigen la norma se encuentran dentro de las dimensiones del modelo. Por consiguiente, es preciso revisar toda la documentación de la empresa, formatos, Guías, Instructivos, manuales, planes, programas, etc., y evidenciar el cumplimiento de cada uno de los requisitos en la norma ISO 9001:2015 y realizar capacitaciones y las respectivas auditorias para lograr la Certificación de calidad opteniendo como resultado de todo el trabajo de esta transición, una guía metodológica que evidencie las técnicas y métodos utizados en Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la implementación de un sistema de gestión de calidad es supremamente importante desde el punto de vista estratégico para cualquier organización ya que aporta al cumplimiento de su misión, visión y objetivos además de que la calidad se ha desarrollado por la necesidad de mejorar la competitividad empresarial. (Viloria, 2011)

Teniendo en cuenta lo anterior y la importancia de la calidad en la organizaciónes, en septiembre de 2015, la Organización Internacional de Normalización ISO, por sus siglas en inglés, (International Standar Organization), emitió la actualización de la norma ISO 9001 (Sistema de Gestión de Calidad. Requisitos) la cual brinda los parámetros para la implementación de este sistema y puede ser implementada en cualquier organización y ser certificada por una firma auditora en su Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015, basada en la incorporación de la gestión del riesgo para los sistemas de gestión de calidad. La necesidad que implica la adaptación de la norma ISO 9001:2015 en las Organizaciones que actualmente están certificadas en ISO 9001:2008 es la implementación del enfoque basado en riesgos, con la finalidad de aplacar las consecuencias adversas que se puedan

presentar en las Organizaciones ya sean públicas o privadas ya que la norma contempla los riesgos como oportunidades de mejora, dentro de los cambios que presento la norma se puede evidenciar que esta contempla el contexto de la organización, teniendo en cuenta sus aspectos internos y externos, partes interesadas, apoyo, recursos, entre otros, es necesario que esta información se encuentre articulada para evidenciar la solidez del Sistema Integrado de Gestion, además de la coherencia de la información que hace parte de este.

En el marco de este proceso, muchas organizaciones con Sistemas de Gestión de la Calidad implementados bajo el modelo normativo ISO 9001:2008, deben llevar a cabo el proceso de transición a la norma actual ISO 9001:2015 con el fin de continuar con la vigencia de sus certificados. En el marco de este proceso, muchas organizaciones con Sistemas de Gestión de la Calidad implementados bajo el modelo normativo ISO 9001:2008, deben llevar a cabo el proceso de transición a la norma actual ISO 9001:2015 con el fin de continuar con la vigencia de sus certificados.

Este es el caso de Empresas Públicas de Cundinamarca S.A ESP., dedicada a impulsar “estrategias que permiten avanzar con celeridad en la cobertura urbana y rural de los servicios de acueducto y saneamiento básico, así como las trasformaciones para el manejo empresarial de los mismos. Su gestión está orientada al mejoramiento de la calidad de vida de los cundinamarqueses, teniendo como referencia planes, programas y políticas del orden nacional, departamental y municipal que se encuentran en desarrollo” (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)., la cual fue certificada por el ente certificador Bureau Veritas en

la norma ISO 9001:2008 y en la actualidad debe llevar a cabo el proceso de transición de la norma ISO 9001:2008 a ISO 9001:2015, implementando los nuevos requisitos normativos y dando evidencia de conformidad con la aplicación de los criterios establecidos desde el numeral 4 “contexto de la organización” hasta el numeral 10 denominado “mejora”, ya que se encuentra como una meta dentro del plan de acción 2019 para el area de planeación y direccionamiento estratégico con su respectiva asignación de recursos.

Con este fin, se presenta la pasantía como alternativa de grado, que propone dar solución al siguiente interrogante:

¿Cómo se puede facilitar la transición de la norma ISO 9001:2008 a ISO 9001:2015 en Empresas Públicas De Cundinamarca S.A. ESP?

1.2 DESCRIPCIÒN DE LA INSTITUCIÓN

“Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP. es una entidad descentralizada de la Gobernación de Cundinamarca, la cual fue constituida mediante escritura pública 2069 de mayo 19 de 2008, sociedad por acciones de carácter oficial, con autonomía administrativa, patrimonial y presupuestal, cuyo principal accionista es la GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA, que tiene como objeto principal prestar servicios públicos domiciliarios de acueducto, alcantarillado, aseo, energía y gas, entre otros; así como servicios públicos no domiciliarios y el desarrollo de actividades complementarias inherentes a los mismos”. (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)

“En concordancia con su objeto social y como Gestora del Plan Departamental para el Manejo Empresarial de los Servicios de Agua y Saneamiento PAP-PDA, impulsa estrategias que permiten avanzar con celeridad en la cobertura urbana y rural de los servicios de acueducto y saneamiento básico, así como las transformaciones para el manejo empresarial de los mismos. Su gestión está orientada al mejoramiento de la calidad de vida de los cundinamarqueses, teniendo como referencia planes, programas y políticas del orden nacional, departamental y municipal que se encuentran en desarrollo”. (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)

“Como gestora del Plan Departamental de Aguas de Cundinamarca, se ha destacado y ha sido reconocida a nivel nacional e internacional por la calidad y la

eficiencia de los proyectos a su cargo". (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)

1.2.1 MISIÓN

"Somos una Empresa dedicada a la gestión integral de proyectos, la prestación efectiva de servicios públicos, actividades complementarias y asistencia técnica, con enfoque de sostenibilidad, oportunidad, crecimiento y satisfacción de nuestros clientes y grupos de interés, que genera bienestar social, cumpliendo la normatividad vigente". (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)

1.2.2 VISIÓN

"En 2020 seremos una Empresa sostenible, líder tanto en la prestación de servicios públicos y actividades complementarias como en la oferta de un portafolio de servicios y gerencia de proyectos, de alta calidad, a nivel departamental con proyección nacional, generando bienestar y confianza en nuestros clientes". (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)

1.2.3 ORGANIGRAMA

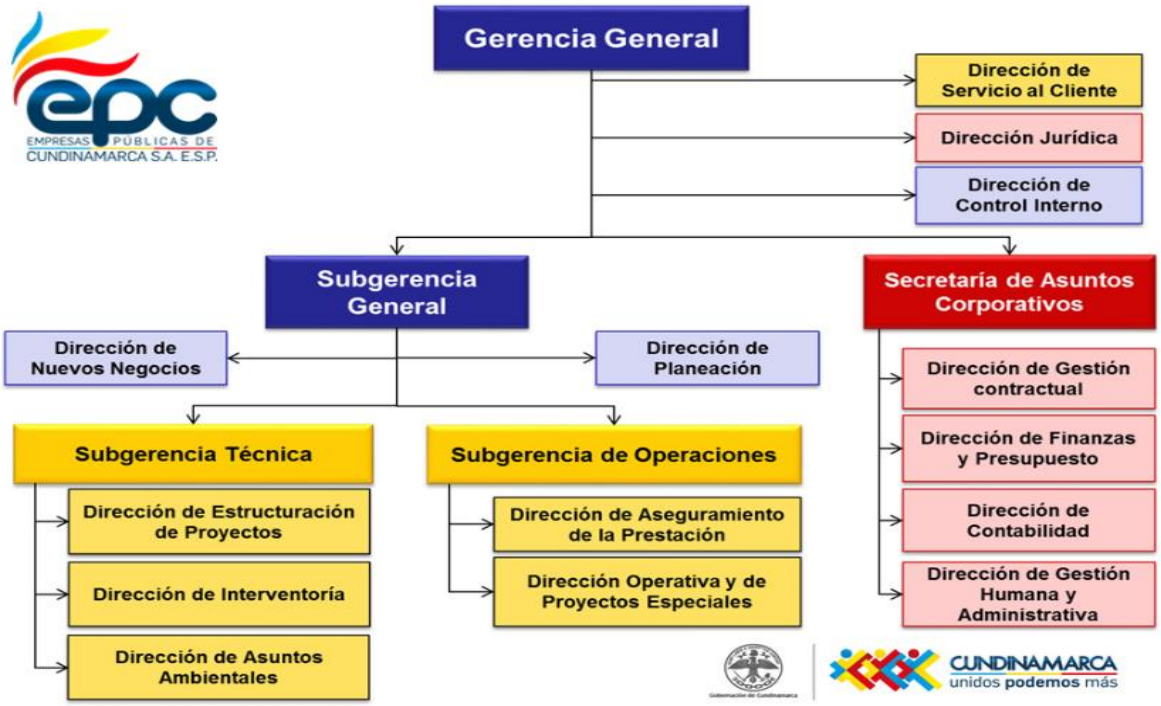


Ilustración 1. Organigrama de Empresas Públicas de Cundinamarca (Fuente Empresas Públicas de Cundinamarca)

1.2.4 ACTIVIDAD ECONÓMICA O SOCIAL

Los servicios que brinda empresas públicas de Cundinamarca se dividen en 3 sectores los cuales son:

ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO: "Dentro de los lineamientos que se ha trazado el gobierno departamental a través del plan de desarrollo 2008 – 2012, se estableció como meta y programa "Agua potable para todos", planteando como estrategia central la creación de una empresa de servicio públicos domiciliarios que no solo se encargara de ser gestor del Plan Departamental de Aguas y Saneamiento Básico (PDA), sino también, una empresa líder no solo en el departamento sino en

la nación en lo que se refiere a la prestación con calidad, continuidad y eficiencia de los servicios públicos domiciliarios". (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)

"Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP, dando cumplimiento a los lineamientos y estrategias establecidos por el gobierno departamental en cabeza del Doctor Jorge Emilio Rey Ángel, se ha puesto en la grata tarea de garantizar a la población cundinamarquesa, uno de los servicios públicos primarios y fundamentales, como lo es el agua potable, servicio que a través de la implementación del PDA, y la conformación de quemas regionales para la prestación de este servicio básico, se le brindará tanto a familias urbanas como rurales de todo el Departamento, buscando mejorar el bienestar, salubridad y progreso económico de la población" (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008).

"Dentro del servicio de agua potable, Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP, de acuerdo a las necesidades de la población de cada uno de los 116 municipios del Departamento, se encargará de conformar y fortalecer empresas prestadoras del servicio de agua potable, garantizando así, cantidad, continuidad y calidad del agua que consumirá nuestra población cundinamarquesa". (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)

ALQUILER DE EQUIPOS: "En lo que se hace referencia a la prestación de servicios públicos domiciliarios y sus actividades complementarias Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP, cuenta con equipos de bombeo, tanques de almacenamiento y transporte de agua, carrotanques con capacidad de 1.800 y

2.300 galones, para transporte de agua potable dentro y fuera de la ciudad, para brindarle tanto a los municipios, instituciones o entidades de carácter público o privado, el apoyo en la prestación del servicio público de agua potable en épocas críticas de verano, como en las emergencias que se presentan por los diferentes fenómenos climáticos". (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)

MOTOBOMBAS: "Motobombas de diferentes capacidades para cargue y descargue, las cuales son útiles no solo para bombeo de agua en casos de desabastecimiento, sino también para evacuación de aguas en situaciones de inundación, estos equipos cuentan con sus respectivos implementos y accesorios". (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)

TANQUES CARROTANQUE: "Tanques carrotanque con capacidad de 2.000 y 3.000 litros, de fácil instalación en camiones, volquetas, planchones, para el transporte y almacenamiento de agua, convirtiéndolos en carrotanques modulares, higiénicos y resistentes". (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)

ASEO: "Uno de los grandes retos que tiene el Departamento de Cundinamarca es el garantizar la adecuada disposición de los residuos sólidos que se genera en sus municipios. Actualmente más del 70% de los municipios del Departamento no cuentan con rellenos sanitarios adecuados y autorizados en los cuales se pueda realizar la disposición final de los residuos sólidos, es así, que Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP, lidera proyectos para la creación de rellenos sanitarios, los cuales se encuentran estratégicamente ubicados a lo largo y ancho del departamento, permitiendo así que cada municipio pueda realizar la disposición final en sitios adecuados y cercanos lo que implicaría una reducción sustancial en el costo de dicho proceso". (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)

“En el campo de saneamiento básico, es importante también masificar los planes de gestión integral de residuos sólidos, actividad que Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP adelanta en los 116 municipios del Departamento, con el fin de generar conciencia medioambiental y de generar oportunidades de tipo económico a través del aprovechamiento y gestión de los residuos sólidos. Lo anterior, generando ahorro, teniendo en cuenta, que el material final no aprovechable sería mínimo, lo que implicaría un menor impacto ambiental y un menor costo de disposición”. (Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., 2008)

1.3 JUSTIFICACION

Empresas Públicas de Cundinamarca como empresa pública del departamento cuenta con un plan estratégico para la vigencia del gobierno 2016-2020 el cual pueden evidenciar en el anexo número 2, Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP. cuenta con 4 objetivos estratégicos para el cumplimiento de dicho plan los cuales son:

OBJETIVO 1	OBJETIVO 2
Gestionar, gerenciar y entregar programas y proyectos que aseguren la prestación de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo garantizando la cobertura, continuidad y calidad a los Cundinamarqueses.	Consolidar y ampliar el portafolio de servicios, logrando el posicionamiento a nivel departamental y nacional, con el fin de garantizar la sostenibilidad y crecimiento empresarial.
OBJETIVO 3	**OBJETIVO 4**
Promover una cultura de calidad, planeación, trabajo en equipo, servicio al cliente y sentido de pertenencia en todos los colaboradores de la empresa, a partir de la implementación de un programa integral de gestión humana.	Promover la implementación, uso integral y mejoramiento continuo de los sistemas de gestión e información empresarial por parte de todos los trabajadores según su competencia, con el propósito de mantener los niveles de productividad.

Ilustración 2. Objetivos del plan estratégico (Fuente Empresas Públicas de Cundinamarca)

Para lo cual dentro del objetivo 4 se encuentra la meta del plan de acción 2018 de la entidad la cual consiste en el manteniiento de la certificación del Sistema Integrado de Gestión de Calidad en la cual se contemplaban las visitas de

seguimiento por parte del ente certificador y la recertificación en la ISO 9001:2015, además teniendo en cuenta que Empresas Públicas de Cundinamarca es una entidad de la gobernación esta debe estar alineada a las políticas de esta.

Además, que por su naturaleza pública la Empresas Públicas de Cundinamarca estaba certificada en la norma NTC GP1000:2009, en el año 2015 y de igual manera con la ISO 9001:2008 según (Roncancio, 2018) No se oculta que el Gobierno Nacional de Colombia ha establecido una serie de normativas obligatorias a las que se han de ajustar las entidades públicas y que asumen como propósito vigilar y controlar su gestión. Sin embargo, la certificación con una norma no es la primordial motivación para conservar un Sistema de Gestión de Calidad, la principal motivación por el que las entidades públicas como es el caso de Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP. Deben realizarlo es porque este permite perfeccionar el desempeño y la capacidad para proveer productos y servicios que respondan a las necesidades de la ciudadanía. “En Colombia, la norma específica que se desarrolló para aplicar sistemas de gestión de calidad en el sector público es la NTC GP 1000:2009 la cual fue derogada por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)”. (Roncancio, 2018).

Teniedo en cuenta lo anterior y continuando con la naturaleza de Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP., por parte de estado colombiano se reitera la implementación del Sistema de Gestión de Calidad desde el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 Todos por un nuevo país en su art. 133, la cual deberá ser coordinado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión/Alineado MECI – según el Decreto 1499 de 2017 Por lo que el Sistema de Gestión Calidad deberá con mayor énfasis realizar la transición de la norma ISO 9001-2015 para articularla de forma eficiente y eficaz con los procesos que van en búsqueda de la satisfacción de los usuarios.

(Certificado ISO 9001:2008 Anexo 1)

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar una Guía Metodologica para la transición de la norma ISO 9001:2018 a ISO 9001:2015, a través de una investigación descriptiva tomando como caso Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP.,

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar diagnóstico sobre los estándares ISO 9001:2015 para el Sistema de Gestión de la Calidad de Empresas públicas de Cundinamarca.
- Sensibilizar a los líderes de proceso sobre los cambios normativos y el proceso de transición.
- Establecer la metodología para la realización de cada uno de los numerales de la norma ISO 9001:2015.
- Obtener la recertificación en la Norma ISO 9001:2015 a travez de la realización de auditorías externas

CAPITULO II

2.1 ANTECEDENTES

El artículo 133 del Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018, ordenó la integración del Sistema de Desarrollo Administrativo (1998) y el Sistema de Gestión de la Calidad (2003) en uno solo: el Sistema de Gestión, el cual se debe articular con el Sistema de Control Interno (2005). Para el nuevo Sistema de Gestión y su articulación con el de Control Interno, se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, adoptado en 2012 mediante el Decreto 2482. (DAFP, 2018)

"Desde 1991 el país ha demostrado un gran interés por mejorar la calidad en la prestación de los servicios del Estado, al contemplar entre otros, tanto los principios guía de la actuación de los servidores públicos como la posibilidad de que la administración pública cuente con herramientas para cumplir sus metas en términos de calidad de la gestión y la satisfacción ciudadana. El Gobierno Nacional y el Congreso de la República, de manera coherente con el mandato constitucional, han promovido este tipo de herramientas, como se puede observar en la siguiente tabla". (DAFP, 2018, pág. 6)

AÑO/NORMA	DECISIÓN
1991 (Constitución Política)	"Adopción de los principios de la función administrativa, eliminación del control fiscal previo y obligatoriedad para todas las entidades estatales de contar con el control interno".
1993 (Ley 87)	"Creación del Sistema Institucional de Control Interno, con el propósito de dotar a la administración de un marco para el control

	de las actividades estatales, directamente por las mismas autoridades".
1998 (Ley 489)	"Creación del Sistema de Desarrollo Administrativo con el propósito de articular la planeación estratégica de las entidades con la de su quehacer administrativo, a través de las políticas y los planes sectoriales de desarrollo administrativo. Así mismo, se fortalece el Control Interno, con la creación del Sistema Nacional de Control Interno a fin de darle una connotación más estratégica".
2001 (Decreto 2740)	"A partir de este año, se inicia la implementación del Sistema de Desarrollo Administrativo en las entidades públicas de orden nacional, fortaleciendo la estructuración del trabajo sectorial y el liderazgo de las áreas de planeación de las entidades cabeza de sector. El sistema inició con la identificación de ocho políticas de desarrollo administrativo, las cuales agruparon los principales elementos de la gestión indispensables para el fortalecimiento de la capacidad administrativa y el desempeño institucional".
2003 (Ley 872) -2004 (Decreto 4110)	"Colombia, acorde con las tendencias internacionales en materia de gestión pública, se sumó a las iniciativas que incorporaban sistemas de gestión de la calidad en el sector público, a partir del establecimiento de la primera Norma Técnica de Calidad para este sector, conocida como la NTCGP 1000".
2005 (Decreto 1599)	"Las dinámicas organizacionales llevaron a la adopción de un marco general para el ejercicio del Control Interno, a través del Modelo Estándar de Control Interno -MECI, el cual pretendió en su momento dotar al Estado colombiano de una estructura única que facilitara este ejercicio por parte de las entidades.

	El logro más significativo fue la estandarización de controles mínimos para garantizar de manera razonable el cumplimiento de los objetivos de las organizaciones y la adopción de un instrumento de evaluación de los sistemas de control interno, que permitió a las entidades nacionales y territoriales, elaborar sus informes anuales sobre la materia. Así mismo, producto de un proceso de depuración, se consolidaron en cinco, las políticas del Sistema de Desarrollo Administrativo".
2009 (Decreto 4485)	"Se actualiza la Norma Técnica de Calidad adoptando la versión 2009 y se articula su operatividad con los elementos del Modelo Estándar de Control Interno -MECI, a fin de facilitar a las entidades su implementación armónica".
2009 (Decreto 2623)	"Creación del Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y su instancia coordinadora de las políticas, estrategias, programas, metodologías, mecanismos y actividades encaminados a fortalecer la Administración al servicio del ciudadano".
2012 (Decreto 2482)	"Por primera vez el Gobierno Nacional integra en un solo sistema todas aquellas herramientas de gestión, presenta a las entidades el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el cual recoge el Sistema de Desarrollo Administrativo; formula cinco políticas a partir de los diversos requerimientos y directrices que diferentes entidades venían implementado de manera aislada y fatigó a las entidades con solicitudes de informes y reportes de manera repetitiva y en diversos formatos y momentos. Dentro de estas políticas se incorporó la Gestión de la Calidad y el MECI se configuró como la herramienta de seguimiento y control del Modelo.

	El MIPG cuenta con un instrumento único de evaluación denominado el Formulario Único de Reporte de Avances a la Gestión -FURAG, que recoge y analiza información sobre el avance de las políticas de desarrollo administrativo; entre tanto el MECI continuó evaluándose a través de su propio instrumento".
2014 (Decreto 943)	"Para ajustar el MECI a estas nuevas dinámicas de planeación y gestión y hacerlo más coherente con el MIPG, se actualiza a una versión más moderna y de fácil comprensión por parte de las entidades".
2015 (Ley 1753)	"Dispone la fusión del Sistema de Desarrollo Administrativo y el de Gestión de Calidad y su articulación con el de Control Interno, para lo cual se adoptará un Modelo"

Tabla 1 Antecedentes normativos (Fuente: DAFP)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Para los fines de aplicación y cumplimiento con la norma ISO 9001:2015 se deben tener en cuenta los términos y definiciones incluidos en la norma ISO 9000:2015, Sistemas de gestión de la calidad, fundamentos y vocabulario:

Acción correctiva: "acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable". (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Acción preventiva: "acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable". (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Alta dirección: "persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización" (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Ambiente de trabajo: "conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo" (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Auditoría: "proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría". (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Calidad: "grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos". (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Conformidad: "cumplimiento de un requisito" (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Criterios de auditoría: "conjunto de políticas, procedimientos o requisitos". (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Diseño y desarrollo: “conjunto de procesos que transforma los requisitos en características especificadas o en la especificación de un producto, proceso o sistema”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Eficacia: “extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Eficiencia: “relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados” (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Evidencia de la auditoría: “registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria y que son verificables”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Hallazgos de la auditoría: “resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Información: “datos que poseen significado”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Manual de la calidad: “documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una Organización”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Mejora continua: “actividad recurrente para mejorar el desempeño”**.** (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

No conformidad: “incumplimiento de un requisito”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Parte Interesada: “persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Planificación de la calidad: “parte de la gestión de la calidad orientada a establecer los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para lograr los objetivos de la calidad”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Política de la calidad: “intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Procedimiento: “forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Proceso: “conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Programa de la auditoría: “conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Realización del sistema de gestión de la calidad: “proceso de establecimiento, documentación, implementación, mantenimiento y mejora continúa de un sistema de gestión de la calidad”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Requisito: “necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Sistema de gestión: “conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos”. (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2015)

Sistema de gestión de la calidad SGC: “parte de un sistema de gestión relacionada con la calidad”. ((ICONTEC), 2015)

2.3 MARCO TEORICO

“La primera norma de gestión de la calidad se desarrolló en el Reino Unido fue conocida como BS 5750. Impulsada por el Ministerio de Defensa, esta norma especificaba cómo deberían gestionarse los procesos de fabricación, en lugar de mirar qué se había fabricado. Desde 1987” (GRUPO BSI). la International Organization for Standarization o ISO (Organización Internacional para la Normalización) ha desarrollado y renovado periódicamente un grupo de normas sobre calidad y gestión de calidad (ISO 9000), con el objetivo de colaborar a las organizaciones a llegar a ser aun más eficientes sus procesos, mejorando la satisfacción de sus clientes, reduciendo riesgos e incidentes, o maximizar la productividad, entre otros. (Revista ICONTEC, 2015)

“BSI propuso a ISO adoptar la BS 5750 como una norma internacional. Fue nombrada ISO 9001 con variantes desarrolladas para cubrir los diferentes tipos de empresas. Aunque la norma ISO 9001:1987 siguió la estructura de la BS 5750, también vino con tres modelos para los sistemas de gestión de la calidad. Uno miraba al aseguramiento de la calidad en el diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio para las empresas que creaban nuevos productos. El segundo modelo se centró en la producción, instalación y servicio, mientras que el tercero cubría la inspección final y los ensayos sin preocuparse de cómo se había fabricado el producto” (GRUPO BSI).

“Estos estándares han sufrido diversas modificaciones desde que se crearon tomando como base la norma británica BS 5750. Originalmente el enfoque estaba en organizaciones que realizaban procesos productivos, complicando así su aplicación para empresas dedicadas a ofrecer servicios o a instituciones de gobierno. La transición de la versión 1994 a la 2000 demandó un cambio radical en el desarrollo de los sistemas de gestión, introduciendo el enfoque de procesos, que

en muchos casos exigió a las organizaciones desarrollar de nuevo su documentación". (Revista ICONTEC, 2015).

"De manera sistemática, aproximadamente cada cinco años, con la participación del Comité Técnico 176 (ISO/TC 176) –grupo responsable de las normas ISO 9000 y que cuenta con delegaciones en más de 80 países y más de 20 países observadores– se ha logrado actualizar los requisitos normativos para contar con un sistema de gestión de calidad o SGC (Quality Management System o QMS) con altos estándares que tomen en consideración las necesidades específicas de las industrias y la visión de todo tipo de organizaciones". (Revista ICONTEC, 2015)

Según German Nava las actualizaciones de las normar se dan por "Los cambios de la economía, el mercado y la sociedad modifican las prácticas de las empresas y las organizaciones, algo que al mismo tiempo obliga a renovar los parámetros de los sistemas de gestión para que sigan siendo vigentes. De acuerdo con esa dinámica, cada cierto tiempo, por lo general unos cinco años, los comités encargados de la revisión de las diferentes normas de la ISO, hacen lo propio y definen los cambios que sean necesarios". (ICONTEC, 2015).

Es bien sabido que en esta nueva versión se incorporan más capítulos y nuevos requisitos. Entre los principales cambios normativos se encuentra la mirada hacia el contexto de la organización, la inclusión de las partes interesadas, el liderazgo como un capítulo nuevo y la gestión del riesgo como parte importante en la ejecución de los procesos, la importancia de la actualización de la Norma radica en que esta se puede aplicar en cualquier tipo de organización sin importar su tamaño o naturaleza jurídica, comprendiendo el contexto mundial, que es lo que busca el mercado y lo que quiere el cliente, pensando siempre en satisfacer las necesacidades de este ultimo, brindando productos y servicion de excelente calidad.

2.3.1 SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. REQUISITOS ISO 9001:2015

La adopción y mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad es una decisión estratégica para las organizaciones, ya que le puede ayudar a mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible.

“Esta Norma Internacional emplea el enfoque a procesos, que incorpora el ciclo Planificar- Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos”. ((ICONTEC), 2015)

“El ciclo PHVA permite a una organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúe en consecuencia de estos”. ((ICONTEC), 2015)

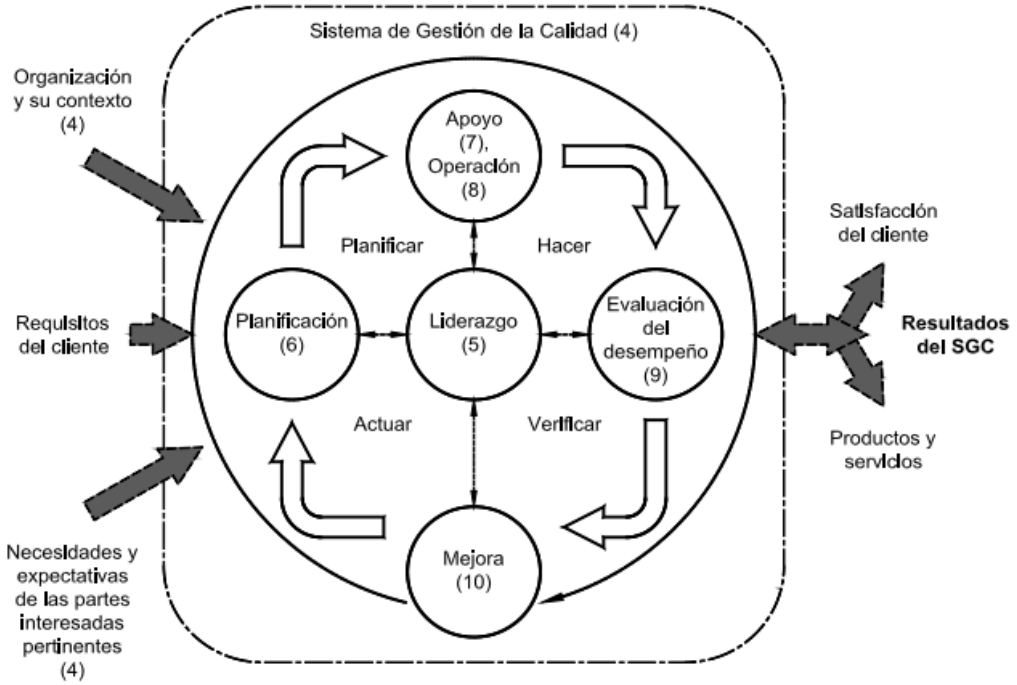


Ilustración 3. Estructura de la ISO 9001:2015 con el ciclo PHVA (Fuente ISO 9001:2015)

El ciclo PHVA puede describirse brevemente como sigue:

Planificar: “establecer los objetivos del sistema y sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización, e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades”. ((ICONTEC), 2015)

Hacer: “implementar lo planificado”. ((ICONTEC), 2015)

Verificar: “realizar el seguimiento y (cuando sea aplicable) la medición de los procesos y los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos, los requisitos y las actividades planificadas, e informar sobre los resultados”. ((ICONTEC), 2015)

Actuar: “tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario el pensamiento basado en riesgos permite a una organización determinar los factores que podrían causar que sus procesos y su sistema de gestión de la calidad se

desvíen de los resultados planificados, para poner en marcha controles preventivos para minimizar los efectos negativos y maximizar el uso de las oportunidades a medida que surjan". ((ICONTEC), 2015)

En esta Norma Internacional, ((ICONTEC), 2015) se utilizan las siguientes formas verbales:

- "debe" indica un requisito;
- "debería" indica una recomendación;
- "puede" indica un permiso, una posibilidad o una capacidad.

((ICONTEC), 2015) en la norma ISO 9001:2015 se basa en los siguientes principios de la gestión de calidad:

- Enfoque Al Cliente
- Liderazgo
- Compromiso De Las Personas
- Enfoque A Procesos
- Mejora
- Toma De Decisiones Basada En La Evidencia
- Gestión De Las Relaciones

El desarrollo y mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad demuestra el compromiso de la organización en pro de la calidad y satisfacción del cliente.

(MENDOZA, 2018) tomado de (Lopez, 2015), reitera que esta versión tiene como objetivos principales siete (7):

- "Esta versión introduce como requisito la determinación del entorno interno y externo de la organizacion conocido como **contexto de la organización** en

donde se tienen en cuenta las partes interesadas sus necesidades y expectativas con respecto a los servicios que brinda la organización".

- "Mejorar la redacción para facilitar la interpretación de la norma y sus requisitos sin perder el rigor técnico".

- "La aplicabilidad para todo tipo de organizaciones. De esta manera se flexibiliza en la aplicabilidad de algunos requisitos por lo tanto desaparece el concepto exclusión".

- "Refuerza el enfoque de procesos que ya lo contenía desde la versión 2000".

- "Introduce el pensamiento o Enfoque basado en riesgo y reemplaza las acciones preventivas que estaba implícita en versiones anteriores con el fin de emplear una herramienta de análisis de riesgos más eficaz para la prevención".

- "La Flexibilidad en la documentación que se ve reflejada en la desaparición de los conceptos documento, procedimiento, instructivo y registro y se introduce el concepto de "información documentada". Así se elimina el requisito de mantener documentos como el manual de calidad y deja a criterio de la organización la información documentada necesaria para su sistema documental".

- "La integración con otras normas de gestión".

Varios de estos objetivos se pueden ver directamentamente implicado con los siete (7) de la calidad a lo que hace referencia la norma, el enfoque basado en riesgos y verlos como oportunidades de mejora ayuda a que la orgazacion realice un mejor análisis de estos y que tengo políticas de riesgos y de calidad mas eficientes.

La nueva estrutura de la norma se puede evidenciar en la siguente imagen.

4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

4.1 Entendiendo la organización y su contexto

4.2 Entendiendo las necesidades y expectativas de las partes interesadas

4.3 Establecimiento del alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

4.4 Sistema de Gestión de Calidad.

5. LIDERAZGO

5.1 Liderazgo y compromiso

5.2 Política

5.3 Roles, responsabilidades y autoridad

6. PLANIFICACIÓN

6.1 Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades

6.2 Objetivos de calidad y planificación

6.3 Planificación y Control de Cambios

7. SOPORTE

7.1 Recursos

7.2 Competencias

7.3 Toma de Conciencia

7.4 Comunicación

7.5 Información documentada

8.OPERACIÓN

8.1 Planificación y control operacional

8.2 Interacción con los clientes y otras partes interesadas

8.3 Preparación operacional

8.4 Control de procesos

8.5 Diseño y desarrollo

8.6 Ejecución / Implementación

9. EVALUACIÓ Y DESEMPEÑO

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación

9.2 Auditorías Internas

9.3 Revisión por la dirección

10. MEJORA

10.1 No conformidades y acciones correctivas

10.2 Mejora continua

Ilustración 4 Estructura ISO 9001:2015

Fuente: Elaboración propia a partir de (MENDOZA, 2018)

2.3.2 Modelo Integrado de Planeación y Gestión

“El Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG en su versión actualizada se define como un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio”. (DAFP, 2018) a travez de 7 dimensiones:

- Talento humano
- Direccionamiento estratégico y planeación
- Gestión con valores para resultados
- Evaluacion de resultados
- Informacion y comunicación
- Gestion del conocimento y a innovación
- Control interno

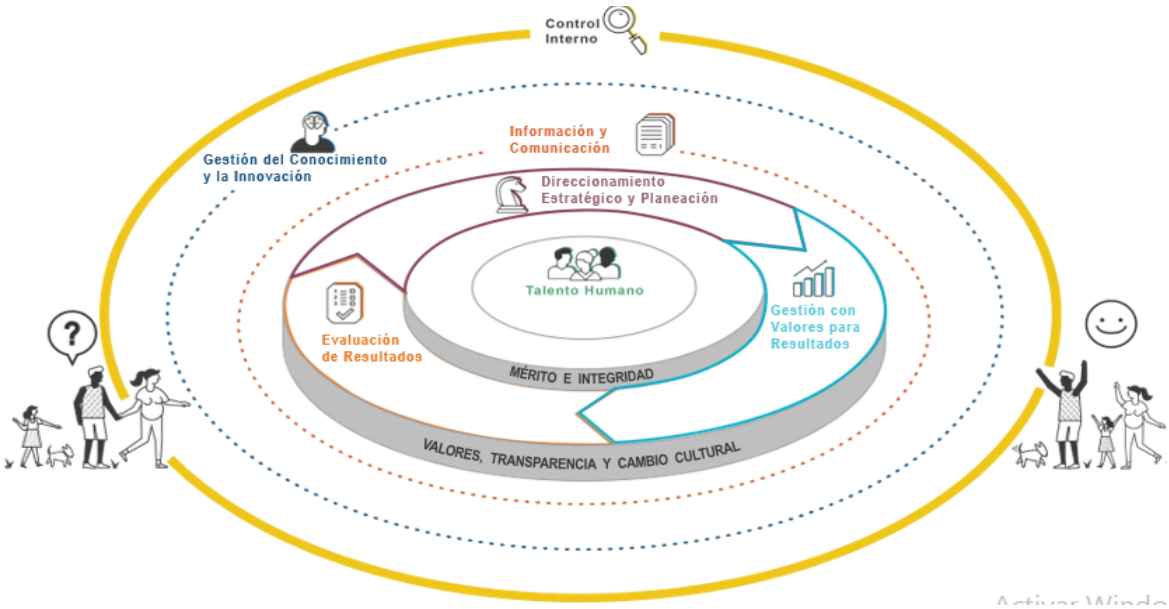


Ilustración 5 Dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG
Fuente: Departamento administrativo de la función publica

CAPITULO III

3.1 METODOLOGIA

El tipo de investigación que se llevó a cabo en Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP., corresponde a la investigación descriptiva, según Pablo Cazau: “En un estudio descriptivo se seleccionan una serie de cuestiones, conceptos o variables y se mide cada una de ellas independientemente de las otras, con el fin, precisamente, de describirlas. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno.”[1].
Fueron utilizadas como técnicas de investigación, la revisión documental disponible sobre las herramientas para el diseño metodológico y la implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad, bajo el modelo normativo ISO 9001:2015.

Adicionalmente se acudió a fuentes primarias de invesigacion, como lo fueron entrevistas con los directores de las áreas de la empresa y reuniones con los colaboradores designados para transmitir la información requerida; de igual manera se audio a fuentes Secundarias de investigación como lo fueron la Norma NTC-ISO 9001:2015, MIPG y la bibliografía de referencia al tema investigado.

El análisis de la información se realizó a través de la codificación y tabulación de los datos, en cuadros, gráficas, procesos y procedimientos.

Para el diseño de la metodología se establecieron las siguientes fases:

[1] Pablo. C. (2006) Introducción A La Investigación En Ciencias Sociales. Buenos aires. Página 27.

Fase 1. Diagnóstico:

Con el fin de establecer el nivel de cumplimiento de los nuevos requisitos ISO 9001:2015, se aplicó un diagnóstico evaluando cada numeral de la norma.

Fase 2. Establecimiento del plan de trabajo:

En conjunto con la coordinadora de calidad en compañía del director de Planeación y direccionamiento estratégico fue necesario diseñar un plan de trabajo que permitiera establecer las actividades a llevar a cabo para dar cumplimiento a cada requisito normativo, de esta fase se desprende la columna verbral de la metodología a desarrollar ya que apartir del plan de trabajo se desprenden todas las actividades para llevar a cabo el objetivo de la transición de la norma y lograr su certificacion.

Fase 3. Sensibilización a líderes de proceso:

Con el fin de involucrar en el proyecto a todos los líderes de procesos, se realizó una jornada de sensibilización en la que se expuso el plan de trabajo, la naturaleza de los cambios normativos y la importancia de participar activamente del proceso de transición.

Fase 4: Crear información documentada y realizar ajustes a la existente:

Se hizo necesario identificar en cada requisito normativo, los cambios en cuanto a la exigencia de mantener y conservar información documentada, realizando las adecuaciones pertinentes en materia documental. En esta fase se realizará la metodología establecida, es decir a través de una investigación descriptiva y de la formulación de un plan de trabajo el cual se llevo cabo a atraves del método de lluvia de ideas, y se podrán evidenciar todos los cambios documentamentales y los cuales fueron necesarios para evidenciar el cumplimiento de los requisitos normativos, además de esta la creación de procedimientos nuevos en los cuales se evidencia paso a paso a través de un diagrama de flujo como se debe realizar determinada tarea, siguendo el ciclo PHVA de la norma.

Fase 5. Implementar requisitos:

En esta fase se establecieron todas las adecuaciones exigidas por la norma NTC-ISO 9001:2015 para el sistema de gestión de la calidad de Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP.

Fase 6. Auditorias:

En esta última fase se realizaron las auditorias pertinentes internas y externas para lograr la recertificación en la norma ISO 9001:2015

Cada una de las fases establecidas en el diseño metodológico se encuentra ampliamente definidas en el capítulo 4. del presente documento y darán como resultado la guía metodología para la transición de la norma.

CAPITULO IV

4.1 DESARROLLO DEL PROCESO DE TRANSICIÓN ISO 9001:2008 A ISO 9001:2015 EN EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. ESP.

4.1.1 Diagnostico ISO 9001:2015

Para iniciar el proceso metodológico y con el fin de evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos normativos ISO 9001:2015, se llevó a cabo la aplicación del diagnóstico al director de planeación y direccionamiento estratégico, Manuel Sandoval Villamizar.

Este diagnóstico fue diseñado tomando como referencia cada uno de los requisitos normativos ISO 9001:2015, desde el capítulo 4 “Contexto de la organización”, hasta el capítulo 10. “Mejora”. Vale la pena aclarar que los capítulos del 1 al 3 (1. “Objeto y campo de aplicación”; 2. “Referencias normativas” y 3. “Términos y definiciones”) no se incluyeron en el diseño del diagnóstico, en razón a que corresponden a requisitos informativos y no son auditables en el proceso de auditoría interna y externa.

De esta forma, se exponen los resultados de la aplicación del diagnóstico, que obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 93%, lo que ubica a Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP., en un nivel global de cumplimiento “Alto”, esto en razón a que al tener implementado su Sistema de Gestión de Calidad vigente, bajo parámetros de la norma ISO 9001:2008 y la NTC GP1000, son varios los requisitos normativos que se calificaron con 10 puntos, cumpliendo completamente con el criterio enunciado.

Sin embargo, el diagnostico nos arrojo aquelllos numerales en los que se deben realizar mejoras y aquellos a los cuales no se les esta dando cumplimiento, entre los cuales encontramos los numerales 4.1 el cual nos arrojo una calificación baja ya que para realizar el plan de estrategico de la entidad se realizo un DOFA en el año

2012 en el cual identificaron el contexto de la organización, partiendo de esta información inicial se debería realizar mejoras para actualizar esta información. el numeral 4.2 que apesar de que su resultado fue aceptable, ya que la organización contaba con la caracterización de usuarios y grupos de interés, esta información estaba imcompleta para el cumplimiento del numeral de la norma ya que no contemplaba todas las partes interesadas, y sus necesidades y expectativas, para el cumplimiento del numeral 4.4 la calificación fue baja ya que no se contaba con un documento que validara esta información por lo tanto se debía realizar. Para el numeral 6.1 su calificación fue acetable ya que al ser una empresa publica contaba con la certificación en GP1000 ya contaba con una identificación de riesgos, pero en el momento de realizar el diagnotico se evidencia que esta identificacion de riesgos no estaba cumpliendo con la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Funcion Pubica por lo tanto se debían realizar acciones de mejora para el cumplimiento adecuado de este numeral, y por ultimo los numerales 6.3 y 8.3 tuvieron una calificación de cero ya que no se estab realizando ninguna actividad que aportara al cumplimento de estos requisitos, estos fueron algunos de los numerales a mejorar según el resultado del diagnotico realizado al sistema de gestión de calidad de la entidad.

A continuación, se presenta el resultado global de cumplimiento por cada numeral ISO 9001:2015 evaluado el diagnóstico general las espcificaciones de cada numeral se evidencian en el **anexo 2** diagnóstico de la organización.

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD		
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION	ACCIONES POR REALIZAR
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	119%	MANTENER
5. LIDERAZGO	65%	MEJORAR
6. PLANIFICACION	86%	MANTENER
7. APOYO	145%	MANTENER
8. OPERACIÓN	68%	MEJORAR
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	75%	MEJORAR
10. MEJORA	95%	MANTENER
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION	93%	
Calificacion global en la Gestion de Calidad	ALTO	

Ilustración 6 calificación global en la gestión de calidad (Fuente Propia)

4.1.2 Establecimiento del plan de acción para la implementación de los nuevos requisitos ISO 9001:2015 en Empresas Públicas de Cundinamarca.

Culminada la fase de diagnóstico, el director de planeación ratificó la necesidad de realizar el proceso de transición en la organización y las visitas de recertificación por parte del ente certificador para la obtención de certificación en la ISO 9001:2015, para lo cual se llevó a cabo la validación del plan de trabajo propuesto.

Las actividades del plan se estructuraron teniendo en cuenta los Procesos de la organización y los nuevos requisitos normativos ISO 9001:2015 que requerían implementación o mejoramiento, estableciendo, responsables y fecha de realización.

De esta manera, la Ingeniera Sandra Ruiz como coordinadora de calidad y el director de planeación Manuel Sandoval validaron el plan de trabajo, que se puede consultar en el **Anexo 3** Plan de trabajo: proceso de transición ISO 9001:2008 a ISO 9001:2015.

En este encontraran las responsables para realizar las actualizaciones pertinentes de los procesos, y las fechas en las que se debe finalizar este trabajo, la coordinadora de calidad y el director de planeacion, explicaron que para la actualización de cada proceso se iba a realizar la revisión documental y el cumplimiento a satisfacción de cada uno de los requisitos evidenciados en el diagnostico inicial del sistema, aproximadamente la actualización de los doce (12) procesos de la entidad se realizaría entre el mes de febrero y julio, ya que la contratación de la pre-audiroria y la auditoria de certificación se realizaría para que su ejecución se diera en del agosto, en ello radicando la importancia del cumplimiento del plan de trabajo.

4.1.3 Sensibilización a líderes de proceso y enlaces del Sistema de Gestión de la Calidad de Empresas Públicas de Cundinamarca

Como parte de esta fase, se llevó a cabo la jornada de capacitación con los enlaces del Sistema de Gestión de la Calidad (grupo operativo) de Empresas Públicas de Cundinamarca esta capacitación se llevó a cabo el día 16 de febrero del 2018, la cual tuvo como objetivo socializar los integrantes del comité operativo, el cronograma de actividades para la vigencia 2018, socializar el seguimiento y control de las acciones correctivas y preventivas abiertas en el 2017 ya que una de ellas menciona que en la visita de manteniento realizada por el ente certificador se encontró una no conformidad, la cual consistia en el incumplimendo total del numeral de diseño y desarrollo del producto o servicio “esta no conformidad se evidiencio en el proceso de estructuración de nuevos negocios, en un contrato para la realización de estudios y diseños para un centro vacacional de la policía nacial, para lo cual el ente certificador aconsejo realizar un procedimiento en el cual se evidenciara las etapas y el cumplimiento de este numeral”, la medición de indicadores 2017 y la actualización de estos para el 2018 y por ultimo proposiciones y varios. La cual se evidencia en el **anexo 4** actas de reunión equipo operativo

En la siguiente reunión que se llevó a cabo con el equipo operativo se socializo los cambios normativos indispensables para iniciar el proceso de transición al Sistema de Gestión de la Calidad de la organización y sensibilizar a los participantes sobre la importancia del proceso en pro de la obtención de la recertificación del sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015.
En la jornada de capacitación se expusieron las siguientes temáticas:

- Revisión de compromisos del acta anterior
- Socialización de los cambios presentados en la Norma
- Socialización del diagnóstico de transición de la Norma

- Socialización del numeral 4.1 de la Norma
- Identificación del contexto interno y externo de Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP. (revisar el objetivo y metas de sus procesos)
- Socialización del numeral 4.2 de la Norma Identificación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas de Empresas Publicas de Cundinamarca S.A ESP., (revisar el objetivo y metas de sus procesos)
- Proposiciones y varios

En proposiciones y varios se comentó que se realizaría esta misma capacitación con cada uno de los procesos y se presentó el plan de trabajo para la transición de la norma. La presentación se evidencia en el **anexo 5** Reunión equipo operativo.

La metodología utilizada se evidenciará en cada uno de los requisitos que se describen acontinuacion, entre las metodologías usadas para levar a cabo esta implementación, están DOFA, lluvia de ideas, creación de procedimiento entre otros.



Ilustración 7. Reunión con el equipo operativo EPC (Fuente Propia)

4.1.4 Documentación de requisitos exigidos y mejoramiento de la información documentada.

A diferencia de la norma ISO 9001:2008 que exigía seis (6) procedimientos obligatorios: control de documentos, control de registros, auditorías internas de calidad, control del producto no conforme, acciones correctivas y acciones correctivas; manual de la calidad y la política de la calidad; la nueva norma ISO 9001:2015 solo requiere mantener como información documentada:

El alcance del SGC (Requisito 4.3), información documentada requerida frente a la operación de sus procesos (Requisito 4.4.2), mantener información documentada de la política de la calidad (Requisito 5.5.2) y la información documentada sobre los objetivos de la calidad (Requisito 6.2.1).

De esta manera y como parte del cumplimiento del plan de trabajo se orientó la creación y adecuación de los requisitos obligatorios como información documentada, ya que todo aquello que en la norma ISO 9001:2015, se describe textualmente como “se debe mantener información documentada” hace referencia a la exigencia de un documento o registro y cada vez que en la norma textualmente se encuentre la frase “se debe conservar información documentada”, hace referencia a la necesidad de evidenciar la actividad mediante la creación de un formato, que queda como evidencia de las actividades relacionadas con el requisito.

Para dar inicio con esta labor se reestructuró la guía de Control de la información documentada la cual tiene como objetivo “Establecer los criterios y características para el control de la información documentada de Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP. Y su alcance va desde la creación de la información documentada que hace parte del Sistema Integrado de Gestión de Empresas Públicas de Cundinamarca y termina con la divulgación e implementación” (EPC, 2016).

Partiendo de los parámetros establecidos en esta guía mencionada anteriormente se da inicio a la creación o modificación de la información documentada de cada

uno de los procesos para el cumplimiento de los requisitos normativos de la ISO 9001:2015

4.2 Implementación de la información aprobada por el sistema de gestión de calidad y los líderes de los procesos

Con el fin de iniciar con la implementación de la metodología sobre los cambios normativos de la ISO 9001:2015 se tomó como referencia el diagnóstico inicial de organización para verificar cual es la información documentada que es requerida por la norma ISO 9001:2015 de esta manera y dando cumplimiento con el plan de trabajo se dio inicio a la formulación metodológica y la elaboración de la información documentada, que evidenciara el cumplimiento de los requisitos de la norma.

Para ello, por cada requisito normativo en el cual se hubiese identificado la necesidad de crear información documentada y/o modificar la existente para insertar los nuevos requerimientos, se llevó a cabo un trabajo conjunto con la coordinadora de calidad y los líderes de proceso, según el caso.

A continuación, se presenta la documentación creada y/o modificada por cada requisito normativo identificado como nuevo, o que implicó realizar cambios pertinentes:

Requisito 4.1 Comprensión de la organización y su contexto:

Este numeral totalmente nuevo en la versión 2015, obliga a que “La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de la calidad. Además, que La

organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.”

Requisito para el cual se implementó la metodología del análisis FODA, que consiste en evidenciar en una matriz los aspectos internos relativos a la organización (Debilidades y Fortalezas) y a su vez identificar las oportunidades y amenazas del medio, las cuales hacen referencia a los aspectos externos.

De esta manera se creó el formato PDE-F368 Matriz Contexto estratégico que contiene la información antes descrita en el **anexo 6** el cual solo evidencia los procesos estratégicos de la entidad los cuales son planeación y direccionamiento estratégico, estructuración de nuevos negocios y seguimiento y control. ya que este fue autorizado por el director para mostrar en el presente trabajo.

Se debe tener en cuenta que Empresas Publicas de Cundinamarca contaba con un FODA inicial, realizado en el año 2016 el cual se realizo para formular el plan estratégico 2016-2020 de la entidad, teniendo en cuenta la información allí descrita se realizo la actualización en el formato, mencionado anteormente.

Como conclusión de este ejercicio se pudo determinar que la empresa tiene como grandes fortalezas, el manejo de los recursos para el funcionamiento de cada uno de los procesos y el cumplimiento de las metas establecidas por estos, cuenta con personal capacitado y con un excelente conocimiento en cada una de las áreas, además de contar con planes y programas establecidos para dar cumplimiento con la misión y la visión de la entidad; en oportunidades se evidencia el posibilidad de capacitar al personal con otras entidades publicas o privadas en los diferentes temas de interés, realizar alianzas estratégicas para cumplir y mejorar los propósitos de la organización, la apertura del mercado para dar a conocer la empresa a nivel nacional e internación entre otras; en debilidades en la mayoría de los procesos se evidencia la alta rotancion del personal generando reprocesos en las áreas, la falta de integración en la información que maneja la entidad, carencia de personal de planta y softwar deficientes; por ultimo en la amenazas encontramos los cambios

constantes de la normatividad, demandas, investigaciones o sanciones por parte de los entes de control, robos de información entre otras.
Vale la pena aclarar que esta matriz es un documento controlado el cual se actualiza anualmente conforme al cumplimiento de las metas del plan de acción de cada vigencia.

Requisito 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas:

Este numeral totalmente nuevo en la versión 2015, se abordó teniendo en cuenta el documento de caracterización de usuarios y grupos de interés de Empresas Públicas de Cundinamarca del año 2016, teniendo en cuenta la obligatoriedad del requisito orientado no solo a determinarlas, sino también a realizar la identificación de las necesidades y expectativas de estas, se diseñó el formato PDE-F369 Matriz identificación partes interesadas el cual podrá evidenciar en el **anexo 7**, en este formato se podrá evidenciar la relación que tiene la dirección de planeación y direccionamiento estratégico con nuestros clientes directos los cuales son: Alcaldias y prestadores de servicios públicos; las entidades a las cuales reportamos información acerca de los proyectos que maneja Empresas Púbicas de Cundinamarca como los son: la Gobernacion de Cundinamarca, El estado colombiana conformado por sus diferentes ministerios, entes de control y secretarias; los clientes internos como lo son: la junta directiva, el comité directivo del Plan departamental de aguas – PDA, contratistas, proveedores y colaboradores entre otros, a cada una de las partes interesadas anteriormente se le identifica cual era su necesidad con respecto a cada proceso de Empresas Públicas de Cundinamarca y cual podría llegar a ser su posible expectativa. Un ejemplo de ello son los contratistas, una necesidad de estos con respecto al profeso de Gestion financiera puede ser, el pago de cuenta. Y una expectiva es que se le realice el pago antes de establecido en el procedimiento.

De igual manera que en el numeral anterios vale la pena aclarar que este documento hace parte del sistema integrado de Empresas Públicas de Cundinamarca y se encuentra controlado, esto se realizo siguiendo las recomendaciones realizadas en la pre-auditoria ya que inicialmente el documento no era controlado.

Requisito 4.3 Determinación del alcance del SGC:

Teniendo en cuenta que Empresas Públicas de Cundinamarca ya se encontraba certificada en las normas ISO 9001:2008 Y NTC GP 1000:2009, ya contaba con alcance definido para el sistema de gestión de calidad el cual es el siguiente "Actividades de Formulación, contratación, ejecución, seguimiento, supervisión e interventoría de proyectos del sector de agua potable y saneamiento básico, así como las actividades de aseguramiento en la prestación de estos servicios públicos domiciliarios". este no presentó ninguna modificación.

Cumpliendo con los requisitos de este numeral el alcance del sistema de gestión de calidad también fue incluido en el manual de calidad, documento de consulta disponible para todos los líderes de proceso de la organización, al igual que se encuentra publicado el certificado con su alcance en la página. web de la entidad en la Intranet http://www.epc.com.co/intranet2012/meci2015/ y en diferentes áreas del edificio de la organización.

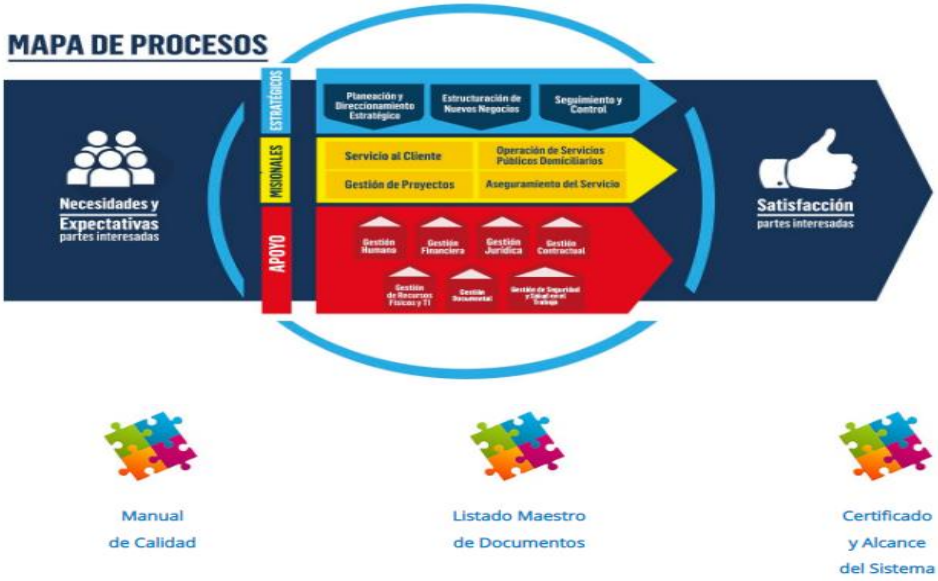


Ilustración 8 Publicación del Certificado y alcance del sistema en la intranet
Fuente: Empresas Públicas de Cundinamarca

Requisito 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos:

Dando cumplimiento con los requisitos establecidos en este numeral se realizó una modificación a las caracterizaciones de cada uno de los procesos de Empresas Públicas de Cundinamarca, la modificación de la plantilla de las caracterizaciones se llevó a cabo con la coordinadora de calidad, y el diligenciamiento de la información se realizó con cada uno de los líderes de procesos con el fin de incluir requisitos descritos en el presente numeral, de esta forma, fueron actualizadas.

En el **anexo 8:** PDE-C019 Caracterización del proceso Planeación y Direccionamiento Estratégico

Nota: solo se realiza el anexo de la Caracterización del proceso Planeación y Direccionamiento Estratégico ya que fue el aprobado por director de planeación para presentar en este trabajo. De igual forma, se llevó a cabo el ajuste al mapa de procesos de la organización teniendo en cuenta la imagen y los colores institucionales



Ilustración 9 Mapa de procesos de Empresas públicas de Cundinamarca (Fuente EPC)

Requisito 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades:

Pese a que la norma ISO 9001:2015, no pide mantener ni conservar información documentada respecto a la determinación de los riesgos y oportunidades por proceso, Empresas Públicas de Cundinamarca SA ESP. Al ser una empresa de orden público ya tiene establecido sus riesgos tanto de gestión como de corrupción, para mantener el cumplimiento de este requisito se realizó una modificación a la Guía ya existente, teniendo en cuenta que esta guía no tenía la identificación y el tratamiento de las oportunidades y no tenía la metodología de la identificación de riesgos clara.

Por lo tanto, basado en la guía para la administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Gestión Pública DAFP: diciembre de 2014, se abordó la metodología para el tratamiento de los riesgos por proceso. Igualmente, la metodología para identificar y dar tratamiento a las oportunidades se creó con base en principios similares.

Como resultado

Dando como resultado de este proceso se modifica e implementa la PDE-G004 Guía de administración de riesgos y oportunidades la cual se presenta en el **anexo 9**.

De esta manera la guía queda aprobado por la coordinadora de calidad, y el director de planeación; A partir de esta Guía se da inicio a la implementación de los formatos allí mencionados PDE-F300 Mapa de Riesgos Institucionales PDE-F367 Matriz Tratamiento Oportunidades y PDE-F301 Gestión para la administración del riesgo.

Para la identificación de los riesgos y oportunidades se realizaron entrevistas con líderes de procesos dejando como evidencia los formatos PDE-F300 Mapa de Riesgos Institucionales PDE-F367 Matriz Tratamiento Oportunidades diligenciados. Ver **anexo 10**: PDE-F300 Mapa de Riesgos Institucionales y **Anexo 11**: PDE-F367 Matriz Tratamiento Oportunidades

Nota: de igual manera antes del 31 de enero del 2018 se debían identificar los riesgos de corrupción por orden de la contraloría este trabajo se realizó con cada uno de los líderes de procesos. Además, se realizó un comité de junta directiva en el cual se presenta el plan anticorrupción y los riesgos identificados.

Requisito 6.3 Planificación de los cambios:

Para dar cumplimiento a este requisito que no requiere información documentada, pero sin embargo se realizó un formato que diera respuesta a los requisitos del presente numeral, para ello, se consideraron los siguientes aspectos: la intención de los cambios, sus posibles y potenciales consecuencias, la integridad del sistema de gestión de la calidad, la obtención de los recursos físicos, económicas, humanos entre otros y la delegación o reasignación de las responsabilidades y autoridades para la realización de los cambios.

El formato PDE-F309 “Planificación y gestión de cambio” fue creado dando cumplimiento a los requisitos de numeral y fue aprobado por el director de planeación.

	PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE CAMBIOS	Codigo: PDE-F309
		Versión: 0
		Fecha: 22/08/2018

Periodo del Cambio	Fecha Inicio	
	Fecha Fin	

LIDER DEL CAMBIO				
Nombre	**Cargo**	**Dirección o Area**	**Telefono**	**Correo**

GESTORES DEL CAMBIO (personas que ejecutarán los cambios)				
Nombre	**Cargo / Rol**	**Dirección o Area**	**Telefono**	**Correo**

DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	PRIORIDAD
	Critica ☐
	Alta: ☐
	Media: ☐
	Baja: ☐

Critica: Cambio que debe implementarse a la mayor brevedad ya que se puede estar afectando la prestación del servicio, la seguridad y salud de las personas o la integridad de la información.
Alta: Cambio que se debe desarrollar a la mayor brevedad, de no realizarse el cambio se identifican consecuencias de afectación a la prestación del servicio, la seguridad y salud de las personas o la integridad de la información.
Media: Cambio que debe implementarse en el corto plazo, de no realizarse el cambio se identifican consecuencias moderadas de afectación a la prestación del servicio, la seguridad y salud de las personas o la integridad de la información.
Baja: Cambio que puede desarrollarse en un periodo de tiempo flexible, de no realizarse el cambio se identifican consecuencias menores de afectación a la prestación del servicio, la seguridad y salud de las personas o la integridad de la información.

CAMBIO REALIZADO A:							
Red	☐	Mobiliario	☐	Vehículos	☐	Funciones	☐
Software	☐	Área	☐	Personal	☐	Estructura organizacional	☐
Equipos	☐	Materias primas	☐	Seguridad	☐	Métodos de trabajo	☐
Procesos	☐	Productos	☐	Servicios	☐	Otro:	☐
						¿Cual?	

ANTECEDENTES DEL CAMBIO (Por qué se requiere?):

ALCANCE DEL CAMBIO: (a que le aplica, de donde a donde va, cuales son los limites, que exclusiones hay?)	
	Emergencia: ☐
	Temporal: ☐
	Permanente: ☐

Emergencia: Cambio que sigue un camino corto a través del procedimiento normal de manera que se pueda ejecutar rápidamente. La documentación detallada requerida se completará posteriormente y solo entonces el cambio se clasificará como temporal o permanente.
Permanente: Aquel que implica cambios en un proceso, procedimiento o de Ingeniería (redes eléctricas, cambios estructurales, entre otros). Y se considera que permanecerá indefinidamente.
Temporal: Una modificación que es planeada y efectuada con la intención de retornar a las condiciones de diseño originales después de un tiempo específico.

ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL CAMBIO
DEPENDENCIAS AFECTADAS (Indicar el Nivel de afectación y concertación de los cambios si es necesario):
Qué procesos del Sistema Integrado de Gestión afecta el cambio? Como se asegura la integridad del Sistema y que los cambios esten enmarcados en el mismo?
Qué áreas de servicio o elementos de Teconolgias de Informacion afecta el cambio? (Hardware, Software, Aplicaciones, servicios de TICs)

	Tiempo de afectación de los servicios TI:

BENEFICIOS DEL CAMBIO:			
CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR EL CAMBIO:			
PLAN DE ACTIVIDADES PREVIAS AL CAMBIO: Diligenciar solo si aplica, de lo contrario colocar no aplica			
ACTIVIDAD	**FECHA**	**RESPONSABLE**	**DEPENDENCIA**
PLAN DE EJECUCIÓN: (Considerar la gestión de recursos)			
TAREA	**FECHA**	**RESPONSABLE**	**DEPENDENCIA**
PLAN DE PRUEBAS (Se evidencia solo cuando se requiera):			
TAREA	**FECHA**	**RESPONSABLE**	**DEPENDENCIA**
ENTREGABLES Y CRITERIOS DE ACEPTACIÓN			
ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN			
Describa las actividades para dar a conocer los cambios y realizar sensibilización de ser necesario			
TAREA	**FECHA**	**Medio de comunicación**	**RESPONSABLE**	**DEPENDENCIA**
RIESGOS Y CONSECUENCIAS POTENCIALES				
Riesgos identificados: *Realizar una breve descripción de los riesgos identificados y sus consecuencias potenciales*				
Riesgo	**Consecuencias**			
Medidas de control de los riesgos: *Identificar y describir los controles necesarios a implementar. De ser necesario se debe documentar acciones preventivas*				
MEDIDA DE CONTROL	**RESPONSABLE**	**FECHA DE EJECUCIÓN**	**COMO SE REALIZA EL SEGUIMIENTO**	
Anexos: Relacionar los anexos requeridos				
APROBACIÓN				
Firma: Nombre: ***Líder del Cambio***	Firma: Nombre: ***Dirección de Gestion Humana y Administrativa / SS-ST***	Firma: Nombre: ***Dirección de Planeacion***		
Aprobaciones adicionales, cuando aplique				
Firma: Nombre: ***Dirección de Gestion Humana y Administrativa / Gestion de Recursos Fisicos y Tecnologicos***	Firma: Nombre: ***Cargo:***	Firma: Nombre: ***Cargo:***		
Fecha Aprobación:	**Observaciones:**			
DD/MM/AAAA				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN Diligenciar luego de implementado el cambio				
Fecha:	**Observaciones:**			
DD/MM/AAAA				
¿Cambio implementado con éxito? Si ☐ No ☐				
Lecciones aprendidas:				
Firma: Nombre: ***Líder del Cambio***	Firma: Nombre: ***Dirección de Gestion Humana y Administrativa***	Firma: Nombre: ***Dirección de Planeacion***		

Ilustración 10 PDE-F309 Planificación y Gestión del cambio

Nota: este formato se realizó después de la pre-auditoria ya que quedo como un hallazgo menor dentro del informe.

Requisito 7. Apoyo:

Este numeral no tiene cambios significativos respecto a la versión 2008, sin embargo, en sesión con el equipo de trabajo se realizó una socialización de los aspectos correspondientes a recursos, personas e infraestructura y ambiente para la operación de los procesos incluyendo esto en las caracterizaciones de los procesos como se puede ver en el **anexo 8**, validando para este último aspecto la importancia de la implementación del sistema de seguridad y salud en el trabajo reglamentado en el Decreto 1072, como parte del cumplimiento del requisito.

Requisito 7.1.5 Recursos de seguimiento y medición:

Se hizo énfasis en la importancia de conservar la información documentada apropiada para tener evidencia de que los recursos de seguimiento y medición usados en Empresas Públicas de Cundinamarca son idóneos para su propósito.

Por lo cual se modificó y unifico un formato para los indicadores de gestión de la empresa en el cual se pudiera ver el comportamiento de este y se pueda identificar por medio de un semáforo la acción que se debe realizar. Este formato es el PDE-F245 Ficha técnica indicadores de gestión. Además, por medio de este mismo formato se da cumplimiento con el requisito 7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones

	FICHA TÉCNICA INDICADORES DE GESTIÓN	Código: PDE-F245 Version: 3 Fecha: 18/05/2018

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y/O DE CALIDAD		PROCESO	
NOMBRE DEL INDICADOR		TIPO	

DESCRIPCIÓN			
FÓRMULA DE CÁLCULO			
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	FRECUENCIA	TENDENCIA ESPERADA	UNIDAD DE MEDIDA

SOPORTE O FUENTE DE LA INFORMACIÓN	FECHA DE MEDICIÓN	FECHA INICIO DE LA SERIE	OBSERVACIONES DEL INDICADOR

UMBRALES DEL INDICADOR	SEMÁFORO	RANGO	OPCIONES DE MANEJO
	Satisfactorio		Cumple satisfactoriamente con la meta.
	Adecuado		Es el rango en el cual se debera realizar un plan de mejoramiento, para evitar el incumplimiento.
	Deficiente		Es el rango en el cual se debera realizar una accion correctiva para eliminar las causas de dicho incumplimiento.

TABLA DE DATOS						META	ANÁLISIS DE RESULTADOS
Eje X	2015	2016	2017	2018	2019		
Total							

GRÁFICO

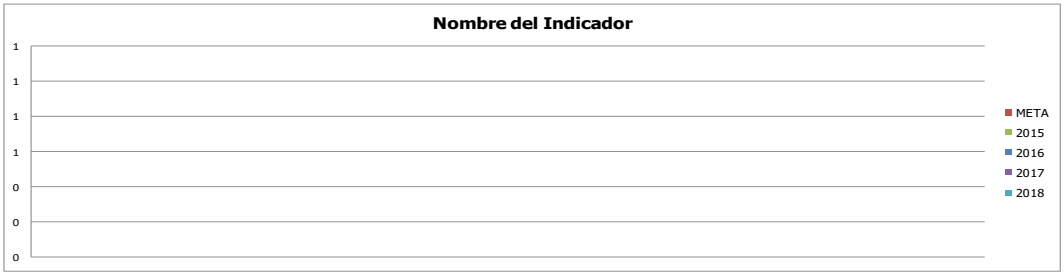


Ilustración 11 PDE-F245 Ficha técnica indicadores de gestión

Requisito 7.1.6 Conocimientos de la organización:

El nuevo requisito de la versión 2015, se explicó a la dirección de Planeación de Empresas Públicas de Cundinamarca comunicando las orientaciones de este numeral, las cuales se validarían con el plan de capacitaciones institucional y todas las capacitaciones que se realizaran entre las áreas para reforzar conocimientos de los funcionarios y contratistas.

Como fuentes externas del conocimiento se tendría en cuenta la normatividad de cada uno de los procesos y de la organización.

Con respecto a la documentación que maneja el sistema integrado de gestión El conocimiento organizacional se gestiona a través de la acumulación de información derivada de diferentes fuentes que permite alimentar el SIG y se convierte en herramienta para el mejoramiento continuo; entre estas fuentes se encuentra la asistencia a diversos espacios de actualización y capacitación en temas de interés, los cuales posteriormente se socializan a los demás empleados de acuerdo a la pertinencia de los mismos, en caso necesario se derivan ajustes a los procedimientos, instructivos, y manuales que se traducen en cambios o mejora en los procesos.



Ilustración 12 Capacitaciones Internas del SIG EPC. Fuente propia

Requisito 7.2 Competencia:

Se advirtió a la Dirección de Gestión Humana que, en esta versión de la norma, la competencia elimina el concepto de habilidades. Es así como se habla de competencia en términos de educación, formación o experiencia, aspectos contenidos en el formato GH-F157 Evaluación de hojas de vida y en el manual de funciones de la entidad.

Requisito 7.3 Toma De Conciencia:

Se orientó a la Dirección de Gestión Humana hacia la importancia de programar jornadas de capacitación, inducción y re inducción en las que se expusiera la política y objetivos de la calidad y el desempeño de los empleados para su cumplimiento, como también las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del SGC, desde cada rol de la organización.

Por otra parte, la dirección de planeación por parte de calidad reforzara estos temas de socialización a través de sistema y mecanismos interactivos como los televisores corporativos, correo, capacitaciones. Ver **anexo 12**: Noti-calidad 1

Requisito 7.4 Comunicación:

La organización cuenta con el documento de la dirección de servicio al cliente en cual se encarga de dar cumplimiento exacto al numeral en mención el cual es SAC-Pl002 Plan de Comunicaciones el cual se actualizo para la vigencia 2018.

Requisito 7.5 Información Documentada:

Es claro que los requisitos son similares a la versión 2008, con todo, se sugirió la actualización de la guía control de documentos cambiando su nombre a GUÍA CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA documento que se actualizó brindándole un responsable y objetivos del mismo, además se tomó la decisión de cambiar la codificación de los documentos para que estos se direccionaran al proceso que pertenecen. Dando como resultado los siguiente.

CÓDIGOS DE ACUERDO AL PROCESO	
PDE	Planeación y Direccionamiento Estratégico
ENN	Estructuración de Nuevos Negocios
SYC	Seguimiento y Control
SAC	Servicio al Cliente
GP	Gestión de Proyectos
OSPD	Operación de Servicios Públicos Domiciliarios
AS	Aseguramiento del Servicio
GH	Gestión Humana
GF	Gestión Financiera
GJ	Gestión Jurídica
GC	Gestión Contractual
GRFI	Gestión de Recursos Físicos y TI

Tabla 2 Codificación de acuerdo al proceso (Fuente: EPC)

CÓDIGOS TIPO DE DOCUMENTO	
F	Formato
G	Guía
I	Instructivo
Pl	Plan
Pt	Protocolo
Pg	Programa
Pc	Procedimiento
C	Caracterización
M	Manual

Tabla 3 Codificación de acuerdo al Documento (Fuente: EPC)

En reunión con los líderes de proceso se aclararon los cambios acerca de la información documentada, y aplicaciones de la guía e instructivo para la publicación y aceptación de un nuevo documento al sistema. PDE-G001 Guía Control de la Información Documentada y PDE-I015 Creación, Modificación o Eliminación de la Información Documentada en el **Anexo 13.** Podrán encontrar el instructivo mencionado anteriormente, en este instructivo se evidenciara paso a paso el proceso para solicitar la creación, publicación, modificación o eliminación de algún documento, el cual se desarrollo en tres (3) etapas, primero la identificación de la necesidad de un cambio, creación, eliminación o publicación de algún documento, la cual se envía a la dirección de planeación por medio del formato establecido para este propocito, la segunda etapa es la evaluación de la pertinencia del documento en el sistema integrado de gestión, por ultimo su publicación y socialización al personal, este instructivo se creo con la finalidad de hacer mas dinamico y de fácil compresión el procedimiento para el manejo de la información documentada de la organización.

Requisito 8. Operación:

Este es sin duda, el capítulo con más requisitos de la nueva versión ISO 9001:2015; no obstante, a manera de adecuaciones necesarias para el proceso de transición de la norma en Empresas Públicas de Cundinamarca se hicieron:

8.3 Diseño Y Desarrollo De Los Productos Y Servicios para este requisito se realizó la creación de un procedimiento ya que este no existía, a partir de que empresas públicas de Cundinamarca en su proceso de nuevos negocios busca sostenibilidad y buscar negocios en los que pueda participar la entidad, como resultado de esto se realizaron unos contratos como nueva línea de negocio en el cual se debía realizar unos estudios y diseños para un cliente por lo tanto se evidencio la necesidad de realizar este procedimiento de diseño y desarrollo, no obstante vale la pena recordar que este numera fue un hallazgo mayor en la visita de seguimiento

por parte de Bureau Veritas ya que no se le estaba dando cumplimiento, el procedimiento se podrá evidenciar en el **Anexo 14** en este se plasma el cilo PHVA y se da cumplimiento a cada uno de los requisitos de este numeral, la planificación del diseño y desarrollo del producto, las entradas, controles, salidas y cambios de este.

Requisito 8.7 Control De Las Salidas No Conformes para esto se actualizo el procedimiento PDE-Pc005 Control De Las Salidas No Conformes y los formatos PDE-F306 Reporte y Control de salida no conforme y PDE-F361 Matriz Identificación de Salidas No Conformes los cuales se identificaron para los procesos misionales en su vigencia 2018 lo cual se puede evidenciar en el **anexo 15**, como resultado en los 4 procesos misionales se identifico una (1) salida no conforme para el proceso de Aseguramiento de la prestación del servicio relacionada con el inclumplimineto de visitas de fortalecimiento programadas a los prestadores de servicios públicos, cinco (5) para el proceso de gestión de proyectos dividido en sus diferentes áreas, relacionados con la ejecución de contatacion de obras, interventorías y estudios y diseños, tres (3) para servicio al cliente relacionadas con las PQRSD y el incumplimiento a los resitos de sus clientes y cuatro (4) para el proceso de operación de servicios públicos domiciliarios relacionadas con la atención de emergencias.

Con respecto al requisito 9.2 Auditoria Interna se realizó una auditoria antes de las realizadas por el ente certificador, con el apoyo de los auditores certificados de la entidad en la cual se realizaría la verificación del cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 La cual se tuvo en cuenta dentro del plan de auditorías de la dirección de control interno y por parte de la dirección de planeación y el equipo de calidad se realizaron capacitaciones al equipo auditor.
En el **anexo 16** se podrá evidenciar el informe de la auditoria interna consolidado por la dirección de control interno



Ilustración 13 Capacitaciones de auditoria interna Fuente propia

Para el requisito 9.3 “Revisión por la dirección”, todos los requisitos de entrada de este numeral se presentaron para la aprobación del comité de coordinación de control interno y así darle a conocer a la alta dirección el estado del sistema integrado de gestión.



Ilustración 14. Comité de coordinación y control interno

Requisito 10. “Mejora”, con el fin de dar cumplimiento con este requisito fue necesario revisar y ajustar la metodología definida para documentar las acciones correctivas y de mejora ya que la versión anterior de la norma ISO 9001:2008, existía el significado de acción preventiva, el cual es eliminado de la versión ISO

9001:2015, por tanto, en reunión con el gerente de la organización, se expusieron los cambios normativos y se ajustó la metodología definida en el procedimiento, teniendo en cuenta que con la identificación y tratamiento dado a los riesgos, se estaban haciendo acciones de tipo preventivo.
Esto se puede evidenciar en el **anexo 17** Procedimiento SYC-Pc065 Evaluación y seguimiento de control interno y **anexo 18** Procedimiento SYC-Pc003 No conformidad y acción correctiva.

También se incluyeron nuevas fuentes con las cuales se evidencia la generación de mejora continua, como las acciones incluidas en el tratamiento a los mapas de riesgos por proceso y mapa de oportunidades de la organización.
Con la actualización, ajuste y adecuación de requisitos de la Norma ISO 9001:2015 realizada a la información documentada de Empresas Públicas de Cundinamarca se culminó la fase 5 del presente proyecto, fase que permitió a los líderes de proceso de la organización comprender la aplicación de los cambios normativos y posibilitó llevar a cabo con éxito el proceso de transición para presentarse ante el ente certificador Bureau Veritas en la auditoría externa.

4.3 Realización de Auditorías Externas

La **Pre Auditoria** de Bureau Veritas se llevó a cabo del 1 de agosto al 3 de agosto del año 2018 la cual arrojo como resultado una (1) no conformidad mayor y cinco (5) no conformidades menores.
La no conformidad mayor se dio por el incumplimiento del numeral de norma 6.3 Planificación y gestión del cambio en el informe de la pre auditoria dice que en entrevista con los diferentes líderes de proceso, se pudo evidenciar que los colaboradores desconocen la planificación que se debe llevar cada vez que exista la necesidad de realizar un cambio en su entorno de negocio, asegurando que se

planifique e implemente de manera controlada lo cual genera una desviación al numeral 6.3 de la norma NTC ISO 9001:2015

Según ((ICONTEC), 2015) Las Cinco (5) No conformidades menores corresponden a los numerales “4.1 Comprensión de la organización y su contexto, 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización, 6.1.2 acciones para abordar los riesgos y oportunidades y 9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección”.

En el transcurso de las dos semanas siguiente a la pre-auditoria se realizó todo el trabajo necesario para subsanar las no conformidades mencionadas anteriormente. El informe del ente certificador se encontrará en el **anexo 19** Informe de pre-auditoria.

La **Auditoria de recertificación** con el ente certificador Bureau Veritas, se llevó a cabo desde el día 27 de agosto al 29 de agosto del 2018 auditoría que dio como resultado cero (0) No Conformidades, cero (0) hallazgos o no conformidades menores, el informe de la visita de recertificación realizado por Bureau Veritas se podrá evidenciar en el **anexo 20** Informe de recertificación**.**

Vale la pena aclarar que el ente certificador dejo un par de recomendaciones, la primera con respecto al indicador del proceso de Gestión Juridica ya que este no esta realizando una medición relevante para el proceso y en general no muestra la gestión del proceso y su equipo de trabajo ya que solo evidencia la cantidad de casos jurídicos, y la segunda relacionada con la gestión del conocimiento de la organización, los auditores recomendaron tener memorias de las capacitaciones o base de datos de los temas que se trabajan en las mismas y de esta manera gestionar y hacer un mejor uso del conocimiento, ya que al contar con estos elementos la capacitación no solo queda para el participante.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Con la realización del presente proyecto aplicado, se puede concluir que los cambios presentes en la norma ISO 9001:2015, orientan a la organización a un enfoque global el cual es pertinente a las acciones determinadas en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad y de igual forma, amplía su mirada no solo a la satisfacción de las partes interesadas y sus necesidades, sino también hacia la comprensión de las expectativas de estas.

Sin lugar a dudas el hecho de que Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP., contara con su Sistema de Gestión de la Calidad certificado en la norma ISO 9001:2008 y la NTC GP1000, facilitó la implementación de los cambios en la información documentada que exige la versión ISO 9001:2015, pese a que en esta nueva versión ya no se hacen obligatorios documentos como el manual de la calidad, procedimiento de acciones correctivas, preventivas, control de documentos, control de registros, auditorías internas y control de producto o servicio no conforme se aprovechó el hecho de que ya estuvieran implementados en la organización.

Antes de realizar la transición de la norma ISO 9001:2015 se debe identificar plenamente cuales fueron los cambios realizados en su actualización, verificar cueles son los debe que estos presentan y asi determinar la metodología para dar cumplimiento con los requisitos.

El mantenimiento y actualización de un sistema de gestión de calidad no es responsabilidad solo de los encargados de area de calidad, al hablar de un sistema este se debe aplicar en toda la organización, por lo tanto, todos deben tener conocimiento de los cambios que se presentan en el sistema y aplicarlos teniendo en cuenta para esta versión el liderazgo se encuentra desde la alta direccion.

El diseño metodológico propuesto para la implementación de los nuevos requisitos ISO 9001:2015, descrito en el capítulo III y IV además del anexo 2 diagnostico inicial y 3 plan de trabajo del presente documento, son herramientas fundamentales que servirán de guía a otras organizaciones que deseen llevar a cabo la transición de los requisitos normativos, tomando como base la implementación documental de los

criterios ISO 9001:2008, certificados previamente.

Para la organización uno de los cambios más significativos fue la implementación del numeral planificación del cambio, el proceso que se aprobó en el sistema y su respectivo formato ya que este genera más control y organización en la entidad aún más teniendo en cuenta que se deben crear dos nuevos procesos en la organización los cuales son Gestión Documental y el de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo a los cuales se les debe realizar el proceso de planificación del cambio.

Haber realizado una pre-auditoria fue fundamental para llegar a optener la certificación ya que esta se evidenciaron varias falencias del sistema con respecto al cumplimiento de algunos requisitos de la norma y se logro realizar acciones de mejoramiento a tiempo para subsanarlas antes de la auditoria de recertificación y tener un resultado satisfactorio con Cero (0) no conformidades.

Los conocimientos adquiridos en gestión de la calidad y en aseguramiento de la calidad, atravez de su puesta en marcha se evidencia una vez mas que calidad de un producto o servicio es fundamental para el mantemiento de cualquier entidad.

La creación de la información documentada es de gran ayuda e importancia para el mantenimiento del sistema de gestión de calidad, ya que atraves de esta podemos evidenciar el cumplimiento de los requisitos por medio de Procedimientos, Instructivos, guias estre otros.

Empresas Públicas de Cundinamarca obtuvo la recertificación en la norma ISO 9001:2015 sin ninguna no conformidad menor u observación.

Gracias al trabajo realizado en Empresas Públicas de Cundinamarca dio como resultado la Guía metodológica para la transición y certificación en la norma ISO 9001:2015 (**Anexo 21**).

BUREAU VERITAS
Certification

EMPRESAS PUBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A E.S.P

Entidad Contratante: Calle 24 No. 51 - 40 Piso 11
Bogotá, Colombia.

BVQI Colombia Ltda. Certifica que el Sistema de Gestión de la organización ha sido auditado y se ha encontrado conforme con los requerimientos de las normas de Sistema de Gestión que se detallan a continuación

ISO 9001:2015

Alcance de la Certificación

FORMULACIÓN, CONTRATACIÓN, EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO, SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA DE PROYECTOS DEL SECTOR DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE ASEGURAMIENTO EN LA PRESTACIÓN DE ÉSTOS SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS.

Fecha Original de Inicio de la Certificación:	**17 Octubre 2015**
Fecha de Vencimiento del Ciclo Previo:	**NA**
Fecha de Auditoría de Recertificación:	**NA**
Fecha de Inicio del ciclo de Certificación:	**17 Octubre 2018**

Sujeto a la continua y satisfactoria operación del Sistema de Gestión de la organización, este certificado vence el: **16 Octubre 2021**

Certificado No. **CO18.02667** Versión: **No. 0** *Fecha de Revisión:* **25 Septiembre 2018**

Carolina Prieto Carranza
Gerente Técnico

BUREAU VERITAS Certification

ACREDITADO ONAC

ISO/IEC 17021-1:2015
10-CSG-007

Dirección del Organismo de Certificación: BVQI Colombia Ltda. Calle 72 No 7-82 Piso 3 Edificio Acciones & Valores Bogotá D.C. Colombia.

Cualquier aclaración adicional relativa al alcance de este certificado y a la aplicabilidad de los requerimientos del Sistema de Gestión, puede obtenerse consultando a la organización.

Para comprobar la validez de este certificado por favor llamar al **+57 (1) 3129191**

RECOMENDACIONES

- Se deben desarrollar programas de capacitación a los empleados de la organización para que aumenten su participación en todas las actividades relacionadas con el sistema de gestión de calidad ya que no solamente traerá beneficios para la Empresa, sino que también mejoran las condiciones de trabajo de ellos mismos.
- Se debe revisar periódicamente toda la información documentada establecida en los procesos, con el fin de que siempre estén actualizadas y estén acordes a la realidad a aconceja un lapso de tiempo de 3 meses para realizar estas revisiones
- Se recomienda seguir con el equipo operativo ya que ha servido para trabajar con un enlace directo de las direcciones
- Se recomienda continuar con el mantenimiento del sistema integrado de calidad y continuar con las visitas de seguimiento por parte del ente certificador
- Se recomienda la integración del sistema de gestión de calidad con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG para dar cumplimiento al decreto 1499 de 2017 "*Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015"* ya que este es de obligatorio cumplimiento para la entidades publicas y el cumplimiento de este se deberá realizar a través de las metodologías que imponga el Departamento Administrativo de la Funcion Publica.
- Se deben atender las recomendaciones realizadas en la auditoria de recertificación como los son el cambio o creación de un nuevo indicador para el proceso de gestión jurídica, y tener un mejor manejo de la gestión del conocimiento de la organización a través de bases de datos o memorias institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ICONTEC. (2015). Conozca todo acerca de la actualizacion de las normas ISO 9001 e ISO 14001 y las oportunidades y desafios que esto representa para su organizacion. *Revista Estandares*, 20. Obtenido de https://www.icontec.org/Actualizacion/2015/Octubre%202015,%20Revista%20Est%C3%A1ndares.pdf

- Norma ISO 9000:2015. Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. Cuarta edición. 2015-09-15

- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. Quinta edición. 2015-09-15.

- Guía para la administración del riesgo Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1592.pdf/73e5a159-2d8f-41aa-8182-eb99e8c4f3ba

- Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP. (2008). *Descripción de la Organización.* Bogota Cundinamarca. Obtenido de http://www.epc.com.co/

- Sistema integrado de gestión Empresas Públicas de Cundinamarca http://www.epc.com.co/intranet2012/meci2015/

- -Luis, A. “El futuro de la ISO 9001:2015. Preparándonos para el cambio.” Conferencia Magistral impartida en el Taller Nacional de Gestión de la Calidad. Comercializadora Escambray. La Habana. Cuba. Mayo de 2014.

- La historia y el futuro de ISO 9001 https://www.bsigroup.com/LocalFiles/spanish-ISO9001-revision-PRINTv2.pdf

- -López, P. (2015). Cómo documentar un Sistema de Gestión de la Calidad según ISO 9001:2015. Barcelona, España: Editorial FC.

- -Méndez. A. (2007) Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en ciencias empresariales. Bogotá: Editorial Limusa. Página, 136

ANEXOS

Anexo 1 Certificacion de calidad ISO 9001:2008



BUREAU VERITAS
Certification

Certificación

Otorgada a

EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. E.S.P.
AVENIDA CALLE 24 No. 51 - 40, BOGOTÁ D.C.
COLOMBIA

BVQI Colombia Ltda. certifica que el Sistema de Gestión de Calidad de la organización mencionada ha sido evaluado y se muestra acorde con los requerimientos de la norma detallada a continuación.

NORMA

ISO 9001:2008

ALCANCE DEL SISTEMA

ACTIVIDADES DE FORMULACIÓN, CONTRATACIÓN, EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO, SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA DE PROYECTOS DEL SECTOR DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE ASEGURAMIENTO EN LA PRESTACIÓN DE ESTOS SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS.

Fecha de aprobación original **Octubre 17, 2015**

Sujeto a una continua y satisfactoria operación del Sistema de Gestión de Calidad de la organización, el certificado es válido hasta: **Septiembre 15, 2018**

Para verificar la validez de este certificado llamar al teléfono (57 1- 3129191 Ext. 3190)
Futuras aclaraciones en cuanto al alcance de este certificado y la aplicabilidad del Sistema de Gestión de Calidad se pueden obtener consultando a la organización.

Certificado Número: **CO243138** *Fecha de emisión:* **Octubre 17, 2015**

ACREDITADO ONAC
ISO/IEC 17021:2011
10-CSG-007

Martha Angélica Triana
Director SCS

Oficina General : BVQI Colombia Ltda
Calle 72 No 7-82 Piso 3, Edificio Acciones & Valores
Bogotá D.C. Colombia

DIAGNOSTICO DE EVALUACION SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGÚN NTC ISO 9001-2015					
CRITERIOS DE CALIFICACION: A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificaciòn y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).					
No.	**NUMERALES**	**CRITERIO INICIAL DE CALIFICACION**			
		A-V	**H**	**P**	**N/S**
		A	B	C	D
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN 4.1 COMPRENSION DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO		10	5	3	0
1	Se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica y que afectan a su capacidad de logro de resultados de la organización.			3	
2	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.			3	
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS SE HAN DETERMINADO LAS PARTES INTERESADAS QUE SON PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SST DE LA ORGANIZACIÓN					
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.		5		
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.				**0**
4.3 DETERMINACION DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Primer Párrafo Se tiene determinado el alcance según:					

Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica. Debe estar documentado y disponible.					
5	El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica, partes interesadas.	10			
6	Teniendo en cuenta el alcance del SGC ¿se ha determinado las cuestiones externas e internas (4.1), requisitos de las partes interesadas y los productos y servicios?				**0**
7	Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión.	10			
8	¿Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?		5		
4.4 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS					
9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización	10			
10	determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de los procesos	10			
11	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	10			
12	determinar la secuencia e interacciones de los procesos		5		
13	determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento y las mediciones e indicadores de desempeño) para asegurar la operación eficaz y el control de los procesos	10			
14	determinar recursos necesarios y debida disponibilidad para los procesos	10			
15	asignación de autoridades y responsabilidades de cada proceso			3	
16	abordar los riesgos y oportunidades de acuerdo a los requisitos del apartado 6.1		5		
17	evaluar los procesos e implementar cualquier cambio necesario	10			
18	mejorar los procesos y el SGC	10			
	SUBTOTAL	90	20	9	0
	Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	**119%**			
5. LIDERAZGO **5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO GERENCIAL**					
1	Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.	10			

5.1.2 Enfoque al cliente					
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes se determinen y se cumplan.	10			
3	se determina se comprenden y cumplen los requisitos de los clientes, los legales y reglamentos aplicables	10			
4	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.		**5**		
5.2 POLITICA **5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLITICA**					
5	incluya un compromiso de cumplimento de requisitos y mejora continua del SGC				**0**
6	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos y objetivos establecidos por la empresa.	10			
5.2.2 Comunicación de la política de calidad					
7	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.	10			
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN					
8	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.	**10**			
	SUBTOTAL	60	5	0	0
	Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	**65%**			
6. PLANIFICACION **6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES**					
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados teniendo en cuenta el contexto, necesidad y expectativas de la organización.		5		
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.		5		
3	las acciones para abordar los riesgos y las oportunidades son proporcionales al impacto en la conformidad de los servicios			3	
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS					

4	se han establecido objetivos de calidad para las funciones y procesos necesarios para SGC		5		
5	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos		5		
6	Los objetivos de calidad son coherentes, medibles, seguibles, comunicables.	10			
7	¿Se tiene una planificación para el logro de los objetivos de la calidad?	10			
6.3 PLANIFICACION DE LOS CAMBIOS					
8	¿Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación?				**0**
	SUBTOTAL	20	20	3	0
	Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	**86%**			
7. APOYO **7.1 RECURSOS** **7.1.1 Generalidades 7.1.4. ambiente**					
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura)	10			
2	se determina y proporciona el personal necesario para la implementacion eficaz de SGC, y para el control y operación de sus procesos	10			
3	se proporciona y se mantiene la infraestructura necesaria para la operación de los procesos y da conformidad en los servicios	10			
4	se proporciona y mantiene ambiente adecuado y necesario para la operación de los procesos y la conformidad de los servicios	10			
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición **7.1.5.1 Generalidades**					
5	se terminan y proporcionan recursos para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realizan los seguimientos		**5**		
6	se documenta la información que evidencia que el seguimiento y la medición se realiza y son idóneos		**5**		
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones					
7	Dispone de métodos eficaces para garantizar la trazabilidad durante el proceso operacional.	10			

8	la organización hace la validación de los resultados de medición y control cuando este se considera no apto		5		
7.1.6 Conocimientos de la organización					
7	Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.		5		
8	la organización considera sus conocimientos actuales para determinar cómo adquirir conocimientos adicionales y a las actualizaciones requeridas	**10**			
7.2 COMPETENCIA					
9	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria	10			
10	la organización realiza actividades para adquirir la competencia que se necesita y conserva la documentación como evidencia de la competencia	10			
7.3 TOMA DE CONCIENCIA					
9	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas con respecto al SGC.		5		
7.4 COMUNICACIÓN					
10	Se tiene definido un procedimiento para las comunicaciones internas y externas del SIG dentro de la organización.	**10**			
7.5 INFORMACION DOCUMENTADA **7.5.1 Generalidades**					
11	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.	10			
7.5.2 Creación y actualización					
12	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	10			
7.5.3 Control de la información documentada					
13	Se tiene un procedimiento para la disponibilidad y el control de la información documentada requerida por el SGC.		**5**		

14	la información documentada tanto interna como externa tiene protocolos para su distribución, acceso, almacenamiento, control de cambios y conservación		**5**		
13	Se tiene un procedimiento para la disponibilidad y el control de la información documentada requerida por el SGC.	10			
	SUBTOTAL	110	35	0	0
	Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	**145%**			
8. OPERACIÓN **8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL**					
1	Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios.	10			
2	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.	**10**			
3	Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados.		5		
4	Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.			**3**	
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS **8.2.1 Comunicación con el cliente**					
5	La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios.	10			
6	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.		5		
7	Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.			**3**	
8	se tratan las consulta, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios			**3**	
8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios					
8	Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.		**5**		
8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios					
9	La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.	10			
10	La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este.	10			

11	Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado informacion documentada al respecto.	10			
12	Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.		**5**		
13	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	10			
8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios					
14	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la informacion documentada pertinente a estos cambios.		**5**		
8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS **8.3.1 Generalidades**					
15	Se establece, implementa y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios.				0
8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo					
16	La organización considera la naturaleza duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo				0
17	la organización tiene determinadas las actividades de verificación y validación del diseño y desarrollo				0
18	se tiene definida la necesidad de controlar las interfaces entre las personas que participan en el procesos de diseño y desarrollo				0
19	se realiza un nivel control de diseño y desarrollo por los clientes y partes interesadas				0
20	la organización identifica los requisitos para la posterior provisión de los productos y servicios				0
8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo					
21	Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar, se consideran los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios.				0
22	Se resuelven las entradas del diseño y desarrollo que son contradictorias.				0
23	Se conserva información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.				0

24	las entradas están completas y son acorde con los fines del diseño y desarrollo				0
8.3.4 Controles del diseño y desarrollo					
20	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.				0
21	Se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.				0
22	Se realizan actividades de verificación para asegurar que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas.				0
23	Se aplican controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurar que: se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación				0
24	Se conserva información documentada sobre las acciones tomadas.				0
8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo					
25	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: cumplen los requisitos de las entradas				0
26	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios				0
27	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación				0
28	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: especifican las características de los productos y servicios, que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.				0
29	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.				0
8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo					
30	Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios				0
31	Se conserva la información documentada sobre los cambios del diseño y desarrollo, los resultados de las revisiones, la autorización de los cambios, las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.				0
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE **8.4.1 Generalidades**					

32	La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos.		5		
33	Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente.		5		
34	Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.		5		
35	Se conserva información documentada de estas actividades		5		
8.4.2 Tipo y alcance del control					
36	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes.	10			
37	Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes.	10			
38	Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.	10			
39	Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad.	10			
40	Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.	10			
8.4.3 Información para los proveedores externos					
41	la organización hace la adecuación de los requisitos antes de comunicarlos con el proveedor externo	10			
41	La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios.	10			
42	Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios.	10			
43	Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas.	10			
44	Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización.	10			
45	Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.	10			
8.5 PRODUCCION Y PROVISION DEL SERVICIO **8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio**					

46	Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.	10			
47	Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.	10			
48	Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar.	10			
49	Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados	10			
50	Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.	10			
51	Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos.	10			
52	Se controla la designación de personas competentes.	10			
53	Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados.	10			
54	Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.	10			
55	Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	10			
8.5.2 Identificación y trazabilidad					
56	La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios.	10			
57	Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos.	10			
58	Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.	10			
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos					
59	La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras esta bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma.	10			
60	Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios.	10			
61	Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	10			
8.5.4 Preservación					

62	La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.				**0**
8.5.5 Actividades posteriores a la entrega					
63	Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.	10			
64	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios.	10			
65	Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios.	10			
66	Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios.	10			
67	Considera los requisitos del cliente.	10			
68	Considera la retroalimentación del cliente.	10			
8.5.6 Control de cambios					
69	La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos.		5		
70	Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.		5		
8.6 LIBERACION DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
71	La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.	10			
72	Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.		5		
73	Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.		5		
74	Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.	10			
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES					
75	La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega.	10			
76	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.		5		

77	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	10			
78	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras	10			
79	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.	10			
	SUBTOTAL	460	70	9	0
	Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	**68%**			
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO **9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN** **9.1.1 Generalidades**					
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.	10			
2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos.		5		
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.	10			
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.	10			
5	Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC.		5		
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.	10			
9.1.2 Satisfacción del cliente					
7	La organización realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.		5		
8	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.		5		
9.1.3 Análisis y evaluación					
9	La organización analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.			3	
10	La organización utiliza los resultados del análisis para evaluar la conformidad de los productos, el grado de satisfacción, el desempeño y eficacia del SGC.		5		
11	evalúa el desempeño de los proveedores externos y la necesidades de mejora del SGC		5		

9.2 AUDITORIA INTERNA					
10	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados.	10			
11	Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.		5		
12	La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría.	10			
13	Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.			3	
14	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.		5		
15	Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección.	10			
16	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.			3	
17	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.		5		
9.3 REVISION POR LA DIRECCION **9.3.1 Generalidades**					
18	La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.	**10**			
9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección					
19	La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas.		5		
20	Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.		5		
21	Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC.	10			
22	Considera los resultados de las auditorías.	10			
23	Considera el desempeño de los proveedores externos.		5		
24	Considera la adecuación de los recursos.	10			

25	Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.	10			
26	Se considera las oportunidades de mejora.		5		
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección					
27	Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora.		5		
28	Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC.		5		
29	Incluye las necesidades de recursos.	10			
30	Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.	10			
	SUBTOTAL	140	75	9	0
	Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	**75%**			
10. MEJORA **10.1 Generalidades**					
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.		**5**		
2	Las oportunidades y accione de mejora corrigen y previenen los efectos no deseados, mejora el desempeño y la eficacia de SGC	10			
3	Las acciones de mejora sirven para mejorar los servicios, para cumplir con los requisitos y considerar las necesidades y expectativas futuras	10			
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA					
2	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla.	10			
3	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.	10			
4	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.	10			
5	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.		5		
6	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.	10			

7	Hace cambios al SGC si fuera necesario.	10			
8	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	10			
9	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.	10			
10.3 MEJORA CONTINUA					
10	La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.	10			
11	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.	10			
	SUBTOTAL	100	5	0	0
	Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	**95%**			

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD		
NUMERAL DE LA NORMA	**% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION**	**ACCIONES POR REALIZAR**
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	**119%**	**MANTENER**
5. LIDERAZGO	**65%**	**MEJORAR**
6. PLANIFICACION	**86%**	**MANTENER**
7. APOYO	**145%**	**MANTENER**
8. OPERACIÓN	**68%**	**MEJORAR**
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	**75%**	**MEJORAR**
10. MEJORA	**95%**	**MANTENER**
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION	**93%**	
Calificación global en la Gestión de Calidad	**ALTO**	

Anexo 3 Plan de trabajo

PLAN DE TRABAJO, PROCESO DE TRANSISICIÓN ISO 9001:2008 A ISO 9001:2015			
Nombre de la tarea	Fecha de inicio	Fecha final	Duración (dias)
Acompañamiento y Aseoría a la Gobernación para el proceso de Transicion	9/02/2018	31/08/2018	203
Reuniones comité operativo	16/02/2018	7/12/2018	294
Diagnostico	12/02/2018	23/02/2018	11
Inducción y reinducción	19/02/2018	7/12/2018	291
Actualización del proceso Planeación y Direccionamiento Estrategico (Sandra y luisa)	23/02/2018	9/03/2018	14
Actualización del proceso Operación de Servicios Públicos (Myriam)	23/02/2018	9/03/2018	14
Actualización del proceso Gestión Contractual (Luisa)	23/02/2018	9/03/2018	14
Actualización del proceso Seguimiento y Control (Sandra)	12/03/2018	2/04/2018	21
Actualización del proceso Gestión Humana (Myriam)	12/03/2018	2/04/2018	21
Actualización del proceso Estructuración de Nuevos Negocios (Luisa y Sandra)	12/03/2018	2/04/2018	21
Actualización del proceso Aseguramiento de la prestación (Luisa)	9/04/2018	16/05/2018	37
Actualización del proceso Gestión Financiera (Luisa)	17/05/2018	20/06/2018	34
Actualización del proceso Gestión Juridica (Luisa)	15/05/2018	6/06/2018	22
Actualización del proceso Gestión de Proyectos (Myriam)	16/05/2018	29/06/2018	44
Actualización del proceso Gestión de Recursos Fisicos y TI (Myriam)	3/07/2018	25/07/2018	22
Actualización del proceso Servicio al Cliente (Luisa)	12/03/2018	2/04/2018	21
Actualización de mapas de riesgos todos los procesos	19/02/2018	16/03/2018	25
Ejecucion de Auditoria Interna	27/06/2018	19/07/2018	22
Proceso precontractual de preauditoria y auditoria externa	15/02/2018	1/06/2018	106
Ejecución de Preauditoria	21/06/2018	25/06/2018	4
Ejecución de Auditoria	13/08/2018	31/08/2018	18
Ceremonia entrega formal del certificado	14/09/2018	15/09/2018	1

Anexo 4 Acta de reunión equipo operativo

EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA SA E,S.P	**EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA SA ESP** **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** **ACTA DE REUNIÓN**	Código: Ft-6 Versión: 4 Fecha: 26/05/2017

OBJETO DE LA REUNIÓN:	REUNIÓN GRUPO OPERATIVO				
FECHA:	**16-02-2018**	**HORA INICIO:**	8:30 A.M.	**HORA FIN:**	9:45 A.M.
LUGAR:	Sala de Juntas, piso 11		**No. ACTA:**	01	

ORDEN DEL DÍA:	
1.	Presentación de los integrantes del Comité de la vigencia 2018
2.	Socialización del cronograma de actividades de la vigencia 2018
3.	Socialización del seguimiento y control de las acciones correctivas y preventivas abiertas de la vigencia 2017 (Dirección de Control Interno)
4.	Medición de indicadores de gestión de la vigencia 2017 y actualización de indicadores vigencia 2018
5.	Proposiciones y varios

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

El Dr. Manuel Sandoval, Director de Planeación, da un saludo de bienvenida a los integrantes del Grupo Operativo, dio las gracias a las personas que hicieron parte del grupo y que colaboraron en el año 2017 para mantener la certificación de calidad.

Este año tenemos un reto mayor teniendo en cuenta la transición de la norma, es una tarea de todos los colaboradores y de los directivos, quienes se deben involucrar en el proceso. Dentro de los cambios presentados en la nueva norma, está definido que los directivos se involucren en los procesos. En la preauditoria y auditora de la firma certificadora, éstas deben ser atendidas por los dueños de procesos o directores. La función de los Integrantes del grupo operativo es que transmitan la información que se trata en estas reuniones. Se informa que para la vigencia 2018 se auditaran los doce procesos.

Hace presentación del equipo de calidad: la Ing. Sandra Ruíz, Myriam López y Luisa Fernanda González.

La Dra. Stella García, pregunto que si se iba hacer una capacitación con respecto a la nueva norma o va haber una retroalimentación de parte del equipo de Planeación.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

El Dr. Manuel manifiesta que se tiene programada una capacitación y ya está incluida en el plan de capacitación de Gestión Humana,

El profesional Raul Malagon esboza que la capacitación ya está incluida dentro del programa de capacitación y esta para el mes de mayo, se contrató con ANDESCO. Los colaboradores que se Inscriban en la capacitación tienen que cumplir con la asistencia o de lo contrario tendrían que pagar.

La Ing. Sandra Ruíz, da lectura del orden del día:

1. **Presentación de los integrantes del Grupo Operativo de la vigencia 2018.**
2. **Socialización del cronograma de actividades de la vigencia 2018**
3. **Socialización del seguimiento y control de las acciones correctivas y preventivas I abiertas de la vigencia 2017 (Dirección de Control Interno)**
4. **Medición de indicadores de gestión de la vigencia 2017 y actualización de indicadores vigencia 2018**
5. **Proposiciones y varios**

El orden del día fue aprobado por los asistentes.

La Ing. Sandra esboza que la transición de la norma es un trabajo personalizado. El tema de calidad debemos irlo implementando de la mano con el modelo integrado de planeación y gestión. Se deben actualizar todos los procesos.

1. Presentación de los integrantes del Grupo Operativo de la vigencia 2018

Todos los integrantes del Grupo Operativo que asistieron a la reunión hicieron su presentación

2. Socialización del cronograma de actividades de la vigencia 2018

EMPRESAS PUBLICAS DE CUNDINAMARCA SA.ES.P.	**EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA SA ESP SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ACTA DE REUNIÓN**	Código: Ft-6 Versión: 4 Fecha: 26/05/2017

OBJETO DE LA REUNIÓN:	REUNIÓN GRUPO OPERATIVO				
FECHA:	16-02-2018	HORA INICIO:	8:30 A.M.	HORA FIN:	9:45 A.M.
LUGAR:	Sala de Juntas, piso 11		No. ACTA:		01

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

La Ing. Sandra Ruíz, socializó el cronograma de actividades de la vigencia 2018. La proyección que se está dando a conocer es para seis (6) procesos: 1. Planeación y Direccionamiento Estratégico. 2. Operación de Servicios Públicos. 3. Gestión Contractual. 4. Seguimiento y Control. 5. Gestión Humana. 6, Estructuración de Nuevos Negocios. La idea es que queden todos involucrados. El señor gerente quiere la certificación para mediados de septiembre, Entonces esto significa que la auditoría externa se debe realizar en el mes de agosto, porque si se debe hacer plan de acción, se debe tener en cuenta todos estos temas, para que los tiempos se ajusten al requerimiento de la Gerencia.

El Grupo Operativo estuvo de acuerdo que las reuniones se realicen los jueves cada 15 días en el horario de 8:30 a.m., aclarando que cuando se acerque las auditorias posiblemente las reuniones se realizaran cada 8 días.

Se va a realizar un diagnóstico para saber cómo está la empresa y que hace falta para quedar al día con la transición y en qué tiempo lo vamos a realizar, También se va a realizar una inducción y reinducción, la idea es hacerlo por procesos. De igual manera se va a actualizar todos los mapas de riesgos por proceso, Control Interno ya hizo una valoración de los controles que se llevaban de los riesgos 2017, tenemos que sacar los de este año para que ellos empiecen hacerle el seguimiento, teniendo en cuenta que la contraloría viene hacer auditoria y ellos nos van a pedir esa información y la idea es tenerla lista.

Se va a realizar una preauditoria y una auditoria para la recertificación, vamos a iniciar con el proceso contractual, hemos estado realizando cotizaciones con algunas firmas que prestan este servicio, con el fin de evidenciar las propuestas y los tiempos para que se hagan dentro de los términos que necesita la entidad, para cumplir con los requerimientos de la gerencia. Se tiene

EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. E.S.P.	**EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA SA ESP SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ACTA DE REUNIÓN**	Código: Ft-6 Versión: 4 Fecha: 26/05/2017

OBJETO DE LA REUNIÓN:	REUNIÓN GRUPO OPERATIVO				
FECHA:	16-02-2018	HORA INICIO:	8:30 A.M	HORA FIN:	9:45 AM.
LUGAR:	Sala de Juntas, piso 11			No. ACTA:	01

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Previsto para el 21 de junio realizar la preauditoria. Ellos nos aconsejan que la hagamos unos 2 o 3 meses antes para que podamos subsanar todo lo que se evidencio en esa preauditoria para la auditoria final. No se puede contratar antes por ley de garantías.

El Dr. Manuel manifiesta que se puede analizar la propuesta del proceso concurso de méritos. Hasta el año pasado no podíamos contratar con otro ente certificador porque se contaba con la certificación por parte de Bureau Veritas.

El gerente ha solicitado que en el evento de Expocundinamarca se haga la ceremonia de entrega de la certificación de calidad.

La Ing. Sandra Ruíz manifiesta que se hará llegar el cronograma de los otros seis (6) procesos y que profesional de la Dirección de la Planeación los va acompañar para actualizar los procesos.Se anexa cronograma de actividades.

Nombre de la tarea	Fecha inicio	Fecha final	Duración
Acompañamiento y Asesoría a la Gobernación para el proceso de Transición	09/02/2018	31/08/2018	203
Reuniones comité operativo	16/02/2018	07/12/2018	294
Diagnostico	12/02/2018	23/02/2018	11
Inducción y reinducción	19/02/2018	07/12/2018	291
Actualización del proceso Planeación y Direccionamiento Estratégico Sandra	23/02/2018	09/03/2018	14
Actualización del proceso Operación de Servicios Públicos Myriam	23/02/2018	09/03/2018	14

EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. E.S.P.	**EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA SA ESP SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ACTA DE REUNIÓN**	Código: Ft-6 Versión: 4 Fecha: 26/05/2017

OBJETO DE LA REUNIÓN:	REUNIÓN GRUPO OPERATIVO				
FECHA:	16-02-2018	HORA INICIO:	8:30 A.M.	HORA FIN:	9:45 A.M.
LUGAR:	Sala de Juntas, piso 11		No. ACTA:		01

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Actualización del proceso Gestión Contractual Luisa	23/02/2018	09/03/2018	14
Actualización del proceso Seguimiento y Control Sandra	12/03/2018	02/04/2018	21
Actualización del proceso Gestión Humana Myriam	12/03/2018	02/04/2018	21
Actualización del proceso Estructuración de Nuevos Ne ocios Luisa Sandra	12/03/2018	02/04/2018	21
Actualización de mapas de riesgos todos los procesos	19/02/2018	16/03/2018	25
Proceso precontractual de pre-auditoría y auditoría externa	15/02/2018	01/06/2018	106
Ejecución de Pre-auditoría	21/06/2018	25/06/2018	4
Ejecución de Auditoria	13/08/2018	31/08/2018	18
Ceremonia entre a formal del certificado	14/09/2018	15/09/2018	1

3. Socialización del seguimiento y control de las acciones correctivas y preventivas abiertas de la vigencia 2017 (Dirección de Control Interno)

Toma la palabra el profesional Diego Santamaría de la Dirección de Control Interno, quien socializó el estado de las acciones correctivas que están abiertas del resultado de la auditoria interna y externa.

No. No conformidades 2017	No. No Conformidades Cerradas 2017	No. No Conformidades abiertas 2017
9	5	4

OBJETO DE LA REUNIÓN:	REUNIÓN GRUPO OPERATIVO				
FECHA:	16-02-2018	HORA INICIO:	8:30 A.M.	HORA FIN:	9:45 A.M.
LUGAR:	Sala de Juntas, piso 11		No. ACTA:	01	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

4. **Medición de indicadores de gestión de la vigencia 2017 y actualización de indicadores vigencia 2018**

La Ing. Sandra Ruíz, socializó la medición de los indicadores de gestión vigencia 2017, Donde muestra que la empresa arrojo como resultado final de la gestión 2017 un 71%, aclara que no se pudo verificar las metas de dos indicadores porque la ficha no la muestra. También se recomienda revaluar las metas establecidas ya que están definidas muy altas y no se están cumplimiento generando que se abran acciones correctivas para mejorar el indicador.

NOMBRE DEL INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	RESULTADO DE LA MEDICIÓN 2017												META	EVALUACION FINAL
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
Ft-144 Oportunidad de tramite pagos FIA	Mensual	20,33	14,81	19,68	20,55	11,77	9,5	11,42	10,08	10,63	11,97	11,61	11,24	11 dias	100%
Ft-218 Indicador Ejecución presupuestal	Mensual	42%	40%	45%	48%	52%	55%	57%	62%	65%	67%	74%	75%	100%	75%
EPC-SIGC-Ft-185 Nivel de cumplimiento de competencias del personal	Anual												4,55	3,6 Puntos	126%
EPC-SIGC-Ft-196 Nivel de cumplimiento de los proyectos de Tecnologías de la Información	Trimestral			71%			80%			90%			71%	100%	71%
EPC-SIGC-Ft-235 Nivel de satisfacción en relación con los recursos físicos y tecnologías de la información (TI)	Semestral						65%						65%	100%	65%
EPC-SIGC-Ft-206 Comportamiento de los procesos jurídicos	Semestral				31%						13%				
Eficacia en la atención de solicitudes de contratación	Mensual	96,4%	95,5%	90,5%	87,0%	82,5%	90,5%	88,2%	93,1%	91,5%	94,8%	93,1%	96,7%	80%	121%
EPC-SIGC-Ft-233 Nivel de Ejecución del Plan de Gestión Social	Trimestral			31,6%			49,8%			36,2%			50,2%		
EPC-SIGC-Ft-201 Efectividad en los canales de comunicación	Anual						83%							90%	92%
EPC-SIGC-Ft-202 Nivel de Satisfacción de los clientes	Anual						89%							90%	99%

OBJETO DE LA REUNIÓN:	REUNIÓN GRUPO OPERATIVO				
FECHA:	16-02-2018	HORA INICIO:	8:30 A.M.	HORA FIN:	9:45 A.M.
LUGAR:	Sala de Juntas, piso 11			No. ACTA:	01

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Seguimiento y Control	EPC-SIGC-Ft-311 Cumplimiento del Plan de Evaluación y Seguimiento	Semestral						100%						100%	100%	100%
Aseguramiento de la Prestación del Servicio	EPC-SIGC-Ft-278 Eficiencia en la ejecución financiera del plan de aseguramiento	Cuatrimestral				5%				22%				58%	98%	59%
Gestión de Proyectos	EPC-SIGC-Ft-263 Población beneficiada - Acueducto Urbano	Anual												21%	34.000	21%
	EPC-SIGC-Ft-263 Población beneficiada - Alcantarillado urbano													11%	34.000	11%
	EPC-SIGC-Ft-263 Población beneficiada - Acueducto Rural													70%	12.500	70%
	EPC-SIGC-Ft-263 Población beneficiada - Alcantarillado Rural													24%	1.250	24%
Gestión de Proyectos	EPC-SIGC-Ft-261 Eficacia en el cumplimiento de metas del Plan Estratégico Empresarial	Anual												80%	100%	80%
Planeación y Direccionamiento Estratégico	EPC-SIGC-Ft-245 Nivel de Ejecución del Plan de Acción Empresarial	Trimestral			12%	-		48%			72%			77%	100%	77%
Planeación y Direccionamiento Estratégico	EPC-SIGC-Ft-289 Nivel de Ejecución Financiera del PAEI	Bimestral		1,96%		30,33%		11,15%		21,91%		30,65%		54,40%	85%	64%

5. Proposiciones y varios

La Dra. Stella Garcia, manifiesta que es importante que las personas que han venido trabajando en el tema de calidad deberían continuar en este tema, porque conocen del sistema y que le aporta al mejoramiento.

El profesional Jhon Pineda, manifiesta que desde el año pasado con la Dirección de Planeación han venido trabajando el tema de gobierno digital. Están requiriendo información de las diferentes áreas para publicar en la página web, por tal motivo es trabajar con el equipo operativo para que nos colaboren con el suministro de la información.

COMPROMISOS

EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. E.S.P.	**EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA SA ESP SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ACTA DE REUNIÓN**	Código: Ft-6 Versión: 4 Fecha: 26/05/2017

OBJETO DE LA REUNIÓN:	REUNIÓN GRUPO OPERATIVO				
FECHA:	16-02-2018	HORA INICIO:	8:30 A.M.	HORA FIN:	9:45 A.M.
LUGAR:	Sala de Juntas, piso 11			No. ACTA:	01

	Descripción	Responsable	Fecha de cumplimiento
1.	Averiguar si se puede hacer concurso de méritos para contratar el ente certificador	MANUEL SANDOVAL VILLAMIZAR	Marzo de 2018
2.	Revisión de formatos de planes de acción y procedimientos del proceso de servicio al cliente, para cargar en la intranet.	SANDRA MILENA RUIZ	Marzo de 2018

ELABORÓ		APROBÓ	
NOMBRE:	MYRIAM LÓPEZ MORALES	**NOMBRE:**	
CARGO:	Profesional de Apoyo	**CARGO:**	DIRECTOR DIVISIONAL
FIRMA:		**FIRMA:**	MANUEL SANDOVAL V.

Se anexa Control de Asistencia.

EMPRESAS PÚCLiCAS OE aÜÑÚÑAMARCA SR E,s.p:	EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA SA ESP SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ACTA DE REUNIÓN	Código: Ft-6 Versión: 4 Fecha: 26/05/2017

OBJETO DE LA REUNIÓN:	Equipo Operativo Calidad.				
FECHA:	feb 16/2018	HORA INICIO:	8:3	HORA FIN:	9:45
LUGAR:	Sala de Juntas Planeación.			No. ACTA:	01

PARTICIPANTES

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Karen Julieth Ortiz Apolinar	Profesional de Apoyo Área Contabilidad	
2	Gilberto Acosta	Apoyo Aseguramiento	
3	Fredy A. Venegas	Apoyo Financiero	
4	Stella García	Prof. Apoyo Corp.	
5	Marco Antonio Umbarila	Apoyo Gerencia	
6	Sonia Sánchez D.	Apoyo Profesional Estructuración P.	
7	Lusa González Garzon	Apoyo Calidad	
8	Myriam López Morales	Apoyo Prof. Planeac	
9	Liliana Maricela Rodriguez	Apoyo Contractual	
10	Diego Santamaria Salgado	Apoyo Profes. Control Interno	
11	Johana Aguilera Palacios	Asistente Administrativo Sub gerencia	
12	JOSE RAUL PEDRAZA J	APOYO GESTION HUMANA	
13	Martha Dioza Ortiz	Apoyo Prof DSC	

Anexo 5 Reunión Equipo Operativo

EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. E.S.P.

REUNION EQUIPO OPERATIVO

ORDEN DEL DIA

1. Revisión de compromisos del acta anterior
2. Socialización de los cambios presentados en la Norma
3. Socialización del diagnóstico de transición de la Norma
4. Socialización del numeral 4.1 De la Norma
5. Identificación del contexto interno y externo de la Empresa (revisar el objetivo y metas de sus procesos)
6. Socialización del numeral 4.2 De la Norma
7. Identificación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas de la Empresa (revisar el objetivo y metas de sus procesos)
8. Proposiciones y varios

EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. E.S.P.

CAMBIOS EN LA NORMA ISO 9001:2015

AGENDA

1. ¿Qué es la norma ISO 9000?
2. ¿Por qué cambian de versión las normas ISO?
3. Principales cambios de la norma ISO 9001:2015



¿QUE ES LA NORMA ISO 9000?

Es una familia de normas sobre calidad y gestión de calidad, establecidas por la Organización Internacional de Normalización, que aplica a cualquier tipo de organización orientada a la producción de bienes o servicios. Está compuesta por:

–ISO 9000(vocabulario de la calidad)
–ISO 9001(modelo para sistema de gestión) CERTIFICABLE
–ISO 9003(modelo para producción)
–ISO 9004(directivas para mejorar el desempeño)

La auditoría para la certificación de la norma ISO 9001 se realiza atendiendo los lineamientos de la norma ISO 19011 "Directrices de auditoría de los sistemas de gestión"

NOTA: La palabra ISO significa IGUAL (griego) Las normas ISO formulan criterios -parámetros -reglas qué pueden ser aplicadas por todos de modo uniforme y coherente y válidas a nivel internacional.

¿Por qué cambian de versión las Normas ISO?

La Norma ISO 9001 cambió para:

- Adaptar la norma a los cambios en el entorno y las nuevas realidades organizacionales.
- Incorporar mejoras que respondan a las dificultades experimentadas por quienes las adoptan y los entes certificadores.
- Facilitar su adopción integral, junto con otras normas, en las organizaciones.

Cada 5 años se revisan las normas



Cambios de la Norma ISO 9001 versión 2015

Conceptos ISO 9000:2015 (ISO 9000)

1. Inclusión del término "servicio", "productos y servicios" y no solo "productos"
2. Enfoque basado en riesgo("Risk-based thinking")
3. La "gestión de compras" ha sido sustituida por la expresión "suministros y servicios externos"

Estructura de Alto nivel:

- La norma ISO 9001:2008 tenía 8 capítulos y cada norma tenía una estructura diferente. Con la versión 2015 se unifica la estructura de las normas para hacer más fácil su integración y pasa a tener 10 capítulos:
  - 0.Introducción
  - 1.Objeto y Campo de Aplicación
  - 2.Referencias Normativas
  - 3.Términos y definiciones
  - **4.Contexto de la organización**
  - **5.Liderazgo**
  - **6.Planificación**
  - **7.Apoyo**
  - **8.Operación**
  - **9.Evaluación del desempeño**
  - **10.Mejora**



Cambios de la Norma ISO 9001 versión 2015

Importancia del contexto de la organización y partes interesadas (4.1y4.2)

- Se deben determinar los problemas externos e internos, que son relevantes para su propósito y la dirección estratégica y que afectan su capacidad para conseguir los resultados más deseados de su SIGC.
- Partes Interesadas: personas u empresas que puede afectar, verse afectadas por, o perciben así mismos a ser afectados por una decisión o actividad de su empresa

Liderazgo de la Alta Dirección(5.1)

- Es necesario que la alta dirección se involucre mucho más, se deben modificar los requisitos de la revisión por la dirección y se aparte al representante de la dirección.

Enfoque basado en Riesgos(6.1) y desaparición del concepto de Acciones preventivas(10.2)

- Un enfoque preventivo mediante la realización de un Análisis de Riesgos y Oportunidades, lo que hace que desaparezcan las acciones preventivas.



Cambios de la Norma ISO 9001 versión 2015

Gestión del cambio (6.3)

- Planificar los cambios que afectan el SIG, considerando:
  1. Propósito y consecuencias potenciales
  2. Mantenimiento de la integridad del SIG
  3. Disponibilidad de los recursos
  4. Efectos sobre responsabilidades y autoridades



Conocimiento como recurso–Gestión del Conocimiento (7.1.6)

1. Los conocimientos de la organización son conocimientos específicos, por lo general adquiridos por la experiencia, que son utilizados y compartidos para alcanzar los objetivos de la organización.
2. Se debe identificar, establecer cómo mantenerlo y tenerlo en cuenta al hacer cambios.

Competencias del personal (7.2)

1. Desaparece el concepto de habilidad
2. Se deben determinar las competencias de las personas que hacen ciertos trabajos para poder controlar de qué forma afecta al rendimiento de la calidad; asegurarlas, evidenciarlas, gestionarlas cuando sea necesario.

Cambios de la Norma ISO 9001 versión 2015

Comunicaciones como un proceso de apoyo del SIG (7.4)

1. Establecer qué tipo de comunicaciones puedo considerar relevantes para mi Sistema de Gestión de Calidad:
   - ✓ Que va a comunicarse, cuando, medio, destinatario, cómo y quien es el responsable. (Planificarlas)

Información documentada (7.5)

1. Flexibilización del manual de calidad (4.4)
2. Los registros y los documentos pasan a llamarse "información documentada".
3. El concepto cubre todos los medios en que la información pueda estar contenida y todos son controlables dentro del sistema.
4. Implica prácticas pertinentes de conservación de la información.



Cambios de la Norma ISO 9001 versión 2015

Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente (8.4)

- Antes se hablaba de productos comprados, ahora de los procesos y funciones externalizados (que forman parte del alcance del SGC) y la definición del tipo y alcance del control a aplicar (el riesgo asociado a la externalización).

Control de las salidas no conformes(8.7)

- Cambió el término "producto no conforme" Por el de "salida no conforme".



EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. E.S.P.

MUCHAS GRACIAS

DIRECCION DE PLANEACIÒN AREA DE CALIDAD

Anexo 6 PDE-F328 Matriz Contexto Estrategico

PROCESO	ÁREAS	FORTALEZAS (Internas)	OPORTUNIDADES (Externas)	DEBILIDADES (Internas)	AMENAZAS (Externas)
Planeación y Direccionamiento Estratégico	**Dirección de Planeación**	1. Contar con presupuesto para mantener la certificación de calidad de la Empresa. 2. Se cuenta con auditores internos certificados 3. Se cuenta con un equipo operativo para mantener la implementación del sistema 4. Se cuenta con el compromiso de la alta dirección para dar continuidad al Sistema Integrado de Gestión 5. Dar inicio a la Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG 6. Contar con personal capacitado para realizar la transición de la norma. 7. Se cuenta con la herramienta denominada intranet para publicar y mantener actualizada la información documentada del SGI 8. Se cuenta con presupuesto para la implementación del banco de proyectos.	1. Apoyo en la transición de la norma por parte de la Secretaria de la Función Publica (Gobernación) 2. La ejecución de la pre-auditoría, con el fin de evidenciar las mejoras para la auditoría externa 3. Brindar información de los proyectos a nivel departamental y nacional para los municipios	1. Falta de medición periódica de los indicadores de calidad por parte de los procesos 2. Falta de participación de los funcionarios en la implementación y mantenimiento del SGI 3. No socializar oportunamente los cambios del Sistema Integrado de Gestión y q no se realice inducción al personal nuevo 4. No se cuenta con la herramienta para el banco de proyectos de la Empresa 5. No se cuenta con información verídica, acertada ni unificada para la implementación del Sistema Información Geográfica - SIG y Banco de Proyectos 6. No se cuenta con el personal de planta suficiente para mantener la implementación del banco de proyectos.	1. La detección de hallazgos mayores por el incumplimiento a los requisitos de la norma. 2. No se presente ningún proponente para la contratación de la pre-auditoria y auditoria 3. No realizar la contratación de manera oportuna, generando vencimiento del certificado. 4. Retrasos en la implementación de MIPG, generando inicio de posibles procesos administrativos. 5. Jaquear el software del banco de proyectos

Estructuración de Nuevos Negocios	**Dirección de Nuevos Negocios**	1. Gracias la gestion de la direccion de nuevos negocios se cuenta con la participacion accionaria de la empresa de servicios publicos de Viota 2. Se cuenta con experiencia en la realizacion de estudios, diseños y viabilidad financiera 3.Cuenta con aliados estrategicos para la realizacion de los proyectos (OCAD PAZ, ZOMAC) 4. incursion constante en nuevos proyectos por diversos mecanismos gracias a la dedicacion y conocimiento del equipo de la direccion en busca de negocios que generen utilidades a la empresa.	1. Generar Alianzas estrategicas. 2. Busqueda y establecimiento de nuevas lineas de negocios atravez de la radicacion de proyectos 3. Apoyo por entes externos en la estructuracion de los proyectos	1. Falta de la experiencia para la participacion de algunos negocios (Contractual y tecnica) 2. debilidades en la formalizacion del centro de servicios compartidos (csc) determinando responsabilidades para cada area (Ej:bases de datos) 3. falencia en la aprovacion del proyecto (investigacion e innovacion META 427) para la asignacion de recursos por parte de la nacion	1. Los tiempos de los procesos en el momento de conseguir un negocio difieren entre las diferentes partes interesadas (municipios, areas, MVCT entre otros) 2. Dependencia de terceros para el cumplimiento de algunas metas
Seguimiento y Control	**Dirección de Control Interno**	1. Contar con presupuesto para contratar el equipo de profesionales idóneo. 2. Contar con un equipo de auditores certificados. 3. Contar con un Plan de evaluación y seguimiento de control interno aprobado por la gerencia. 4. Mejora continua de los procesos. 5. Implementar auto-evaluación de riesgo y control.	1. Asesoria del Estado para las oficinas del Control Interno en la implementación del MIPG	1. No hacer seguimiento al reporte de informes que se deben presentar a los entes de control. 2. No participar en el plan de capacitaciones establecido por la empresa 3. No se cuenta con el personal de planta suficiente para mantener los procesos. 4. Falta de control y seguimiento a los riesgos de gestión y de corrupción de la entidad. 5. No proponer acciones de mejora a los procesos y áreas de la empresa. 6. No dar cumplimiento del plan anual de auditorías. 7. Falta de compromiso de las áreas en la entrega de información oportuna.	1. Incumplimiento con el plan de auditorias aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. 2. No cumplir con el plan de mejoramiento aprobado por los entes de control. 3. No rendir informes en términos a los entes de control.

Anexo 7 PDE-F369 Matriz Identificación Partes Interesadas

PROCESO	ÁREAS	GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA		ESTADO COLOMBIANO		JUNTA DIRECTIVA		CIUDADANOS		CONTRATISTAS Y PROVEEDORES		VEEDURIAS CIUDADANAS Y ASOCIACIONES DE USUARIOS		COLABORADORES	
		Necesidades	Expectativas	Necesidades	Expectativas	Necesidades	Expectativas	Necesidades	Expectativas	Necesidades	Expectativas	Necesidades	Expectativas	Necesidades	Expectativas
Planeación y Direccionamiento Estratégico	Dirección de Planeación	1. Reporte de avance de metas del Plan de Desarrollo Departamental - PDD	1. El cumplimiento de las 28 metas del Plan de Desarrollo Departamental - PDD	1. Entrega bimensual del reporte del estado del Plan Anual Estratégico de Inversión - PAEI	1. Cumplir en su totalidad Plan Anual Estratégico de Inversión – PAEI aprobado	1. Consolidar la información al Gerente sobre el estado de cumplimiento del Plan Estratégico de la Empresa, para ser presentado a la Junta Directiva	1. Conocer el estado de cumplimiento del plan estratégico de la Empresa	1. Publicación del Plan Estratégico de la Empresa y del estado de avance del mismo. 2. Acceso de información para identificar los requisitos aplicables a los diferentes servicios de la Empresa.	1.Realizar los centros de pensamiento para la socialización y asesoramiento en la participación de los proyectos en la Empresa. 2. Contar con toda la información documentada de los diferentes servicios que presta la empresa de manera permanente, actualizada y clara.	1. Acceso a la información documentada del sistema Integrado de Gestión de todos los procesos de la Empresa. 2. Socialización del Sistema Integrado de Gestión. 3. Contar con un sistema de información integral que facilite la toma de decisiones.	1. Accesibilidad permanente por parte del contratista a la información documentada que puedan llegar a necesitar de los procesos 2. Capacitación permanente en temas referentes al Sistema Integrado de Gestión. 3. Verificar permanentemente los sistemas de información integrados para la toma de decisiones.	1. Verificación de la publicación de documentos Estratégicos de la Empresa.	1. Poder tener acceso a toda la información referente a la Empresa.	1. Acceso a la información documentada del sistema Integrado de Gestión de todos los procesos de la Empresa. 2. Socialización del Sistema Integrado de Gestión. 3. Contar con un sistema de información integral que facilite la toma de decisiones.	1. Accesibilidad por parte de los funcionarios a la información documentada que puedan llegar a necesitar de los procesos 2. Capacitación permanente en temas referentes al Sistema Integrado de Gestión. 3. Verificar permanentemente los sistemas de información integrados para la toma de decisiones.

El presente anexo muestra las partes interesadas del proceso de planeación y direccionamiento estratégico.

Anexo 8 PDE-C019 Caracterización del proceso Planeación y Direccionamiento Estratégico

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: PDE-C019 Versión: 5 Fecha: 24/08/2018

TIPO DE PROCESO	OBJETIVO	ALCANCE
Estratégico	Establecer y hacer seguimiento a los objetivos estratégicos y de calidad de la Empresa, liderar el mantenimiento y mejora continua de los sistemas de gestión empresarial y adoptar principios de buen gobierno.	Adopción de políticas, objetivos, valores, metas, planes, programas estratégicos y sistemas de gestión.

POLITICAS DE OPERACIÓN	RESPONSABLE
1. Garantizar que los planes y programas del sector de agua potable y saneamiento básico estén alineados con los de orden Nacional y Departamental. 2. Garantizar que en los planes empresariales se tenga en cuenta criterios de rentabilidad, servicio, eficiencia, tecnología, talento humano, calidad, sostenibilidad y satisfacción de los clientes. 3. Velar por la adecuada implementación de las políticas, directrices y procedimientos y garantizar su mejoramiento continuo.	Director de Planeación

ENTRADAS		ACTIVIDADES		SALIDAS	
Insumo	Proveedores	Planear	Hacer	Clientes	Producto o Servicio
1. Plan Nacional de Desarrollo 2. Plan Departamental de Desarrollo 3. Diagnóstico técnico del Sector 4. Normatividad 6. Informes de Gestión por áreas 7. Información de la Empresa y su Entorno 8. Resultados de Auditorias realizadas 9. Desempeño de los procesos y conformidad de los productos o servicios 10. Necesidades y expectativas de las partes interesadas 11. Revisiones por la Dirección anteriores 12. Cambios que afecten a la organización 13. Recomendaciones para la mejora 14. Administración de la Gestión sobre los riesgos de corrupción de gestión y oportunidades por procesos 15. Indicadores y estadísticas del sector 16. Información documental por procesos 17. Planeación estratégica de anteriores administraciones	1. Todos los procesos 1. Gobernación de Cundinamarca 2. Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio 3. Departamento Nacional de Planeación 4. Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios - SSPD 5. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE 6. Corporaciones Autónomas Regionales - CAR 7.IDEAM 8.IGAC 9. Comisión Reguladora de Agua Potable - CRA 10.Ministerio de Ambiente 11. ICONTEC	1. Realizar el diagnóstico estratégico con enfoque interno y externo. 2. Identificar las necesidades y expectativas de las partes interesadas. 3. Identificar los tipos, alcance y frecuencia de planes requeridos por la organización, así como sus actualizaciones e informes asociados. 4. Identificar los riesgos y oportunidades por procesos. 5. Planificar las actualizaciones de la estructura organizacional y el Sistema Integrado de Gestión. 6. Preparar información del Sistema Integrado de Gestión para la revisión de la dirección. 7. El control adecuado del manejo de la información documentada. 8. Programación de refundiciones con el grupo operativo. 9. Definir la política de calidad y objetivos de calidad. 10. Consolidar los planes de acción por vigencias	1. Establecer las políticas organizacionales, directrices estratégicas y mecanismos de buen gobierno. 2. Formular, adoptar y socializar los objetivos, valores, estrategias y metas empresariales. 3. Formular, aprobar y socializar los planes del sector de agua potable y saneamiento básico en el Departamento. 4. Formular, adoptar y divulgar la política y la metodología para la gestión de los riesgos y oportunidades. 5. Administrar el Sistema Integrado de Gestión. 6.Revisar periódicamente la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema Integrado de Gestión. 7. Administrar el control de información documentada de la Empresa. 8. Realizar las reuniones del equipo operativo. 9. Controlar las salidas no conformes identificadas.	1. Todos los procesos 1. Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio 2. Gobernación de Cundinamarca 3. Plan Departamental de Aguas	1. Políticas y Directrices 2. Planes y programas 3. Decisiones empresariales 4. Lineamientos Éticos y Morales 5. Informes de Gestión 6. Matriz institucional de Riesgos de corrupción y de gestión y oportunidades 7. Acciones correctivas 8. Información documentada controlada adecuadamente. 9. Listados maestros 10. Control de las salidas no conformes 11. Manual de calidad 12. Actas de resultados de revisión del sistema 13. Indicadores de gestión 14. Misión y visión empresarial 15. Contexto Organizacional por procesos
		Verificar	**Actuar**		
		1. Hacer Seguimiento al cumplimiento de las políticas, directrices, objetivos, estrategias y metas empresariales y del sector de agua potable y saneamiento básico. 2. Monitoreo producto de la identificación de riesgos y oportunidades. 3. Seguimiento al cumplimiento de control de información documentada. 4. Resultados de la revisión por la dirección. 5. Seguimiento a la medición de indicadores de gestión. 6. Estado de las salidas no conformes	1. Ajustar o actualizar las políticas, objetivos, planes y programas empresariales y del sector de agua potable y saneamiento básico. 2. Actualizar la política y la metodología acorde a las necesidades de la Empresa 3. Establecer acciones correctivas 4. Elaboración y ejecución de planes de mejoramiento		

INFORMACIÓN DOCUMENTADA Y REQUISITOS APLICABLES				
EXTERNOS Y LEGALES	**MIPG**	**ISO**	**MÉTODOS**	**REGISTROS**
Normograma	1. Planeación institucional 2. Transparencia, acceso a la información publica y lucha contra la corrupción 3. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos 4. gobierno digital 5. Control interno 6. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	4.1/ 4.2/ 4.3/ 4.4/ 5.1/ 5.2/ 5.3/ 6,1/ 6.2/ 6.3/ 7.1.6/ 7.3, 7.4/ 7.5/ 8.1/ 8.2/ 8.5.1/ 8.5.6/ 8.6/ 8.7/ 9.1.1/ 9.1.3/ 9.2/ 9.3/ 10.	PDE- Pc005 Control de Salidas no Conformes PDE-Pc063 Formulacion y Seguimiento de Planes Empresariales PDE- G001 Guia Control de la Informacion Documentada PDE-G004 Guia para la Administracion de Riesgos PDE-I015 Instructuvo Creacion, Modificacion y Eliminacion de Documentos	PDE-F001 PDE-F244 PDE-F289 PDE-F005 PDE-F234 PDE-F300 PDE-F006 PDE-F245 PDE-F301 PDE-F243 PDE-F265 PDE-F306 PDE-F313 PDE-F283

RIESGOS, CONTROLES E INDICADORES					
RIESGOS Y OPORTUNIDADES	**CONTROLES**				**INDICADORES**
	QUE	**COMO**	**QUIEN**	**FRECUENCIA**	
1. Mapa de Riesgos Institucionales 2. Matriz Tratamiento de Oportunidades	1. Estado de Avance de metas del Plan de acción de la vigencia	1. avances del plan de acción por áreas 2. Jornadas Estratégicas	Director de planeación, Profesional de apoyo, Gerente General	1. Bimensual 2. Trimestral	Ficha Técnica Indicadores de Gestión
	2. Información Documentada	1. Control y seguimiento con el listado maestro de documentos 2. Aprobación de la documentación por parte de los dueños del proceso	Director de planeación, Coordinadora de calidad , Profesional de apoyo, Dueños del proceso	Permanente	
	3. Salidas no conformes	1. Matriz de salidas no conformes	Director de Planeación, Coordinadora de Calidad, Dueños del Proceso	Permanente	

RECURSOS		
AMBIENTE DE TRABAJO	**TÉCNICOS, TECNOLÓGICOS, INFRAESTRUCTURA**	**HUMANOS**
Condiciones favorables y/o adecuadas en cuanto a temperatura, ambiente, ruido, iluminación, ventilación, ergonomía, relaciones interpersonales y trabajo en equipo	Puestos de trabajo, equipos de cómputo e impresión, servicios de apoyo (hosting, internet, canales de comunicación, telefonía móvil), Sistemas de Información, Servidor, redes, sistemas de comunicaciones, suministros	Gerente General, Subgerentes y Directores de Área Director, Profesionales y Contratistas de apoyo a la gestión de la Dirección de Planeación

CONTROL DE CAMBIOS	
Versión	**Cambio**
0	Versión inicial del documento
1	Se ajustó el nombre de un procedimiento, de un Plan y el del indicador
2	Se añadió el procedimiento EPC-SIGC-Pt-05 Control de producto o servicio no conforme en los documentos y registros de las salidas
3	Actualización cambio de imagen corporativa
4	Reestructuración del documento inicial, con los cambios presentados en la actualización de la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015
5	Actualización numerales de la norma ISO 9001: 2015 e inclusión matriz tratamiento de oportunidades

Proyectó

Nombre: Luisa Fernanda Gonzalez
Cargo: Pasante de Apoyo
Área: Dirección de Planeación

Firma: _____

Nombre: Myriam López Morales
Cargo: Profesional de Apoyo
Área: Dirección de Planeación

Firma: _____

Revisó

Nombre: Sandra Milena Ruiz Moncada
Cargo: Coordinador de Calidad Área: Dirección de Planeación

Firma: _____

Nombre: Manuel Sandoval Villamizar
Cargo: Director de Planeación

Firma: _____

Aprobó

Nombre: Manuel Sandoval Villamizar

Cargo: Director de Planeación

Firma: _____

EMPRESAS PUBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. E.S.P.	GUÍA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	Código: PDE-G004 Versión: 3 Fecha: 04/05/2018 Pág. 1/16

1. Responsable del Documento

Director de Planeación

2. Objetivo

Establecer la metodología para la administración de riesgos y oportunidades en Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. E.S.P., en el marco del Sistema Integrado de Gestión.

3. Alcance

Comprende desde establecimiento del contexto, identificación, análisis, evaluación, monitoreo y revisión de los riesgos y oportunidades que se puedan presentar en todos los procesos desarrollados por Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. E.S.P,

4. Normatividad aplicable

- Ley 87 de 1993 por la cual se dictan normas sobre el ejercicio de control interno.
- Ley 1474 de 2011 Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- Decreto 1537 del 2001 Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado.
- Decreto 943 del 2014 por la cual se actualiza el modelo estándar de control interno MECI
- NTC ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de calidad
- NTC ISO 31000 Gestión del riesgo y directrices

5. Definiciones

Las siguientes definiciones son tomadas de la NTC-ISO 31000 Gestión del Riesgo Principios y Directrices.

Actitud hacia el riesgo: Enfoque de la organización para evaluar y eventualmente buscar, retener, tomar o alejarse del riesgo.

Análisis del riesgo: proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel del riesgo.

Comunicación y consulta: procesos continuos y reiterativos que una organización lleva acabo para suministrar, compartir u obtener información e involucrarse en un dialogo con las partes involucradas con respecto a la gestión del riesgo.

Consecuencia: resultado de un evento que afecta a los objetivos.

Control: Medida que modifica el riesgo.

Contexto externo: ambiente externo en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos.

Contexto interno: ambiente interno en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos

Criterios de riesgo: términos de referencia frente a los cuales se evalúa la importancia de un riesgo

Establecimiento del contexto: definición de los parámetros internos y externos que se han de tomar en consideración cuando se gestiona el riesgo, y establecimiento del alcance y los criterios del riesgo para la política de la gestión del riesgo.

Evaluación del riesgo: procesos de comparación de los resultados del análisis del riesgo con los criterios del riesgo, para determinar si el riesgo, su magnitud o ambos son aceptables o tolerables.

Evento: presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias,

Gestión del riesgo: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo.

Identificación del riesgo: Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo,

Fuente del riesgo: elemento que solo o en combinación tiene el potencial intrínseco de organizar un riesgo,

Marco de referencia para la gestión del riesgo: conjunto de componentes que brindan las bases y las disposiciones de la organización para diseñar, implementar, monitorear, revisar y mejorar continuamente la gestión del riesgo a través de toda la organización.

Monitoreo: Verificación, supervisión, observación crítica o determinación continúa del estado con el fin de identificar cambios con respecto al nivel de desempeño exigido o esperado.

Nivele del riesgo: magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos, expresada en términos de la combinación de las consecuencias y su probabilidad.

Parte involucrada: persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse a sí misma como afectada por una decisión o una actividad.

Perfil del riesgo: descripción de cualquier conjunto de riesgos.

Plan para la gestión del riesgo: esquema dentro del marco de referencia para la gestión del riesgo que especifica el enfoque, los componentes y los recursos de la gestión que se va a aplicar a la gestión del riesgo.

Política para la gestión del riesgo: declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

Probabilidad: oportunidad de que algo suceda.

Proceso para la gestión del riesgo: aplicación sistemática de las políticas, los procedimientos y las prácticas de gestión a las actividades de comunicación, consulta, establecimiento del contexto y la identificación, análisis, evaluación, tratamiento, monitoreo y revisión del riesgo.

Propietario del riesgo: persona o entidad con la responsabilidad de rendir cuentas a la autoridad para gestionar un riesgo.

Revisión: Acción que se emprende para determinar la idoneidad, conveniencia y eficacia de la materia en cuestión para lograr los objetivos establecidos,

Riesgo: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

Riesgo inherente: Nivel de riesgo propio de la actividad, sin tener en cuenta el efecto de los controles.

Riesgo residual: Riesgo remanente después del tratamiento del riesgo,

Tratamiento del riesgo: Proceso para modificar el riesgo.

Valoración del riesgo: proceso global de identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo.

Otras Definiciones:

Aceptar el riesgo: Decisión informada de aceptar las consecuencias y probabilidad de un riesgo en particular

Administración de riesgos: Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse permiten a la entidad pública evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función.

Análisis de riesgo: Elemento de control que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la entidad pública para su aceptación y manejo. Se debe llevar a cabo un uso sistemático de la información disponible para determinar cuán frecuentemente pueden ocurrir eventos especificados y la magnitud de sus consecuencias.

Compartir el riesgo: Cambiar la responsabilidad o carga por las pérdidas que ocurran luego de la materialización de un riesgo mediante legislación, contrato, seguro o cualquier otro medio

Evitar el riesgo: Tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es siempre la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se genera cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas

Frecuencia: Medida del coeficiente de ocurrencia de un evento expresado como la cantidad de veces que ha ocurrido un evento en un tiempo dado.

Oportunidad: las oportunidades pueden ir asociadas a la implementación de nuevas prácticas, nuevos productos, nuevos clientes, nuevas tecnologías, entre otros.

Pérdida: Consecuencia negativa que trae consigo un evento.

Riesgo de corrupción: la posibilidad de que, por acción u omisión, median el uso indebido del poder, de los recursos o la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia del estado, para la obtención de un beneficio particular.

Riesgos de Cumplimiento: Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.

Riesgos Estratégicos: Se asocia con la forma en que se administra la Entidad su manejo se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.

Riesgos Financieros: Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.

Riesgos de Imagen: Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la institución.

Riesgos Operativos: Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias.

Riesgos de Tecnología: Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.

6. Estructura para la Administración del Riesgo

A continuación, se observa la estructura para la administración de riesgos y oportunidades:

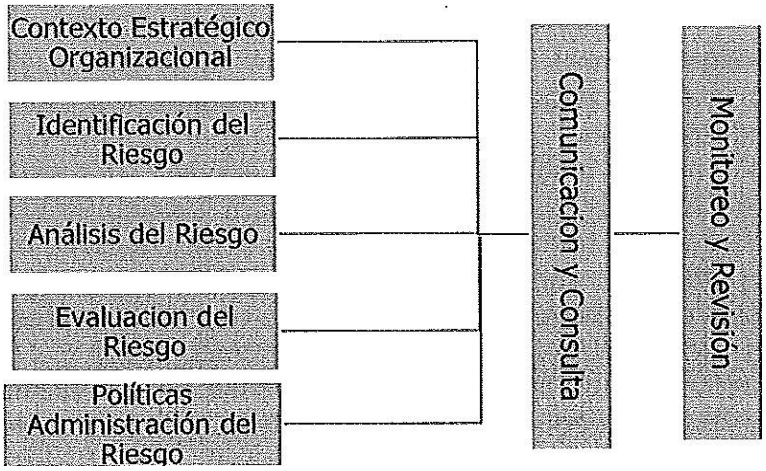


Ilustración No. 1

6.1 Contexto Estratégico

El contexto estratégico es la base para la identificación de riesgos y oportunidades dado que su análisis suministrara la información sobre las CAUSAS de estos.

Se debe identificar los factores internos y externos con sus respectivas causas que pueden llegar afectar u originar oportunidades o riesgos a los objetivos de cada uno de los procesos, a la misión y los objetivos institucionales de Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP.

Factores internos: Tomar como referencia carácter estructural (infraestructura), cultura organizacional (organigrama, manual de funciones, trabajo en equipo, servicio al cliente), operación (mapa de procesos), cumplimiento de planes y programas (Plan de Desarrollo Departamental, Plan Estratégico, Plan de Adquisiciones, entre otros), sistemas de información (Software, Mercurio, SOLIN, Aquacun, entre otros), procesos (información documentada), recursos humanos (capacidad del personal, bienestar) y económicos (Presupuesto) con los que cuenta Empresas Publicas de Cundinamarca S.A, E.S.P

Factores externos: hacen referencia a situaciones de carácter social cultural, económico, tecnológico, político y legal bien sean de carácter internacional, nacional o regional.

Diligenciar PDE-F301 FORMATO GESTION PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO Paso1.

Tabla No. 1.

	PASO 1: CONTEXTO ESTRATEGICO		
OBJETIVO DEL PROCESO:			
Factores Externos	Causas	Factores Internos	Causas
Económicos		Personal	
Normatividad		Procesos	
Relación entre Direcciones		Información	
Tecnologícos		Control	

Municipios, Alcaldías, Gobernación y Prestadores de Servicios públicos		Infraestructura	
Sociales		Tecnología	

Fuente. PDE-F301 Formato Gestión para la Administración del Riesgo

6.2 Identificación del Riesgo

La identificación de riesgos y oportunidades se realiza determinando las causas comunes, con base a los factores internos y externos analizados, para poder determinar el o los riesgos de mayor relevancia que puedan afectar los objetivos de cada proceso, la misión y los institucionales.

Se debe diligenciar PDE-F301 FORMATO GESTION PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO Paso2.

Tabla No. 2.

	paso 2: IDENTIFICACION DEL RIESGO		
Causas	Riesgo	Descripción	Consecuencias Potenciales

Fuente. PDE-F301 Formato Gestión para la Administración del Riesgo

Para determinar el tipo de riesgo u oportunidad se puede utilizar el siguiente cuadro

	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCION
1	Estratégicos	Se asocia con la forma en que se administra la Entidad. Su manejo se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el

		cumplimiento de los objetivos estratégicos. Diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.
2	De imagen	Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la institución.
3	Legales o de Incumplimiento	Se asocian con el cumplimiento por parte de la entidad con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.
4	Tecnológicos	Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales, futuras y el cumplimiento de la misión.
5	Corrupción	Posibilidad de que por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia, del Estado, para la obtención de un beneficio particular.
6	Financieros	Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.
7	Operativos	Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias.

Ilustración No, 2

6.3 Análisis del riesgo

El análisis de riesgo y oportunidades busca establecer la probabilidad de ocurrencia del mismo y las posibles consecuencias, lo cual puede servir para darle una clasificación a estos, con la finalidad de darles un nivel y las acciones que se implementaran para manejarlo.

Pasos claves para análisis de riesgos y oportunidades:

- Determinar la probabilidad
- Determinar las consecuencias
- Clasificación
- Estimar el nivel

Cuando se analicen riesgos de corrupción se debe utilizar el formato PDE-F301 FORMATO GESTION PARA ADMINISTRACION DEL RIESGO Paso 3, describiendo de manera clara y precisa el riesgo identificado. Su redacción no debe dar lugar a ambigüedades o confusiones con la causa generadora de los mismos.

Si en la descripción del riesgo, las casillas son contestadas todas afirmativamente, se trata de un riesgo de corrupción.

Tabla No. 3.

PASO 3: DEFINICIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN			
Descripción del riesgo	Acción y Omisión	Uso del poder	Desviar la Gestión de lo publico

Fuente. PDE-F301 Formato Gestión para la Administración del Riesgo

Se han establecido dos aspectos fundamentales para este análisis los cuales son:

> Probabilidad: se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo u oportunidad; esta puede ser medida con criterios de frecuencia, si se trata de hechos que se han materializado o de factibilidad teniendo en cuenta la .

Presencia de factores Internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque este no se haya materializado. Esta se utiliza 'en el análisis de las oportunidades, riesgos de gestión y de corrupción.

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCION	FRECUENCIA
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	No se ha presentado en los últimos 5 años
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos una vez en los últimos 5 años
3	Posible	El evento podría ocurrir en algún momento	Al menos una vez en los últimos 2 años
4	Probable	El evento posiblemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Al menos una vez en el último año
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de una vez al año

Ilustración No. 3

Impacto: se entienden las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización de riesgos y oportunidades.

1. RIESGOS DE GESTIÓN Y OPORTUNIDADES

Bajo el criterio de Impacto, el riesgo de gestión y las oportunidades se deben medir a partir de las siguientes especificaciones:

NIVEL DE IMPACTO	IMPACTO CUANTITATIVO	IMPACTO CUALITATIVO
Insignificante (1)	1. Que afecte la ejecución presupuestal en un valor de ≤0,5% 2. Perdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad ≤1% 3. Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor del ≤0,5% 4. Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad los cuales afectan en un del≤0,5% del presupuesto de la entidad	• No hay interrupción en las operaciones de la entidad • No se genera ningún tipo de sanción • No hay afectación de la imagen institucional
Menor (2)	1. Que afecte la ejecución presupuestal en un valor de ≤1% 2. Perdida de cobertura ≤5% 3. Pago de indemnizaciones a terceros≤1% 4. Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad ≤1% del presupuesto de la entidad	• Interrupción de la operación de la entidad por unas horas • Reclamaciones o quejas por los usuarios que implicarían investigaciones internas • Afectación de la imagen institucional localmente por el retraso en la prestación del servicio
Moderado (3)	1. Que afecte la ejecución presupuestal en un valor de ≥ 5% 2. Perdida de cobertura ≥10% 3. Pago de indemnizaciones a terceros ≥ 5% 4. Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad ≥ 5% del presupuesto de la entidad	• Interrupción de las operaciones por 1 día • Reclamaciones o quejas por los usuarios que podrían acarrear a demandas • Inoportunidad en la información • Reproceso de actividad y aumento de la carga operativa • Imagen institucional afectada • Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias
Mayor (4)	1. Que afecte la ejecución presupuestal en un valor de ≥ 20% Perdida de cobertura ≥20% 2. Pago de indemnizaciones a terceros ≥ 20% 3. Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad ≥ 20% del presupuesto de la entidad	• Interrupción de las operaciones de la entidad por más de 2 días • Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta • Sanciones por parte de entes de control • Incumplimiento de metas y objetivos que puedan afectar • Afectación de la imagen institucional
Catastrófico (5)	1. Que afecta la ejecución presupuestal en un valor de ≥ 50%	• Interrupción de las operaciones de la entidad por más de 5 días
	2. Perdida de cobertura ≥50% 3. Pago de indemnizaciones a terceros ≥ 50% 4. Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad ≥ 50% del presupuesto de la entidad	• Intervenciones por parte de entes de control • Pérdida de información crítica para la entidad que no se pueda recuperar • Incumplimiento de metas y objetivos que puedan afectar la ejecución presupuestal • Afectación de la imagen institucional

Ilustración No. 4

2. RIESGOS DE CORRUPCION

Para determinar el impacto de los riesgos de corrupción se utiliza el PDE-F301 FORMATO GESTION PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO Paso 4.

Tabla No. 4.

PASO 4: DETERMINAR EL IMPACTO DEL RIESGO DE CORRUPCION			
No.	Pregunta Si el riesgo de corrupción se materializa podría...	Respuesta SI	 NO
1.	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?		
2	¿Afectar el cumplimiento de las metas y objetivos de la dependencia?		
3	¿Afectar el cumplimiento de la misión de la Entidad?		
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la Entidad?		
5	¿Generar pérdida de confianza de la Entidad, afectando su reputación?		
6	¿Generar pérdida de recursos económicos?		
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?		
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien o servicios o los recursos públicos?		
9	¿Generar pérdida de información de la Entidad?		
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la fiscalía, u otro ente?		
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?		
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?		
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?		
14	¿Dar lugar a procesos penales?		
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		
17	¿Afectar la imagen regional?		
18	¿Afectar la imagen nacional		
Total preguntas afirmativas:_____		Total preguntas negativas:_____	
Clasificación del Riesgo:	Moderado:_____Mayor_____Catastrófico_____		
	Puntaje:_____		
Respuestas: * Responder afirmativamente de UNO a CINCO pregunta (s) genera un impacto Moderado * Responder afirmativamente de SEIS a ONCE preguntas genera un impacto Mayor * Responder afirmativamente de DOCE a DIECIOCHO preguntas genera un impacto Catastrófico.			

Fuente. PDE-F301 Formato Gestión para la Administración del Riesgo

(1) Moderado: Genera medianas consecuencias sobre la entidad.

(2) Mayor: Genera altas consecuencias sobre la entidad.

(3) Catastrófico: Genera consecuencias desastrosas para la entidad.

Tratándose de riesgos de corrupción el impacto siempre será negativo; en este orden de ideas, no aplica la descripción de riesgos insignificante o menores.

6.4 Evaluación del riesgo

6.4.1 Evaluación del riesgo sin controles

Permite comparar los resultados de calificación de estos, con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la entidad y así distinguir los riesgos y oportunidades aceptables, tolerables, moderados, importantes o inaceptables y fijar las acciones que se requieren para su tratamiento.

Para facilitar la calificación y evaluación de los riesgos y oportunidades, la siguiente matriz comprende un análisis cualitativo entre el impacto y la probabilidad.

1. RIESGOS DE GESTION Y OPORTUNIDADES

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrófico (5)
Casi seguro(5)	A	A	E	E	E
Probable (4)	M	A	A	E	E
Posible (3)	B	M	A	E	E
Imposible (2)	B	B	M	A	E
Rara vez (1)	B	B	M	A	A

B: Zona de riesgo Baja: Asumir el riesgo
M: Zona de riesgo Moderada: Asumir el riesgo y reducirlo
A: Zona de riesgo Alta: Reducir, evitar, compartir o transferir el riesgo
E: Zona de riesgo Extrema: Reducir, evitar, compartir o transferir el riesgo

Ilustración No. 5

2. RIESGOS DE CORRUPCION

PROBABILIDAD	IMPACTO		
	MODERADO(1)	MAYOR(2)	CATASTROFICO(3)
Casi seguro(5)	M	A	E
Probable (4)	M	A	E
Posible (3)	M	A	E
imposible (2)	B	M	A
Rara vez (1)	B	B	M

B: Zona de riesgo Baja: Eliminar o reducir el riesgo
M: Zona de riesgo Moderada: Asumir el riesgo y reducirlo
A: Zona de riesgo Alta: Reducir, evitar el riesgo o eliminar
E: Zona de riesgo Extrema: Reducir, evitar el riesgo o eliminar

Ilustración No. 6

Este primer análisis se denomina Riesgo Inherente y es aquel al que la entidad enfrenta por la ausencia de acciones por parte de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

6.4.2 Evaluación del riesgo con controles

Esta etapa tiene por objetivos; determinar el Riesgo Residual. Es decir, el riesgo y la oportunidad resultante después de los controles y tomar las medidas conducentes a reducir la probabilidad y el impacto causado por los eventos de riesgo.

En este momento, la entidad podrá determinar y adoptar los controles o medidas conducentes a controlar el riesgo inherente.

Paso 1: Determinar la naturaleza de los controles los cuales son:

1. Preventivos: Se orientan a eliminar las causas del riesgo, para prevenir su ocurrencia o materialización.
2. Detectivos: Aquellos que registran un evento después presentado; sirven para descubrir resultados no previstos y alertar sobre la presencia de un riesgo.
3, Correctivos: Aquellos que permiten, después de ser detectado el evento no deseado, el restablecimiento de la actividad.

Paso 2: Determinar si los controles están documentados, con el fin de establecer la manera como se realiza el control, el responsable y periodicidad de su ejecución.

Paso 3: Determinar las clases de controles; Controles manuales: Políticas de operación aplicables, autorizaciones a través de firmas o confirmaciones vía correo electrónico, archivos físicos, consecutivos, listas de chequeos, controles de seguridad con personal especializado entre otros o Controles automáticos: Utilizan herramientas tecnológicas como sistemas de información o software, diseñados para prevenir, detectar o corregir errores o deficiencias, sin que tenga que intervenir una persona en el proceso.

Para determinar el riesgo residual se utiliza el PDE-F301 FORMATO GESTION PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO Paso 5.

Tabla No. 5.

PASO 4: CONTROLES DE RIESGOS																		
Riesgo	Descripción del control	Naturaleza del Control			Criterio para la Evaluacion													Evaluacion final (100)
		Preventivo	Correctivo	Detectivo	¿Existen manuales, instructivos o procedimientos para el manejo del control? (1-15)		¿Está(n) definido(s) el (los) responsable(s) de la ejecición del control del seguimiento? (1-5)		¿El control es automático? (1-15)		¿El control es manual? (1-10)		¿La frecuencia de ejecución del control y seguimiento es adecuado? (1-15)		¿Se cuenta con evidencias de la ejecución y seguimiento del control? (1-10)		¿En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva? (1-30)		
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	

ELABORO: REVISO : APROBO:

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____ NOMBRE: _____

CARGO: _____ CARGO: _____ CARGO: _____

Fuente. PDE-F301 Formato Gestión para la Administración del Riesgo

Se comparan los resultados obtenidos del riesgo inherente con los controles establecidos, para establecer la zona del riesgo final. Se califica de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla No. 6.

RANGOS DE CALIFICACION DE LOS CONTROLES	DEPENDIENDO SI EL CONTROL AFECTA PROBABILIDAD O IMPACTO DESPLAZA EN LA MATRIZ DE LAS ILUSTRACIONES 5 Y 6 ASI: <u>En Probabilidad avanza hacia abajo</u> <u>En impacto avanza hacia la izquierda</u>
	CUADRANTES A DISMINUIR EN EL IMPACTO
Entre 0-50	0
Entre 51-75	1
Entre 76-100	2

6.5 Consolidación Mapa de Riesgos

Es la consolidación de todas las actividades anteriores dando como resultado una sola matriz en la que se identifica la probabilidad y el impacto de los riesgos y las oportunidades según el proceso.
Se debe tener en cuenta:

Riesgos Institucional: Contiene a nivel estratégico los riesgos a los cuales está expuesta la empresa, permitiendo conocer las políticas inmediatas de respuesta ante ellos. También se puede obtener los mapas de riesgos y oportunidades por procesos.

Se debe diligenciar el formato PDE-F300 Mapa de Riesgos Institucional

6.6 Políticas de Administración del Riesgo

Para el desarrollo de las políticas se deben tener en cuenta todos los pasos anteriores; Las políticas identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos basándose en la valoración de los mismos, permiten tomar decisiones adecuadas y fijar los lineamientos, que van a transmitir la posición de la dirección y establecen las guías de acción necesarias a todos los servidores de la entidad.

6.6.1 Formulación de las Políticas

Se basa en el mapa de riesgos y oportunidades construido durante el proceso; la política señala qué debe hacerse para efectuar el control y su seguimiento, basándose en los planes estratégicos y los objetivos institucionales o por procesos, la formulación de la política de riesgo debe tener los siguientes aspectos:

- Objetivos a lograr
- Las estrategias para establecer cómo se van a desarrollar las políticas, a largo, mediano y corto plazo.
- Los riesgos que se van a controlar.
- Las acciones a desarrollar contemplando el tiempo, los recursos, los responsables y el talento humano requerido,
- El seguimiento y evaluación a la implementación y efectividad de las políticas.

6.7 Comunicación y Consulta

Es preciso promover la participación de los funcionarios con mayor experticia, con el fin de que aporten su conocimiento en la identificación, análisis y evaluación del riesgo y oportunidad.

Los mapas de riesgos consolidados por proceso y el institucional deberán darse a conocer a todos los funcionarios y garantizar que los mecanismos para su seguimiento y actualización son los adecuados, de modo tal que se facilite la evaluación por parte de la Dirección de Control Interno y de los entes de control respectivos.

6.8 Monitoreo y Revisión

Una vez diseñado y validado el plan para administrar los riesgos, en el mapa de riesgos, es necesario monitorearlo ya que estos nunca dejan de representar una amenaza para la empresa.

El monitoreo es esencial para asegurar que las acciones de control se están llevando a cabo y así evaluar la eficiencia en su implementación adelantando revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas,

El monitoreo debe estar a cargo de:

- Los Responsables de los Procesos
- La Dirección de Control Interno

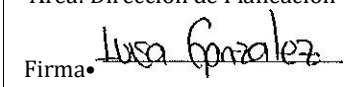
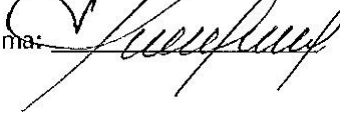
7. Plan de Mejoramiento

En caso de materialización de riesgos de corrupción, es necesario realizar los ajustes necesarios con acciones, tales como:

1. Informar a la Dirección de Control Interno de la ocurrencia del hecho de corrupción, la cual realizara un informe pormenorizado de la situación adjuntado evidencias del hecho e informa a las autoridades competentes.
2. La Dirección de Control Interno informa a la Dirección de Planeación de la ocurrencia del hecho de corrupción, con el fin que se revise el Mapa de Riesgos, en particular las causas, riesgos y controles, junto con los dueños de procesos.
3. Verificar si se tomaron las acciones y se actualizó el Mapa de Riesgos de Corrupción por parte de la Dirección de Control Interno,
4. Realizar un monitoreo permanente por parte de la Dirección de Control Interno.

En caso de materialización de riesgos de gestión se debe abrir la respectiva acción correctiva al proceso afectado e informar a la Dirección de Control Interno para su monitoreo.

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	**FECHA**	**DESCRIPCION DEL CAMBIO**	**OBSERVACIONES**
O	04/06/2015	Versión inicial	No Aplica
1	23/07/2015	Se ajustó error de edición en la página 9 y se integraron los numerales 2 y 3 de la etapa I – Identificación	No Aplica
2	11/08/2016	Cambio de Imagen Corporativa	No Aplica
3	04/05/2018	Reestructurar y unificar las Guías EPC-SIGC-Gi-04 Administración de Riesgos y EPC-SIGC-Gi-07 Administración del Riesgo de Corrupción de acuerdo a los cambios de Norma ISO 9001:2015. Se elimina la Guía EPC-SIGC-Gi-07 Administración del Riesgo de Corrupción.	No Aplica

Proyectó:	Revisó:	Aprobó:
Luisa Fernanda González G Cargo: Apoyo de planeación Área: Dirección de Planeación Firma:  Myriam López M. Cargo: Profesional de Apoyo Área: Dirección de planeación Firma:_____	Sandra Milena Ruiz M. Cargo: Coordinadora de Calidad Área: Dirección de Planeación Firma: Manuel Sandoval Villamizar rgo: Director de Planeación ma: 	Manuel Sandoval Villamizar Cargo: Director de Planeación como Dueño del Proceso Firma: a: 

Anexo 10 PDE-F300 Mapa de Riesgos Institucionales

	MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONALES	Código: PDE-F300 Versión: 3 Fecha: 21/08/2018

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 12 de Septiembre de 2018

COMPONENTE 1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO								COMPONENTE 2. VALORACIÓN DEL RIESGO									COMPONENTE 3. MONITOREO Y REVISIÓN						
								VALORACIÓN DEL RIESGO															
								Riesgo Inherente				Riesgo Residual											
TIPO DE PROCESO	PROCESO	OBJETIVO PROCESO	No. RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION DEL RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIA	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Controles	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Opciones de Manejo	Acciones	RESPUESTA (RESPONDE AL SEÑOR)	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	REGISTROS	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS CONTROLES	EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES (SI/NO)	PLAN DE ACCIÓN (En caso de no efectividad de los controles)	OBSERVACIONES (Comentarios referentes al Seguimiento y Monitoreo)
Estratégico	Planeación y Direccionamiento Estratégico	Establecer y hacer seguimiento a los objetivos estratégicos y de calidad de la Empresa, liderar el mantenimiento y mejora continua de los sistemas de gestión empresarial y adoptar principios de buen gobierno	1	Posibilidad de alterar o manipular información organizacional en planes y proyectos que direccionan el futuro empresarial.	Corrupción	1. Obtención de un beneficio particular. 2. Presiones de superiores jerárquicamente. 3. Falta de ética del funcionario 4. Conflicto de interés	Sanciones disciplinarias y pecuniarias, pérdida de imagen y credibilidad	casi seguro	catastrófico	Extremo	PREVENTIVO	casi seguro	catastrófico	Extremo	Asumir el riesgo y reducirlo	Soportar los procesos de planeación y direccionamiento estratégico con información oficial suscrita por los responsables según la fuente de información.	Dirección de Planeación - Subgerencia General	Abril, Septiembre, Diciembre	Socialización de la acción realizada.				
			2	No se establecen los objetivos estratégicos y de calidad de la organización	Estratégicos	1. no se realizan reuniones o talleres con las áreas para conocer su estado actual 2. no se tiene claridad de las responsabilidades para cada nivl 3. no se puede realizar el diagnostico externo o interno por falta de información 4. no se aprueba por el gerente	Incumplimiento en la entrega de información de seguimiento al departamento (secretaria de planeación) quien consolida y evalúa el cumplimiento de las metas del plan de desarrollo	raro vez	moderado	Moderado	1. Evaluación periódica del plan estratégico y cumplimiento a la ordenanza que lo establece	raro vez	moderado	Moderado	Asumir el riesgo y reducirlo	1. reuniones permanentes con los responsables de los procesos 2. solicitudes de entrega de avances de las metas	Dirección de planeación	Mensual	# actas de reunión # reportes de informe				
			3	No se realiza ningún seguimiento y actualización a los objetivos de calidad y a los estratégicos	Operativos	1. no hay presencia en totalidad de las direcciones 2. no se realiza el seguimiento a los indicadores 3. no se realiza los seguimientos a los avances del plan de acción 4.no se aprueba por la junta directiva 5. no se realizan las jornadas	Incumplimiento en la programación de la vigencia, lo que conlleva a suspensión de giro de recursos para su financiación	casi nunca	menor	Baja	1. Informe de actividades por parte de los colaboradores	casi nunca	menor	Baja	Asumir el riesgo	1. definir las tareas de cada colaborador y hacerle el respectivo seguimiento de avance	Dirección de planeación	Quincenal	# reuniones internas del grupo de la dirección de planeación				
			4	No se adoptan principios de buen gobierno	Estratégicos	1.no se realizan las rendiciones de cuentas 2. no se tiene en cuenta la participación y servicio al ciudadano 3.no se realiza la evaluación y estrategias de lucha anticorrupción	Requerimiento de incumplimiento a nivel departamental y nacional y sanciones que establezca la norma	posible	menor	Moderado	1. Reuniones de seguimiento según la establece la norma	casi nunca	menor	Baja	asumir el riesgo	1. actualización y ajustes a las matrices de riesgo 2. participación activa en reuniones relacionadas con el tema	Dirección de planeación	Mensual	# numero de reuniones # actas de reunión con las direcciones # publicación de las matrices				
			5	No se establecen lineamientos para el mantenimiento y la mejora continua de los sistemas de gestión empresarial	Estratégicos	1. no se realiza el seguimiento a los productos o servicios no conformes 2. no se establecen acciones correctivas y preventivas a los indicadores de ejecución del plan de acción 3. no se reportan los seguimientos del plan de acción al comité de gerencia 4. no se establecen estrategias de socialización de los planes empresariales y del sistema integrado de gestión	Al no contar con lineamientos claros sobre la gestión empresarial pueden haber superiores de la labor como gestor del PDA de Cundinamarca y sus respectivas sanciones administrativas, disciplinarias y económicas que esto implica	casi seguro	menor	Alta	1. Reuniones directivas de evaluación de los sistemas de gestión	casi nunca	menor	Baja	asumir el riesgo	1. realización de jornadas estratégicas (socialización de las metas) 2. comités primarios 3. reuniones de plan de acción	Dirección de planeación	Trimestral	# de jornadas estratégicas realizadas # acta de reunión de comités primarios #actas de reunión mensual con cada dirección				
Estratégico	Estructuración de Nuevos Negocios	Identificar, gestionar y aprobar las oportunidades de negocio que aporten al crecimiento y desarrollo sostenible de La Empresa	1	Es posible que no se trabaje adecuadamente en la identificación de nuevas oportunidades de negocio	Operativos	1. falta de proponentes para la generación de un nuevo negocio 2.que no abra ninguna convocatoria para nuevos negocios 3.la gerencia, subgerencia general o dirección de nuevos negocios no identifican ninguna oportunidad de nuevo negocio		Probable	Mayor	Extrema	1. informes de actividades 2.asesoramiento técnico y acompañamiento de estructuración de proyectos	Posible	Mayor	Extrema	reducir, evitar, compartir o trasnferir el riesgo	1. revisión de actividades semanalmente	Dirección de Nuevos Negocios	Mensual	# actas de reunión				
			2	Es posibles que no se concrete ningún nuevo negocio	Estratégicos	1.que los proponente(EPC) no cumplan con los requisitos que demanda la empresa 2. la gerencia o subgerencia general no dan la aprobación para ningún negocio 3.no se realiza la invitación formal por parte de la entidad a presentar oferta, donde se especifican los aspectos técnicos, legales y financieros del nuevo negocio 4.no se entrega ninguna propuesta por parte de empresas publicas de Cundinamarca a la entidad contratante	No se genera crecimiento de la empresa, y no abra oportunidad de ser una empresa auto sostenibles	Posible	Mayor	Moderado	1. comités primarios 2. el acompañamiento al proceso	Improbable	Mayor	Alta	asumir el riesgo	1. realizar los comités primarios cada que sea necesario 2.realizar seguimiento a las actividades de los colaboradores del área 3. reuniones de acompañamiento con el cliente	Dirección de Nuevos Negocios	Mensual	# acta de reunión # informes de comité primario				
			3	Es posible que ocurra tráfico de influencias con la finalidad de obtener un beneficio propio o hacia terceros	Corrupción	Debido a que en la evaluación de un proyecto de nuevos negocios, un funcionario publico haga uso del tráfico de influencias para verse beneficiado	Sanciones disciplinaria, penales y fiscales.	casi seguro	catastrófico	Moderado	PREVENTIVO	casi seguro	catastrófico	Moderado	Asumir el riesgo y reducirlo	Generar filtros de control, que permitan revisar la información p	Dirección de Nuevos Negocios	Agosto	# de Actas				
			4	Es posible que no se realice una adecuada estructuración de los negocios	Operativos	1.no hay personal capacitado para realizar esa estructuración 2. falta de acompañamiento del área de estructuración de proyectos	Que no genera ninguna rentabilidad	casi seguro	Moderado	Moderado	1. el control por parte del área de estructuración 2. asesoramiento técnico para la revisión de la estructuración	casi seguro	moderado	Moderado	asumir el riesgo y reducirlo	1. solicitar el acompañamiento de las demás direcciones para la realización de los nuevos negocios	Dirección de Nuevos Negocios	cuando sea necesario	# actas de reunión				

Apoyo	Gestión Jurídica	Asegurar jurídicamente a la organización, mediante el establecimiento de acciones legales oportunas, acompañamiento, asesoramiento y emisión de conceptos legales	1	Es posible que el funcionario no cumpla con su deber de ejercer en debida forma la defensa de la entidad y con ello favorecer la contraparte	Corrupción	1. Intereses personales. 2. ofrecimiento de dadivas.	1. Detrimento patrimonial 2. Investigaciones judiciales y administrativas por lo antes de control. 3. Perdida de confianza de la entidad.	casi seguro	mayor	Alto	PREVENTIVO	casi seguro	moderado	Alto	Eliminar o reducir el riesgo	1. Comunicaciones o circulares oficiales. 2. Actas y control de asistencia de las capacitaciones o socializaciones	Dirección de Gestión Jurídica	2018	# circulares oficiales. # de actas y control de asistencia de las capacitaciones o socializaciones					
			2	Confusión en los términos para contestar demandas, requerimientos legales y o presentar acciones judiciales	Legales o de Incumplimiento	Diferencia entre procesos judiciales y variación de términos (días), para dar respuesta y/o accionar	Perdida de procesos y conlleva en costas	Improbable	moderado	Moderado	Revisar constantemente la normatividad aplicable para cada caso	raro vez	moderado	Moderado	Asumir el riesgo y reducirlo	Se realiza un control primario por parte del director Jurídico y posteriormente por cada profesional asignado al caso	Dirección de Gestión Jurídica	Constantemente	# comité de seguimientos a las acciones judiciales					
Apoyo	Gestión Contractual	Asegurar que la Empresa cuente con los bienes y servicios requeridos, en búsqueda del efectivo desarrollo del objeto social, garantizando el cumplimiento de los requisitos legales aplicables a la contratación pública.	1	Es posible recibir o solicitar cualquier dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros para que exista direccionamiento en la contratación pública	Corrupción	1. Obtener provecho propio o favorecer intereses de terceros 2. Tráfico de influencias 3. Inadecuada aplicación de la normatividad vigente, manual de contratación y procedimientos asociados. 4. coalición	1. Sanciones disciplinarias, fiscales y/o penales. 2. Demandas a la Entidad. 3. Pérdida de credibilidad e imagen de la institución	raro vez	mayor	Bajo	PREVENTIVO	raro vez	moderado	Bajo	Eliminar o reducir el riesgo	1. Revisión periódica de los lineamientos internos para los procesos de la contratación 2. Hacer seguimiento para que se lleve a cabo las acciones encaminadas a prevenir que se materialice el riesgo 3. Hacer seguimiento para que se lleve a cabo las acciones encaminadas a prevenir que se materialice el riesgo	Director de Gestión Contractual	Abril / Agosto / Noviembre	# de revisiones % de cumplimiento de las acciones % de cumplimiento de las acciones					
			2	Es posible que se presente incumplimiento de los tiempos y requisitos legales establecidos para el desarrollo de los procesos de contratación pública.	Legales o de Incumplimiento	1. Debido a deficiencias en la planeación y decisiones de entes externos	Lo que ocasionaría la revocatoria del proceso de contratación	posible	moderado	Alto	1. Seguimiento al cronograma incluido en el pliego de condiciones de cada proceso, el cual es publicado en el SECOP. 2. Procedimientos de las diferentes modalidades de contratación.	raro vez	moderado	Bajo	Asumir el riesgo	1. Seguimiento al cronograma incluido en el pliego de condiciones de cada proceso, el cual es publicado en el SECOP. 2. Cumplimiento de los procedimientos de las diferentes modalidades de contratación.	Director de Gestión Contractual	Permanente	Secop Procedimientos aplicados					
			3	Es posible que la solicitud de un trámite relacionado con la contratación se presente errada o incompleta en cuanto a su documentación	Operativos	1. Debido a que no hay claridad en la documentación que debe respaldar el proceso de contratación, o la misma se presenta con errores	Lo que ocasionaría retrasos en el inicio del proceso de contratación	Posible	Mayor	Extremo	1. Socialización periódica a las áreas que solicitan procesos de contratación. 2. Listas de chequeo y formatos de solicitud de contratación estandarizados.	raro vez	mayor	Bajo	Asumir el riesgo	1. Capacitaciones periódicas a las áreas que solicitan procesos de contratación. 2. Verificación de listas de chequeo y formatos de solicitud de contratación estandarizados.	Director de Gestión Contractual	Permanente	Listados de asistencia Listas de chequeo Solicitud de contratación					
			5	Es posible que los bienes y/o servicios no cumplan con requisitos legales o reglamentarios posteriores a su ejecución	Legales o de Incumplimiento	Debido a cambios en la normatividad vigente	Lo que ocasionaría reformular los proyectos para ajustarlos a la nueva reglamentación, incurriendo en mayores recursos.	Improbable	Mayor	Alto	1. : Informes y seguimiento de parte de la supervisión de los contratos 2. Evaluación de proveedores	Improbable	Mayor	Bajo	Asumir el riesgo	1. Informes y seguimiento de parte de la supervisión de los contratos 2. Evaluación de proveedores	Director de Gestión Contractual	Permanente	Informes					
Apoyo	Gestión de Recursos Físicos y Tecnologías de la Información	Asegurar que la Empresa cuente con los Recursos Físicos y de las Tecnologías de la Información (TI) necesarios para el cumplimiento de las metas y objetivos corporativos.	1	Es posible que los vehículos automotores propios de la empresa transiten sin que se encuentren en condiciones óptimas.	Operativos	1. Que no se le haga seguimiento a las condiciones mínimas para transitar. 2. Que no se le haga mantenimiento preventivo y correctivo.	1. Que no se lleve a cabo o se retrase las comisiones de servicio por averías del vehículo automotor. 2. Que se ocasione un accidente de transito	Probable	Mayor	Alto	1. Lista de Chequeo de vehículos propios GRIT-FL72 2. Hoja de vida de vehículos propios GRIT-FL69 3. Programa de seguros	Improbable	Mayor	Bajo	Asumir el riesgo	Historial automotor	Directora de Recursos Físicos y TI	Semanal y semestral	1. Lista de Chequeo de vehículos propios GRIT-FL72 2. Hoja de vida de vehículos propios GRIT-FL69 3. Programa de seguros					
			2	Es posible que se presente uso indebido en el manejo de la información de la entidad o se realicen delitos informáticos	Corrupción	1. Debido a que hayan accesos NO autorizados a los sistemas de información. 2. Debido a que el personal tanto de planta como contratistas permiten acceso no autorizado a personal externo o que ingresen a portales y páginas no autorizadas.	1. Ocasionaría retrasos en el desarrollo de actividades. 2. ocasionaría posibles fugas de información. 3. Detrimento patrimonial. 4. Investigaciones judiciales y administrativas por lo antes de control.	Improbable	moderado	Bajo	1. Se cuenta con protocolo Políticas de Seguridad Informática 2. Restricciones en red a través del antivirus	raro vez	moderado	Bajo	asumir el riesgo y reducirlo	1. Se aplica la política de seguridad informática GRIT-P004 2. En la jornada de inducción y reinducción.	Directora de Recursos Físicos y TI	Permanente y anual	1. Formato inducción y reinducción GRIT-FL30 2. Control de asistencia de la jornada de inducción y reinducción. 3. Socialización de las políticas a través de correos electrónicos y en las ayudas audiovisuales con que cuenta la empresa (televisores y video Bean.					
			3	Es posible que se vulnere la seguridad del Software SOLIN.	Corrupción	1. La falta de niveles de seguridad en el Software. 2. # de usuarios con clave de acceso para el software SOLIN.	1. Investigaciones de carácter penal disciplinarias. 2. Detrimento patrimonial	raro vez	catastrófico	Moderado	PREVENTIVO	raro vez	catastrófico	Moderado	Asumir el riesgo y reducirlo	1. A través de la mesa de ayuda solicitar a SOLIN el listado de usuarios con acceso al software. 2. A través del usuario administrador inhabilitar todos los usuarios que no requieran acceso al software o que ya se hayan retirado de la empresa. 3. Capacitar en todos los diferentes módulos de SOLIN al personal de planta como a los contratistas que tengan usuario. 4. Depurar los grupos conforme los diferentes módulos. 5. Asignar permisos específicos a los usuarios conforme a sus funciones con el apoyo de SOLIN.	Directora de Recursos Físicos y TI	2018	1. Reporte por mesa de ayuda de los usuarios con acceso al software. 2. Correos electrónicos 3. Listado actualizado de usuarios 4. Actas de capacitación					

Elaboró:	**Aprobó:**
Nombre:	**Nombre:**
Cargo:	**Cargo:**

Anexo 11 PDE-F367 Matriz Tratamiento Oportunidades

	MATRIZ TRATAMIENTO DE OPORTUNIDADES	Código: PDE-F367
		Versión: 0
		Fecha: 13/08/2018

1. IDENTIFICACIÓN						2. EJECUCIÓN					3. SEGUIMIENTO		
TIPO DE PROCESO	PROCESO	OPORTUNIDAD	TIPO DE OPORTUNIDAD	SITUACION ACTUAL	BENEFICIOS	ACCIONES	AREA	RESPONSABLE	FECHA DE COMPROMISO	RECURSOS	REGISTROS	EFICACIA DE LAS ACCIONES (SI/NO)	OBSERVACIONES (Comentarios referentes al Seguimiento y Monitoreo)
Estratégico	Seguimiento y Control	Asesoría del Estado para las oficinas del Control Interno en la implementación del MIPG	Proceso	*Falta de asesoría permanente sobre la implementación de MIPG. *Aprobación definitiva de la implementación de MIPG. *Interpretación errada de los conceptos y terminología de MIPG.	*La implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, basado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. *Integración de Sistemas de Gestión Pública que mejoran el desempeño institucional y la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y goce efectivo de los derechos de los ciudadanos en el marco de la legalidad y la integridad.	1. Asistir a las capacitaciones programadas por las entidades del Estado. 2. Crear los comités establecidos para la implementación de MIPG. 3. Realizar reuniones de los comités. 4. Asesoría por parte de la Secretaria de la Función Pública. 5. Alineación entre las Direcciones de Planeación y Control Interno para la implementación de MIPG.	Dirección de Control Interno	Director de Control Interno Director de Planeación Profesionales de Apoyo	31/12/2018	Humanos Financieros Tecnológicos			
Estratégico	Estructuración de Nuevos Negocios	Generara Alianzas Estratégicas para aumentar la experiencia en consultorías, interventorías y asesorías	Proceso	Empresas Publicas de Cundinamarca actualmente no cuenta con ningún aliado estratégico.	1. Mejorara la experiencia 2. Aumentar las líneas de negocios 3. crecimiento económico de la entidad	1. Existen una propuesta para que EPC sea aliado estratégico la cual esta en estudio 2. Se lanzara la invitación para la búsqueda de un aliado estratégico	Estructuración de Nuevos Negocios	Directora de Estructuración de Nuevos Negocios	2018	Recursos Humanos, Profesionales y técnicos			
Estratégico	Planeación y Direccionamiento Estratégico	La ejecución de la pre-auditoría, con el fin de evidenciar las mejoras para la auditoría externa.	Proceso	Se cuenta con profesionales con experiencia en implementación de sistemas de calidad bajo las Normas ISO 9001:2008 y NTC GP 1000:2009	1. Evaluar con antelación la implementación de la transición de la Norma. 2. Disminuir la probabilidad de perdida del certificado de calidad. 3. Dar cumplimiento a la meta del plan estratégico. 4. Permitirle a los dueños de procesos evidenciar la ejecución de una auditoría externa.	1. Definir recursos financieros para contratar el servicio de Pre auditoría. 2. Implementar la transición de la Norma ISO 9001:2015. 3. Suscribir contrato con un ente certificador. 4. Ejecutar la Pre auditoría, antes de la auditoría de certificación. 5. Realizar el respectivo plan de mejoramiento con respecto a los resultados de la Pre auditoría.	Dirección de Planeación	Director de Planeación	Agosto de 2018	Recursos Humanos, Profesionales y técnicos			
Misional	Servicio al Cliente	Generar mayor fortalecimiento en la comunicación interna con respecto a la labor que realiza en el departamento de Cundinamarca	Calidad del Servicio	Actualmente se presentan falencias en la comunicación de metas, proyectos, logros y demás en la diferentes áreas de la empresa	comunicación integral a todos los colaboranes con respecto a la actualidad de cada uno de los proyectos a cargo de empresas publicas de Cundinamarca	1. se cuenta con un plan de comunicaciones 2. se realizan boletines informativos 3. carteleras 4. actualización de protectores de pantalla 5. correos masivos (pautas publicitarias)	Dirección de Servicio al Cliente	Director de Servicio al Cliente Profesional de Apoyo	Constante	Profesionales de apoyo anexo plan de gestión social	Correos Carteleras		
		Aumentar la Comunicación Efectiva a las provincias de Cundinamarca con el propósito de hacer visible la gestión que adelanta Empresas Publicas de Cundinamarca en beneficio de los cundinamarqueses en relación al agua potable y saneamiento básico	Calidad del Servicio	se cuenta con el plan de comunicaciones se ha llegado a todas las provincias.	1. reconocimiento ante la comunidad 2. posicionamiento de marca 3. comunidad informada a través de los mecanismos de comunicación con los que cuenta la empresa. 4. Difusión de los programas ofrecidos por la entidad para que la comunidad se involucre	1. publicaciones en las redes sociales 2. pautas publicitarias (periódicos) 3. uso de mecanismos como la radio	Dirección de Servicio al Cliente	Director de Servicio al Cliente Profesional de Apoyo	Constante	anexo plan de gestión social material de publidad carro tanque Recursos Humanos, Profesionales y técnicos	Redes Sociales		
Misional	Operación de Sistemas Rurales Sostenibles	Adquirir experiencia como socio operador especializado en el departamento	Calidad del Servicio	se firmaron los contratos como socios operadores especializados en los municipios de vista y pandi	1. Incremento de utilidades de la empresa. 2. Imagen corporativa excelente 3. Ampliación del portafolio de servicios de la Empresa.	1. Revisión del Diagnóstico del prestador 2. Asesoría, aprobación y seguimiento al plan de acción del prestador	Aseguramiento de la prestación del servicio Subgerencia de operaciones	director de aseguramiento y subgerente de operaciones	dic-18	humanos, técnicos, financieros	plan de acción del prestador actas de reunión informes		
Misional	Aseguramiento del Servicio	Ser referencia a nivel Nacional e Internacional con la ejecución del programa Agua a la Vereda	Calidad del Servicio	1. El programa obedece a una meta del Plan de Desarrollo del Departamento 2. La implementación y ejecución de la fase I y II correspondiente a 127 prestadores rurales. 3. El programa no se encuentra establecido en ningún PDA del país.	1. los indicadores son verificables y cuantificables 2. Aceptación por parte de la comunidad aumentando la participación en las convocatorias 3. Reconocimiento por parte de la comunidad a la administración y gestión del departamento 4. Posicionamiento de la empresa a nivel nacional	1. Encuentro de PDA organizado por el MVCT 2. Presentación del programa en el congreso ANDESCO 3.Presentacion del programa a las comunidades a través de las visitas de gobernador en casa. 4. Ampliación de beneficiarios del programa agua a la vereda a nivel departamental.	Aseguramiento de la prestación del servicio	Director de Aseguramiento de la Prestación de Servicio	dic-18	humanos, técnicos, financieros	Presentación a los congresos Visitas de Gobernador en casa Convocatorias para participar en el programa Beneficiarios del programa Base de datos de postulados		

Misional	Gestión de Proyectos	Existencia de políticas y demanda creciente para el acceso de agua potable y saneamiento básico.	Proceso	Rezago de la cobertura de agua potable y saneamiento básico en la nación.	1. Acceso a mayores recursos para gestionar proyectos. 2. Focalización de las inversiones de acuerdo a las necesidades de cobertura. 3. Conectar a una mayor cantidad de usuarios al sistema de acueducto y alcantarillado.	1. Identificar y formular proyectos de pre inversión 2. Gestión, controlar y monitorear los estudios y diseños 3. Estructurar proyectos de inversión y Gestionar su viabilización. 4. Ejecutar proyectos de inversión	Todas la Direcciones que hacen parte de la Subgerencia Técnica	Subgerente Técnica Director de Operaciones y Proyectos Especiales Director de Estructuración de Proyectos Director de Asuntos Ambientales Director de Interventoría	Anual	1. profesional, especializado, asistencial y técnico 2. Equipos tecnológicos y digitales 3. Disponibilidad financiera 4. Cooperación Interinstitucional			
		Existencia del Plan Departamental de Agua que permite gestionar, ejecutar y controlar los recursos necesarios para la ejecución de los proyectos en materia de agua potable y saneamiento básico.	Proceso	Concordancia de políticas y metas a nivel Nacional, Departamental y Municipal	1. Crecimiento empresarial 2. Efectividad y eficacia en el tratamiento de los recursos. 3. Articular y focalizar la obtención de los recursos de las diferentes fuentes para el financiamiento de los proyectos. 4. Beneficiar a las poblaciones con obras que permitan mayor cobertura en el acceso de agua potable y saneamiento básico. 5. Fomentar y consolidar esquemas regionales	1.Efectuar los planes de acción con cada uno de los municipios. 2. Identificar y formular proyectos de pre inversión 3. Gestión, controlar y monitorear los estudios y diseños 4. Estructurar proyectos de inversión y Gestionar su viabilización. 5. Ejecutar proyectos de inversión	Todas la Direcciones que hacen parte de la Subgerencia Técnica	Subgerente Técnica Director de Operaciones y Proyectos Especiales Director de Estructuración de Proyectos Director de Asuntos Ambientales Director de Interventoría	Anual	1. profesional, especializado, asistencial y técnico 2. Equipos tecnológicos y digitales 3. Disponibilidad financiera 4. Cooperación Interinstitucional			
Apoyo	Gestión de Recursos Físicos y Tecnologías de la Información	Aprovechar las herramientas tecnológicas para buscar la satisfacción del cliente.	Calidad del Servicio	Se cuenta con equipos de computo con requerimientos mínimos en su configuración	1. Mayor rendimiento laboral 2. Mejores resultados	1. Cumplimiento al cronograma de mantenimiento a las TI 2. Requerimiento de software de últimas tecnologías para el desarrollo de actividades de la empresa	Gestión Humana y Administrativa	Director de Gestión Humana y Administrativa	31/12/2018	1. Humano 2. Financiero			
		Implementación de los instrumentos archivísticos	Sistema de Información	Se cuenta con las TRD y TVD aprobadas. Se contrató la elaboración del Plan Institucional de Archivo "PINAR" y Plan de Gestión Documental "PGD"	Cumplimiento de la ley 594 de 2000 Ley general de archivo.	1. Implementación del PINAR y PGD 2. Capacitación y actualización de las TRD	Gestión Humana y Administrativa	Director de Gestión Humana y Administrativa	31/12/2018	1. Humano 2. Financiero			
Apoyo	Gestión Humana	Contratar con personal idóneo que brinden capacitaciones al personal de la empresa para el desarrollo de las competencias laborales.	Competencias	Se contrató la Asociación Nacional de Empresas de Servicios públicos y Comunicaciones "ANDESCO" para las capacitaciones del personal de la empresa.	1. Actualización técnica 2. Actualización administrativa. 3. Personal calificado para las capacitaciones.	1. Contrato de prestación de servicios. 2. Realizar la evaluación de eficacia de las capacitaciones. 3. Certificaciones de participación en las capacitaciones. 4. Control de asistencia 5. Evaluación de la capacitación	Gestión Humana y Administrativa	Director de Gestión Humana y Administrativa	31/12/2018	1. Financiero 2. Humano			
		Contar con los proveedores que brinden un servicio acorde a las necesidades de la empresa para el desarrollo de su plan de bienestar, garantizando escenarios, calidad en los insumos y disponibilidad.	Calidad del Servicio	Se cuenta con dos proveedores la Caja de Compensación Colombiana de Subsidio Familiar "COLSUBSIDIO" y CIM.	Estos dos proveedores nos garantizan diversos escenarios, calidad en los insumos y disponibilidad permanente según requerimiento.	1. Contactos de prestación de servicios. 2. Control de asistencia. 3. Evaluación de proveedores	Gestión Humana y Administrativa	Director de Gestión Humana y Administrativa	31/12/2018	1. Financiero 2. Humano			
Apoyo	Gestión Contractual	Uso del aplicativo de la función publica (SIGEP)	Calidad del Servicio	Empresas Publicas de Cundinamarca no se encuentra inscrita en la función publica, por lo cual no se puede tener acceso al aplicativo SIGEP	1. Dar cumplimiento con la ley 2. Mantener actualizada la información de los contratistas del estado 3. Información verídica de los futuros contratistas 4. se puede verificar el supervisor de cada contrato actual	1. inscribió la empresa a la función publica 2. socialización con los contratistas 3. se solicito el cargue masivo de la información de los contratistas 4. validación de la hoja de vida en el SIGEP para suscripción del contrato	Dirección Contractual	Director Contractual Profesional de Apoyo	Constante	Recursos Humanos y Tecnológicos	Correos Hoja de vida del SIGEP		
Apoyo	Gestión Jurídica	Mantenimiento del contrato con la firma encargada de revisar constantemente los procesos judiciales	Calidad del Servicio	Empresas Publicas de Cundinamarca cuenta con un contrato de apoyo a la dirección jurídica en función de vigilar y reportar los movimientos de los procesos judiciales, extrajudiciales y administrativos en los que la entidad sea demandante o demandada (LUPA JURIDICA)	1. mantener actualizados los procesos judiciales 2. atender dentro del termino de oportunidad los diferentes requerimientos de los despachos judiciales.	1. se cuenta con un contrato de prestación de servicios por 11 meses el cual se quedaría en enero 2019	Dirección Jurídica	Director Jurídico	2018-2019	Recursos financieros propios EPC (valor del contrato)	Carpeta de Contrato (EPC-PS-234-2018)		
Apoyo	Gestión Financiera	Mejoras en la articulación de la información por parte de SOLIN teniendo una base de datos única sistematizada para consulta para los recursos de PDA	Sistemas de Información	Actualmente no se cuenta con una base de datos única para la información financiera del PDA generando cruces entre la información financiera del PDA Y Recursos Propios	mejoramiento en los sistemas de información evitando errores en la misma y acelerando la entrega de informes	1. Solicitar la contratación de un modulo para recursos del PDA 2.	Dirección de Finanzas y Presupuesto	Directora de Finanzas y Presupuesto	2018	humanos, técnicos, financieros			

Elaboró:

Nombre:

Cargo:

Anexo 12 Noti-calidad 1

EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. E.S.P.

REINDUCCIÓN DE CALIDAD

NUESTRA MISIÓN

Somos una Empresa dedicada a la gestión integral de proyectos, la prestación efectiva de servicios públicos, actividades complementarias y asistencia técnica, con enfoque de sostenibilidad, oportunidad, crecimiento y satisfacción de nuestros clientes y grupos de interés, que genera bienestar social, cumpliendo la normatividad vigente.

NUESTRA VISIÓN

En 2020 seremos una Empresa sostenible, líder tanto en la prestación de servicios públicos y actividades complementarias como en la oferta de un portafolio de servicios y gerencia de proyectos, de alta calidad, a nivel departamental con proyección nacional, generando bienestar y confianza en nuestros clientes.

POLÍTICA DE CALIDAD

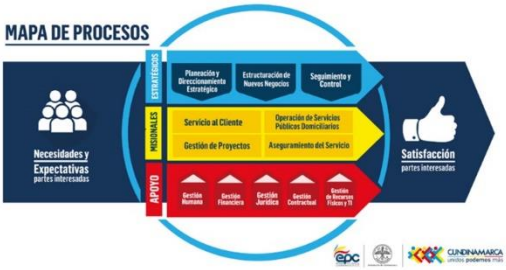
En Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP buscamos el bienestar de la comunidad y generamos satisfacción a nuestros clientes y demás grupos de interés, mediante la calidad de nuestros servicios en la gestión integral de proyectos y el apoyo para el aseguramiento de la prestación de los Servicios Públicos Domiciliarios; contando con un equipo humano idóneo, tecnología apropiada y el compromiso con la mejora continua de nuestros procesos.



ORGANIGRAMA



MAPA DE PROCESOS



Versión 005 Fecha: 22/06/2018

CERTIFICACIÓN EN CALIDAD

La Empresa se encuentra certificada en calidad bajo la norma ISO 9001:2015 por el ente acreditado BUREAU VERITAS.





ESTRUCTURA DE LA NORMA ISO 9001:2015

A partir de septiembre de 2018 los certificados bajo la ISO 9001:2008 dejarán de ser válidos.



EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. E.S.P.

MUCHAS GRACIAS

DIRECCION DE PLANEACIÒN AREA DE CALIDAD

Anexo 13 PDE-I015 Creación, Modificación o Eliminación de la Información Documentada

1. Responsable del Documento

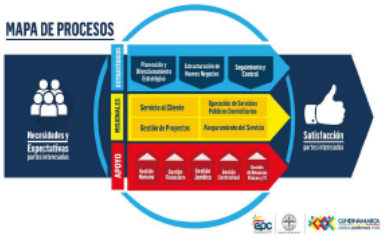
Director de Planeación

2. Objetivo

Definir las pautas que deben ser llevadas a cabo para realizar la creación, modificación o eliminación de la información documentada de Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP.

3. Creación, Modificación o Eliminación de Información Documentada

Paso 1. La necesidad de crear, modificar o eliminar documentos de origen interno nace de las áreas o procesos, en caso de requerir el documento editable para realizar modificación solicitar a la Dirección de Planeación.



Paso 2. El solicitante debe ingresar a la intranet de la página web http://www.epc.com.co/ en el link Sistema Integrado de Gestión, dirigirse al menú principal y seleccionar; 1° el proceso, 2° formatos y 3° la opción del formulario solicitud creación o modificación de documento.



Paso 3. El solicitante diligencia el formulario solicitud de creación o modificación de documentos, de acuerdo a la necesidad.



Paso 4. El solicitante adjunta el documento que se creó o modifico (Editable), en el caso de eliminación se llena la descripción y justificación identificando el documento que se desea eliminar y lo envía. El envío esta direccionado al correo del Director de Planeación donde remite al encargado del control de la información documental para que realice la verificación y determinen la viabilidad de la solicitud con respecto al Sistema Integrado de Gestión.



Paso 5. El solicitante debe esperar respuesta dentro de los siguientes 3 días hábiles por medio del correo electrónico informando si se aprobó o no la actualización, creación o eliminación del documento.



Buenos días Raúl,

Revisado el contenido, estructura de los documentos, pertinencia y ubicación a la organización se aprueba los Procedimientos:

- EPC-SIGC-Pg-802 Programa Institucional de Capacitación
- Anexo EPC-SIGC-Pg-802 Cronograma Programa Institucional de Capacitaciones
- EPC-SIGC-Pg-803 Programa de Bienestar
- Anexo EPC-SIGC-Pg-83 cronograma Programa de Bienestar
- EPC-SIGC-Pg-805 Programa de Inducción y Reinducción

Para continuar con el proceso de publicación, por favor imprimir, recoger firmas y traer original a la Dirección de Planeación, paso 9. Para posterior socialización.

Cordialmente,

HYRIAM LÓPEZ MORALES
Apoyo Dirección de Planeación
Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP
http://www.epc.com.co

Paso 6. Si la solicitud es viable, el encargado del control de la información documental de la Dirección de Planeación garantiza el cumplimiento a las especificaciones del documento PDE-G001 Guía Control de la Información Documentada.



	GUIA CONTROL DE LA INFORMACION DOCUMENTADA	Código: PDE-G001 Versión: 4 Fecha: 28/0/2018 Pág. 1/11

1. Responsable del Documento

Director de Planeación

2. Objetivo

Establecer los criterios y características para el control de la información documentada de Empresas Publicas de Cundinamarca S.A. ESP.

3. Alcance

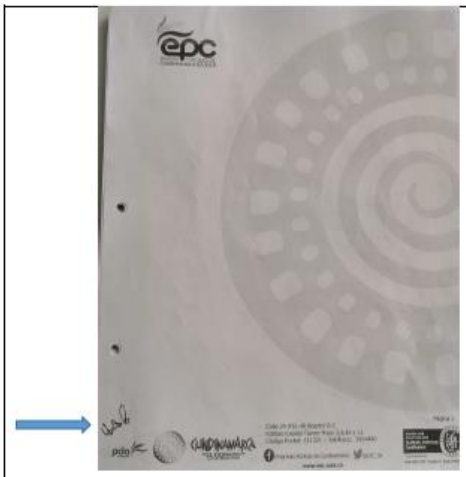
Esta guía es aplicable desde la creación de la información documentada que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión de Empresas Públicas de Cundinamarca y termina con la divulgación e implementación.

4. Normatividad aplicable

- Ley 87 de 1993 por la cual se dictan normas sobre el ejercicio de control interno.
- Ley 594 de 2000, por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y acuerdos reglamentarios.
- Norma Técnica NTC-ISO 9001 de 2015
- Norma Técnica NTC-ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de La Calidad. Fundamentos y Vocabulario

Paso 7. El solicitante debe imprimir, recoger firmas o vistos buenos en el caso de los formatos para su respectiva socialización y archivo en la carpeta que indique las tablas de retención.

Paso 8. El encargado del control de la información documental remite a sistemas el archivo para su publicación (creación o modificación) o eliminación, especificando el proceso al que pertenece, y direccionando el tipo de



documento, si corresponde a un nuevo documento o el cambio de uno ya existente. (Los únicos documentos que se encuentran de manera editable son los formatos y nomogramas los cuales se encuentran en Word y Excel, los demás se encuentran en PDF como protección contra modificaciones No intencionadas).



gestioncalidad@epc.com.co
REEMPLAZO DOCUMENTO

Mensaje EPC-SIGC-Pft-322 Estudio previo Servicios profesionales y de apoyo a la Gestion Regimen General de la Contratacion.docx (82 KB)

Buenos días Brayan,

Con el fin de mejorar el SIGC se solicita el reemplazo del siguiente documento.

GESTION CONTRACTUAL
- FORMATOS
- 1. EPC-SIGC-Pt-322 Estudios Previos Servicios profesionales y de apoyo a la gestión Régimen general de la contratación.

Atte.

Paso 9. Se verifica que la publicación cumpla con los requerimientos dados por la Dirección de Planeación o en el caso de eliminación se haya retirado el documento pertinente y se actualiza el estado en el Listado Maestro de Documentos. La implementación de los cambios regiran a partir de los 3 días habiles siguientes a la socialización.


LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

Paso 10. El solicitante se encarga de realizar la socialización a los colaboradores de los procesos que intervienen en los cambios y entregar a la Dirección de Planeación el soporte de la respectiva socialización.


Martha Vivas <martha.vivas@epc.com.co>
RE: SOCIALIZACION ACTUALIZACION DOCUMENTOS SIGC

Buen día,

Para su conocimiento y aplicación, dentro de las mejoras realizadas al Sistema Integrado de Gestión, se encuentran publicados los siguientes documentos:

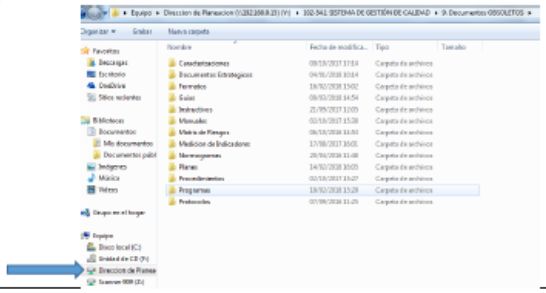
1. GESTION CONTRACTUAL

- FORMATOS
1. EPC-SIGC-Ft-230 Solicitud de contratación – Servicios profesionales y de apoyo a la gestión.
2. EPC-SIGC-Ft-211 Estudios previos – Prestación servicios profesionales y de apoyo a la gestión régimen especial
3. EPC-SIGC-Ft-214 Solicitud de contratación Clientes insumos o servicios.
4. EPC-SIGC-Ft-287 Certificación de supervisión de contratos
5. EPC-SIGC-Ft-322 Estudios previos servicios profesionales y de apoyo a la gestión régimen general de la contratación.

LAS PLANTILLAS DE WORD SIGUEN VIGENTES CON LA ESTAMPILLA DE LA POLA HASTA NUEVA ORDEN.

NOTA: Los formatos publicados en la intranet en cada uno de los procesos no pueden ser modificados al momento de utilizarlos.

Paso 11. El encargado del control documental debe hacer la retroalimentación de la NASS de la Dirección De Planeación, en la Carpeta de Sistema de Gestión Integrado / Documentos obsoletos.



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO	OBSERVACIONES
0	13/03/2018	Versión inicial	No Aplica
1	24/08/2018	Se modifica porque se actualizó el mapa de procesos	No Aplica

Proyectó

Nombre: Luisa González G.
Cargo: Apoyo Dirección de Planeación
Área: Dirección de Planeación

Firma: _____

Nombre: Myriam López M.
Cargo: Profesional de Apoyo
Área: Dirección de Planeación

Firma: _____

Revisó

Nombre: Sandra Milena Ruiz
Cargo: Coordinador de Calidad
Área: Dirección de Planeación

Firma: _____

Nombre: Manuel Sandoval V.
Cargo: Director de Planeación

Firma: _____

Aprobó

Nombre: Manuel Sandoval V.

Cargo: Director de Planeación

Firma: _____

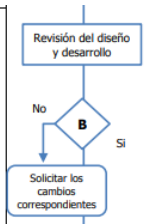
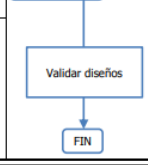
Anexo 14 OSPD-Pc080 Diseño y Desarrollo

	PROCEDIMIENTO **DISEÑO Y DESARROLLO**	**Código: OSPD-Pc080** **Versión: 0** **Fecha: 22/06/2018**

Objetivo	Alcance	Área o dependencia responsable	Generalidades, observaciones o políticas.
Establecer las directrices para la planificación, ejecución y control de cambios del diseño y desarrollo de la Empresa, cumpliendo con las necesidades de las partes interesadas.	Aplica desde la legalización del contrato hasta la entrega de los diseños definitivos.	Dirección Operativa y de Proyectos Especiales	El procedimiento aplica cuando el diseño y desarrollo no es contratado. Definiciones: Diseño y Desarrollo. Conjunto de procesos que transforman los requisitos para un objeto en requisitos más detallados para ese objeto. Verificación. Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados. Validación. Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.

FORMULACIÓN DE PROYECTOS

Ítem	Descripción (Actividad y/o Tarea)	Cargo responsable	Puntos de control	Formatos y/o registros.	Observaciones.
1	INICIO Determinar la necesidad	Subgerente de Operaciones Director de Operaciones y Proyectos especiales	Revisión técnica de la solicitud de inicio de proyecto	Contrato suscrito con el cliente y/o Pliegos de Condiciones	Revisión de las obligaciones y condiciones suscritas en los contratos y/o convenios.
2	Planificación del Diseño y Desarrollo	Subgerente de Operaciones Director de Operaciones y Proyectos Especiales	Verificación de la planificación	Acta de reunión Trámites, licencias, permisos ante ministerios y entes ambientales Análisis predial (cuando se requiera)	Para la planificación del Diseño y Desarrollo se deben considerar las siguientes etapas: 1. Naturaleza, duración y complejidad de las actividades. 2. Las actividades requeridas para el diseño y desarrollo incluidas la revisiones, verificaciones y validaciones aplicables. 3. Determinar las responsabilidades y autoridades involucradas y control de interfases entre las personas que participan. 4. Determinar los recursos internos y externos necesarios. 5. Participación activa de los clientes en el diseño y desarrollo. De acuerdo con la necesidad identificada y el análisis realizado, el Profesional asignado define el alcance, cronograma del diseño y desarrollo, para la posterior revisión y aprobación por parte del Director de Operaciones y Proyectos Especiales y la Subgerencia de Operaciones.
3	Determinar entradas para el diseño y desarrollo	Subgerente de Operaciones Direcciones Involucradas-Interdisciplinaridad	Verificación de entradas	Acta de reunión Pólizas	Para determinar los elementos de entradas para el diseño y desarrollo se debe considerar: 1. Las especificaciones establecidas en los pliegos de condiciones y el contrato 2. Los requisitos funcionales y de desempeño 3. Los requisitos legales y reglamentarios 4. Normas o códigos de prácticas 5. Las consecuencias potenciales de fallar (analisis de riesgos)
4	Consolidar requisitos de entrada No → A → Si Solicitar requisitos faltantes Consolidar requisitos de entrada faltantes	Subgerente de Operaciones Director de Operaciones y Proyectos especiales	Revisión de los requisitos de entrada del diseño y desarrollo	Acta de reunión (cuando aplique)	Consolidar y verificar que se cuente con toda la información de entrada del Diseño y Desarrollo, por medio de la identificación del objetivo, alcance, requerimientos técnicos, funcionales, de desempeño, legal, reglamentaria, información de otros servicios similares y cualquier otro requisito. **A:** ¿Se cuenta con toda la información de entrada? **Si:** Continuar en la actividad 5 **No:** Solicitar requisitos de entrada faltantes y consolidar información definitiva
5	Ejecución del diseño y desarrollo	Director de Operaciones y Proyectos especiales Profesionales e apoyo	Revisión del Director	Informes de Diseños Planos Memorias Especificaciones técnicas Presupúesto y Cantidades de Obras Análisis de precios unitarios Análisis predial (cuando se requiera) Trámites, licencias, permisos ante ministerios y entes ambientales	Ejecutar el diseño y desarrollo, acorde a las actividades y a los responsables asignados y revisar acorde al objeto contratado.

6		Subgerente de Operaciones Director de Operaciones y Proyectos especiales	Revisión técnica de la planeación	Acta de Reunión	El Director, realiza la verificación del diseño y desarrollo, acorde a lo planeado, tomando como base los requisitos identificados en los elementos de entrada, consignando en Actas la evidencia de la verificación. **B:** ¿Se aprueba la verificación del diseño? **Si:** Continuar con el procedimiento **No:** Solicitar los cambios correspondientes y registrarlos Las solicitudes de cambios de los diseños deben ser presentadas ante la Subgerencia de Operaciones.
7		Subgerente de Operaciones Director de Operaciones y Proyectos especiales	Aprobación de diseño y desarrollo	Acta de recibo Acta de liquidacion Diseño y desarrollo definitivos Aprobados	Realizar la Validación comparando el producto contra los requisitos de entrada del mismo con la aprobación final del cliente.

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	**FECHA**	**DESCRIPCION DEL CAMBIO**	**OBSERVACIONES**
0	22/06/2018	Versión inicial	No aplica

ELABORO	REVISO	APROBÓ
Nombre: Camilo Castro Ruiz Cargo: Subgerente de Operaciones Área: Subgerencia de Operaciones Firma: _____ Nombre: Myriam López Morales Cargo: Profesional de Apoyo Área: Dirección de Planeación Firma: _____	Nombre: Sandra Milena Ruiz Moncada Cargo: Coordinador de Calidad Área: Dirección de Planeación Firma: _____ Nombre: Manuel Sandoval Villamizar Cargo: Director de Planeación Firma: _____	Nombre: Camilo Castro Ruiz Cargo: Subgerente de Operaciones Firma: _____ Nombre: Karen Cristina Alvarez Cotes Cargo: Director de Operaciones y Proyectos Especiales Firma: _____

Anexo 15 PDE-F361 Matriz Identificacion de Salidas No Conformes

	MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE SALIDAS NO CONFORMES	Código: PDE-F361
		Versión: 4
		Fecha: 07/05/2018

PROCESO	PRODUCTO O SERVICIO	CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO O SERVICIO	IDENTIFICACIÓN SALIDAS NO CONFORMES	CONTROLES	OPCIONES DE MANEJO Y TRATAMIENTO
Aseguramiento del Servicio	Servicio de Fortalecimiento Institucional	• Diagnósticos de la situación inicial de prestadores • Talleres de fortalecimiento institucional • Acompañamiento en el fortalecimiento de las áreas Financiera, Comercial, Administrativo, Institucional - Legal y Técnico operativo	1. No ejecutar el 80% de las visitas programadas para el fortalecimiento institucional.	• Disponibilidad de Vehículos * Revisión y aprobación del programa mensual de trabajo. • Revisión y aprobación de informes mensuales de contratistas	• Reprogramar visitas • Hacer llamado de atención al personal y solicitar la programación mensual. • Capacitar a los colaboradores
Gestion de Proyectos	Estudios y diseños recibidos a satisfacción por Interventoría y Estructuración	* Cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 672 de 2015 y Resolucion 1063 de 2016 * Cumplimiento de los requisitos establecidos en el Reglamento Técnico del Sector Agua potable y Saneamiento Básico - RAS 2000	1. Proyectos viabilizados pero no contratados. 2. Estudios y diseños con interventoría de preinversión viabilizados pero no ejecutados con obras	• Revisión y seguimiento por medio de interventoría (técnica, administrativa, jurídica y ambientales). * Revisión de productos del contrato * Seguimiento al cronograma y plan de trabajo.	• Corregir o ajustar el diseño • Reformular el proyecto • Efectuar modificaciones contractuales • Solicitar acciones de incumplimiento contractual
	Obras ejecutadas y entregadas a satisfacción	• Cumplir con lo especificado en los diseños. • Verificacion de las pruebas de calidad de la obra acorde a la norma. • Seguimiento permanente a la ejecucion de la obra.	1. obras que presentan fallas durante el periodo comprendido entre el acta de recibo final de obra y el acta de liquidacion.	• Realización de pruebas de calidad de las obras (Hidráulicas, Estanqueidad, Hermeticidad, Concretos y controles topográficos, densidades) • Seguimiento de la ejecución del contrato por medio de la interventoría y Supervisión a la Interventoría.	• Reparar, reforzar, reinstalar o reconstruir las obras implicadas, según sea el caso. • Solicitar acciones de incumplimiento contractual. (en caso de requerirse).
	Instrumentos de Planificación Ambiental recibidos a satisfacción (Plan - Programa)	• Cumplimiento de la normatividad legal vigente • Los Planes y Programas deben realizarse de acuerdo a las herramientas establecidas por la Autoridad Ambiental Competente.	1. Inumplimiento de la normatividad legal vigente. 2. Planes y Programas realizados sin tener en cuenta las herramientas establecidas por la Autoridad Ambiental Competente.	•Supervisión y Seguimiento de los contratos. • Verificación de la aplicación de las herramientas metodológicas de planificación ambiental.	• Corregir o ajustar el proyecto • Efectuar modificaciones contractuales • Solicitar acciones de incumplimiento contractual.

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Servicio al Cliente	Material Publicitario	• Cumplir con los lineamientos de manual de imagen Corporativa • cumplimientos de los requisitos establecidos por el cliente • calidad de la informacion y diseño	1. Incumplimiento a los requisitos solicitados por el cliente (Especificaciones Tecnicas) 2. Uso inadecuado de la imagen	• Revision y aprobacion por parte del director de servicio al cliente • Visto bueno y Aprobacion por parte de la gobernacion (cuando aplica) • Aprobacion por parte del cliente interno que solicito el material	• Reuniones o diseños enviados previamente • Solicitar apoyo por parte de la oficina de presa de la gobernacion. • Exigir un tiempo prudente para la realizacion del material publicitario
	Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias	• Responder las PQRSD conforme a los términos de la ley y al procedimiento establecido con oportunidad y calidad.	1. No reponder en los tiempos establicidos de acuerdo a la ley 1755 de 2015 y a la Guia Para la atencion del clientes y partes interesadas.	• Sistema de correspondencia de la Empresa. • Reporte semanal con el listado de las PQRSD proximas a vencer mediante un correo electronico al encargado de generar respuesta. • Reporte semanal con el listado de las PQRSD vencidas con copia via correo electronico al encargado de generar respuesta, al jefe directo o supervisor, a la direccion de control interno y a gerencia. • Filtro en el proceso de entrega de cargo con el acompañamiento de la Dirección de Gestión Humana en la cual se exige a los funcionarios y/o contratistas, entregar el Sistema de correspondencia sin pendientes. • solicitud a la direccion de control interno para la generacion de auditorias a los procesos a fin de identificar los motivos de incumplimiento y realizar seguimiento a los planes de mejoramiento	• Enviar informe mensual a los lideres de cada uno de los proceso y al responsable, sobre el /los documento que tiene a cargo sin dar respuesta. • Responder PQRSD dando respuesta de fondo. • Entrevista personal con los funcionarios o contratistas, recordando los terminos legales de respuesta y brindando el apoyo legal y técnico. • Socialización de los datos estadisticas del comportamiento de las PQRSD en los comites de gerencia para la toma de decisiones. • Modelo respuesta de PQRSD, para responder de manera eficiente. • Realizar capacitaciones en el manejo de la herramienta de gestion de correspondencia
Operación de Servicios Publicos Domiciliarios	Componente de gestión del riesgo sectorial en los Planes Departamentales de Agua - PAP - PDA	• Identificación del riesgo presentado • Comunicación al prestador operador • Atención efectiva del servicio • Convocar a comité Municipal o Departamental de Gestión del Riesgo • Entrega de documentación a Unidad Administrativa Especial de Gestión del Riesgo o Empresas Públicas de Cundinamarca S.A.	1. Identificación incorrecta de la categorización del riesgo. 2. Atención no eficiente y efectiva al servicio de emergencia. 3. Obras de emergencia mal elaboradas	• Convocar a comité Municipal o Departamental de Gestión del Riesgo • Acta de reunión de los comités CMGRD o CDGRD • Certificado de hacienda que indique que no se cuenta con recursos para la atención de la solicitud. • Solicitud para la atención del riesgo presentado, firmada por el alcalde municipal. • Contrato de Interventorias para las obras • Supervisión de contratos de obra	• Realizar visitas para evaluar las solicitudes. • Presentar propuestas para dar soluciones de obra a las emergencias presentadas. • Aplicación de pólizas en los contratos de obra e interventorías por incumplimientos. • Inicio de procesos a la responsabilidad de la supervisión.
	Cumplir con las obligaciones establecidas en los contratos como Socio Operador Especializado	• Identificación de actividades proyectadas para iniciar operación el prestador. • Proyección de recursos y terminos de cumplimiento • Asesoría Técnica, Operativa, Administrativa, Comercial, Financiera y de Planeación a los operadores de servicios publicos donde la Empresa es socio operador especializado	Incumplimiento de las obligaciones establecidas en los contratos como Socio Operador Especializado	• Reuniones con los Representantes Legales prestadores y las Juntas Directivas • Reuniones o comites de seguimiento • Medición del plan de acción	• Presentar nuevamente el plan de acción del prestador a la Junta directiva para aprobación • Realizar ajustes u otro si al contrato suscrito, presentando las respectivas justificaciones.

Elaboró:	**Revisó:**	**Aprobó:**
* Adriana Hernández - Apoyo Dirección de Interventoría * Jaime Prieto - Apoyo Dirección de Operaciones y Proyectos Especiales. *Sonia Sanchez - Apoyo Sugerencia Técnica * Patricia Acosta - Apoyo Dirección Asuntos Ambientales * Jhon Pineda - Apoyo Dirección Servicio al Cliente * Camilo Castro - Subgerente de Operaciones	* Sandra Milena Ruiz - Coordinadora de Calidad	* Manuel Sandoval Villamizar - Director de Planeación

INFORMACIÓN DE LA AUDITORÍA

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA: "Agregar valor y mejorar las operaciones de Empresas Públicas de Cundinamarca S.A, ESP; así como contribuir al cumplimiento de sus objetivos y metas, con fundamento en las normas ISO 9001:2015.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA: La Auditoría Interna se realizará a los procesos Misionales, para Evaluar y mejorar la Eficacia de los procesos de Gestión.

SEDE(S): Calle 24 # 51-40. Oficinas EPC

CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:

1. Normas ISO 9001:2015
2. Modelo Estándar de Control Interno – MECI
3. Caracterización, procedimientos, formatos, manuales, instructivos, guías, protocolos, programas y demás elementos que constituyen el SIGC
4. Requisitos legales aplicables al Sistema Integrado de Gestión

FECHAS Y HORAS DE LA AUDITORÍA

FECHA	HORA	PROCESO	RESPONSABLE	AUDITOR
27/06/2018	8:15 am – 8:40 am	Reunión de Apertura	Equipo Directivo	Equipo Auditor
27/06/2018	2:00 pm – 5:00 pm	Aseguramiento de Servicio	Director Aseguramiento de la Prestación	Sandra Milena Ruiz Moncada / Myriam López Morales
11/07/2018	8:30 am – 11:30 am	Estructuración de Nuevos Negocios	Directora de Nuevos Negocios	Gina Lizeth Díaz Herrán / Víctor Raúl Sanabria Castillo
12/07/2018	8:30 am -11:30 am	Gestión de Recursos Físicos y Tecnologías de la Información	Directora de Gestión Humana y Administrativa	Juan Pablo Ospina / Cesar Augusto Montoya
12/07/2018	2:00 pm – 5:00 pm	Gestión Financiera	Directora de Finanzas y Presupuesto	Sonia Yinneth Sanchez Daniels / Olga Patricia Acosta Zambrano
13/07/2018	8:30 am – 11:30 am	Servicio al Cliente	Director de Servicio al Cliente	Jairo César Velasco Párraga / Marisol Alvarado Castillo

13/07/2018	2:00 pm – 5:00 pm	Gestión Jurídica	Director Jurídico	Johana Aguilera Malagón / Diego Santamaría
16/07/2018	8:30 am – 11:30 am	Gestión Humana	Directora de Gestión Humana y Administrativa	Angélica Ortiz Bermúdez / Liliana Marcela Rodríguez Sarmiento
16/07/2018	2:00 pm – 5:00 pm	Gestión de Proyectos	Subgerente Técnica	Vivian Andrea Ortegón / Gilberto Acosta Gutiérrez
17/07/2018	8:30 am – 11:30 am	Planeación y Direccionamiento Estratégico	Director de Planeación	Jhon Miller Pineda Alvarado / Jose Raul Pedraza Jimenez
18/07/2018	8:30 am – 11:30 am	Gestión Contractual	Director Gestión Contractual	Marco Antonio Umbarila Cepeda / Stella Garcia Leyton
18/07/2018	2:00 pm – 5:00 pm	Operación de Servicios Públicos Domiciliarios	Subgerente de Operaciones	Michelle Calderon Rojas/ Jonnathan Javier González Barahona
19/07/2018	8:30 am – 10:30 am	Seguimiento y Control	Directora de Control Interno	Jairo Cesar Velasco Parraga / Martha Cecilia Vivas Ortiz
25/07/2018	8:30 am – 9:00 am	Reunión de Cierre	Equipo Directivo	Equipo Auditor
30/07/2018	8:00 am – 10:00 am	Revisión por la Dirección	Equipo Directivo	Gerente General

TABLA CONSOLIDADA DE AUDITORIA

Proceso	Observaciones	No conformidades
Operación de Servicios Públicos Domiciliarios	5	3
Seguimiento y Control.	4	0
Aseguramiento del Servicio	2	0
Gestión Jurídica	6	1
Gestión Financiera	3	0
Estructuración de Nuevos Negocios	0	0
Servicio al Cliente	4	0
Gestión Contractual	4	1
Gestión de Recursos Físicos y Tecnologías de la Información	3	0
Dirección de Planeación y Direccionamiento Estratégico	1	3
Gestión de Proyectos	1	0

Gestión Humana	3	0

1. AUDITORIA OPERACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS.

EQUIPO AUDITOR	PROCESO AUDITADO	AUDITADOS
LIDER: MICHELLE CALDERON ROJAS OBSERVADOR: JONNATHAN GONZALEZ BARAHONA	OPERACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS.	1. Camilo Castro 2. Jaime Prieto Álvarez

- **OBSERVACIONES**

NUM.	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIONES
1	Norma ISO 9001:2015 Numeral 4.1 Comprensión de la Organización y de su contexto	El líder del proceso, confirma que no se ha hecho, frente a lo cual se puede evidenciar el desconocimiento de la Matriz de comprensión de la organización y de su contexto.
2	Norma ISO 9001:2015 Numeral 4.4 Conocimiento del SIGC y sus procesos.	Se evidencia la necesidad de fortalecer el conocimiento de la cantidad de procesos del SIGC y su relación.
3	Norma ISO 9001:2015 Numeral 6.1 Acciones para abordar Riesgos y oportunidades	Se recomienda hacer un repaso del sistema de calidad; con el fin de estar preparados a la auditoría externa. De igual forma se evidencia que la matriz no propone opciones de manejo frente a los riesgos, y además los riesgos allí planteados no responden a la totalidad de las actividades críticas del proceso.
4	Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.4 Conocimiento Comunicaciones	Requiere reforzar los conocimientos de los sistemas de información y lineamientos generales sobre comunicación interna y externa.
5	Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.5Información Documentada TRD	No se evidencio la existencia del archivo oficial del proceso, dado que lo que está plasmado en la TRD corresponde al manejo de archivo de otras direcciones.

- **NO CONFORMIDADES:**

1. Norma ISO 9001:2015 Numeral 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación:

El líder no conoce los indicadores del proceso. Se evidencia que en la plataforma no están los indicadores del proceso.

2. Norma ISO 9001:2015 Numeral 8.5 / 8.6. Producción y provisión del servicio/ Liberación de los productos y servicios.

El proceso no cuenta con documentos que caractericen la totalidad de la producción, provisión y liberación de los servicios, esto es, no hay procedimientos, no hay instructivos, manuales, planes y/o programas.

3. Norma ISO 9001:2015 Numeral 4.4.1 Sistema de calidad y Sus procesos

Se evidencia la falta de conocimiento del sistema integrado de gestión de calidad, además del desconocimiento del proceso propio.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda fortalecer la formulación del proceso toda vez que en la fecha de la auditoria interna no se contó con indicadores para la medición y control del quehacer del mismo.
2. Se recomienda fortalecer el acompañamiento del proceso de planeación en calidad de líderes del sistema integrado de gestión de calidad, toda vez que existe un desconocimiento de documentos y planteamiento del proceso, los cuales han sido adelantados por planeación.
3. Revisar la coherencia entre el nombre del proceso del Operación de Servicios Públicos Domiciliarios y su objetivo y alcance, toda vez que el mismo corresponde más a un apoyo, que a una operación propiamente, como se evidencia en la caracterización y en los documentos del proceso.

CONCLUSIONES

Consideramos que se deben atender las No Conformidades, y que se debe generar un plan de choque para atender las observaciones.

2. AUDITORIA SEGUIMIENTO Y CONTROL

EQUIPO AUDITOR	PROCESO AUDITADO	AUDITADOS
LIDER: JAIRO VELASCO OBSERVADOR: MARTHA VIVAS	DIRECCIÓN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL.	1. Dra. Nubia Ostos 2. Diego Santamaria 3. Enrique Delgado

- **OBSERVACIONES**

NUM.	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIONES
1	Norma ISO 9001:2015 Numeral 5.3 Roles responsabilidades y autoridades en la organización.	**OBSERVACION:** Se verifica el informe a la alta dirección; se verifica acta 29-01-2018 y lo someten a aprobación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Se evidencia la NO trazabilidad con Tablas de Retención Documental.
2	Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.2 Competencia	**RECOMENDACIÓN:** Tener muy seguramente Hoja de Vida de la líder del proceso, nombrada por la Gobernación. Con el fin de que soliciten la veracidad de los requisitos del cargo.
3	Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.5 Información documentada	**OBSERVACION:** Hacer plan choque en toda la documentación del proceso que esté alineados a las Tablas de Retención Documental. Se evidencia carpetas sin rótulos y trazabilidad de los mismos.
4	Norma ISO 9001:2015 Numeral 8.7 Control de las Salidas NO Conformes	**OBSERVACION** Se verificaron las NO conformidades generadas en el año 2017, ilustrando 4 cerradas por la anterior líder del proceso y otras 4 cerradas este año por la nueva líder, solo se recomienda tener en cuenta las fechas del cierre y la información pertinente

		a los procesos, porque se evidenció que las servicio al cliente en su auditoría interna de 2018 se encontraban abiertas.

RECOMENDACIONES

1. Solicitar de carácter perentorio, el trámite de las carpetas relacionadas a la gestión documental de la entidad.

CONCLUSIONES

Consideramos que se debe realizar plan choque para estar al día en la actualización el tema Tablas de Retención Documental.

3. AUDITORIA ASEGURAMIENTO DEL SERVICIO

EQUIPO AUDITOR	PROCESO AUDITADO	AUDITADOS
Sandra Milena Ruiz Moncada / Auditor Líder Myriam López Morales / Auditor Observador	Aseguramiento del Servicio	Ing. Ludwig Jiménez / Líder del Proceso; Ing. Paula Ardila, Viviana Godoy, Gilberto Acosta, Edgar Martínez

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Se evidencia el liderazgo y compromiso del dueño del proceso, ya que asume la responsabilidad y obligación de rendir estado de implementación del sistema de gestión de calidad al interior de su proceso, de acuerdo a:

- Fue el responsable de atender la auditoria interna.
- Conoce el objetivo y alcance del proceso
- Describe la ruta donde se encuentra publicada la información documentada del sistema integrado de gestión.
- Identifica cuales son los procesos que se encuentran certificados y describe la interacción de su proceso con los demás.
- Contextualiza la política de calidad y conoce el objetivo de calidad que desde su proceso aporta al cumplimiento de esta.
- Identifica los cambios presentados a la información documentada de la Empresa y sabe los pasos a seguir para la creación, modificación o eliminación de un documento del Sistema.

El proceso tiene actualizada la matriz FODA, se identifican debilidades como: rotación del personal y atraso en el cumplimiento de la meta 456 del plan estratégico, dentro de las amenazas identificadas están los cambios normativos que retrasan la gestión de los proyectos.
El proceso realiza su planeación de acuerdo al AS-Pl003 Plan de Aseguramiento Fase III por vigencias y al AS-PG008 Programa Agua a la Vereda. Cuando se presentan cambios en la planeación inicial se cuenta con soportes como las actas realizadas con el Ministerio de Vivienda Ciudad y Territorio.

Dentro de las partes interesadas que son pertinentes al proceso tiene identificadas las siguientes: Alcaldías, Gobernación de Cundinamarca, Prestadores de Servicios Públicos, el Estado Colombiano, la Junta Directiva, Comité Directivo del PDA, Los Ciudadanos, Contratistas y Proveedores, Veedurías, Colaborados y Comunidad Educativa a las que se les tiene descritas sus respectivas necesidades y expectativas que el proceso puede satisfacer.

La caracterización del proceso se encuentra actualizada en la plantilla establecida y determina: objeto, alcance, responsable, políticas e operación, entradas actividades, salidas, recursos, información documentada, requisitos aplicables, riesgos, controles e indicadores.

Se cuenta con la matriz de riesgos de gestión y oportunidades de la vigencia 2018, identificada y valorada.

El proceso cuenta con una persona de apoyo en lo que respecta al manejo de Mercurio y se evidenció que no se encontraban Peticiones, Quejas, Recursos, Sugerencias y Demandas pendientes por responder.

El proceso a la fecha de la auditoria no ha reportado Salidas No Conformes, de acuerdo a que no se han presentado, al igual las acciones correctivas.

- **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

Aunque el proceso informe que no se han generado posibles salidas no conformes, se debe hacer seguimiento permanente para evitar posibles no conformidades futuras al proceso.

- **OBSERVACIONES**

NUM.	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIONES
1	ISO 9001:2015	El proceso cuenta con equipos como el Geo radar, Cámara de inspección, Geófono, GPS, entre otros, los

	7.1.5.2	cuales no cuentan con sus respectivas hojas de vida.
2	ISO 9001:2015 9.1 MECI	El proceso cuenta con el indicador Eficiencia en la ejecución financiera del plan de aseguramiento, el cual se encuentra medido y analizado el primer cuatrimestre de la vigencia 2018, se recomienda la socialización de este al equipo de trabajo.

- **NO CONFORMIDADES**

En la presente auditoría el proceso no presento No Conformidades.

RECOMENDACIONES

1. Realizar jornada de orden en la oficina, ya que presenta demasiado papel sin archivo, informando que es para consulta.
2. Socializar los indicadores de gestión con el equipo de trabajo para que conozcan las metas y el estado de cumplimiento de estas.

CONCLUSIONES

1. Proceso mantiene implementado el Sistema Integrado de Gestión de la Empresa y el dueño del proceso mantiene el compromiso con el sistema.

3. AUDITORIA GESTIÓN JURIDICA

EQUIPO AUDITOR	PROCESO AUDITADO	AUDITADOS
LIDER: Johana Aguilera **OBSERVADOR:** Diego Santamaria	Gestión Jurídica	1. Dr. Zamir Silva 2. Albeiro Cañón 3. Heidy Cueca

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

- **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

Se recomienda mantener actualizada la matriz de riesgos, ya que esta permite la identificación de los mismos, esto con el fin de tener fácil acceso y disponibilidad a toda la información de la entidad.

- **OBSERVACIONES**

NUM.	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIONES
1	Norma ISO 9001:2015 Numeral 4.1 Compresión de la organización y su Contexto	Se verifica con El Dr. Zamir Silva su conocimiento con frente a las cuestiones internas y externas para su propósito y su dirección estratégica, se evidencia que tiene conocimiento frente a lo descrito en la matriz FODA pero no tiene conocimiento de donde se encuentra dentro del SGC.
2	Norma ISO 9001:2015 Numeral 5.3 Roles responsabilidades y autoridades en la organización	El dueño del proceso informa que por medio del sistema MERCURIO no puede ejercer un control adecuado de los tiempos de respuesta de las radicaciones, debido a la falta de parametrización dentro del sistema según el tipo de solicitud o de requerimiento, el tiempo estándar del sistema son 15 días para todas las radicaciones, sin tener en cuenta otros términos de ley.
3	Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.3 Toma de conciencia	Se verifica el conocimiento de la política de calidad de la EPC, se logra evidenciar que no la conoce textualmente, pero conoce su ubicación en el SGC, lo mismo ocurre con el objetivo de calidad que le aplica a su proceso, lo identifica una vez lo ubica y lo lee.
4	Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.4 Comunicación	Conoce el procedimiento que utiliza la EPC para el tema de las comunicaciones internas y externas, manifestando que el manejo se hace por el sistema MERCURIO, requieren de capacitación en el sistema Mercurio porque aducen no manejarlo adecuadamente, y pueden estar incurriendo en faltas. Algunos documentos evacuados no aportan el respectivo anexo de

		envío. En la Dirección solo dos personas manejan el mercurio, cada abogado guarda sus FUID.
5	Norma ISO 9001:2015 Numeral 8.1 Planificación y control operacional.	El director aporta como evidencia acta de reunión con su equipo de trabajo donde se tratan los diferentes temas propios de la dirección aquí preparan y planean la representación jurídica o administrativa de los casos, evalúan los casos para pasarlos a comité de conciliación etc., pero no se tienen planeadas ni se han realizado capacitaciones requeridas por el área.
6	Norma ISO 9001:2015 Numeral 9.1 Seguimiento medición, análisis y evaluación	Se evidencia conocimiento y manejo del inventario de los procesos judiciales propios de la entidad, pero son llevados en un documento no controlado por fuera del SGC.

- **NO CONFORMIDADES**

NUM.	**CRITERIO**	**DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDADES**
1	Norma ISO 9001:2015 Numeral 5.1 Liderazgo y compromiso	Mediante decisión empresarial se establece un comité de seguimiento a los procesos judiciales y acciones populares el cual se deben reunir una vez cada 30 días, se observa que no se está cumpliendo con lo ordenado en la resolución # 618 de 2017 y en la decisión empresarial # 026 de 2017 donde se establece una frecuencia de reunión como mínimo una vez cada 30 días). Se aporta como información documentada una carpeta con actas de reunión del año 2017, evidenciado que en el transcurso del año 2018 no se han reunido.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda involucrase más dentro del SGC, conocer las rutas de donde se encuentran los documentos y las diferentes matrices.
2. Se recomienda llevar el inventario de los procesos en una herramienta que permita identificar alertas de tiempos de respuesta, formular una tabla de Excel con condicionales.

CONCLUSIONES

La disposición del dueño del proceso fue adecuada, se contó con el apoyo de sus colaboradores de manera inmediata, estuvieron prestos a todas las solicitudes realizadas por el equipo auditor.

Es importante que se generen las mejoras necesarias para atender de manera inmediata las observaciones realizadas.

5. AUDITORIA GESTION FINANCIERA

EQUIPO AUDITOR	PROCESO AUDITADO	AUDITADOS
SONIA SANCHEZ DANIELS OLGA PATRICIA ACOSTA ZAMBRANO	GESTION FINANCIERA	Lucia Obando Vega Angelica Triana Melo Fredy Andrés Venegas Wilson Rodríguez Jorge Andrés Luna Gómez

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

- **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

Identificar un procedimiento más practico que permita que los pagos que involucran a externos sean más agiles y así disminuir los inconvenientes en tiempos, etc.

- **OBSERVACIONES**

NUM.	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIONES
1	Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.3 / 9.1	Se hace necesario socializar el alcance que tiene el Sistema de Gestión de Calidad tanto en el proceso como en la empresa.
2	Norma ISO 9001:2015 Numeral 6.3 / 7.4	De acuerdo con los comentarios por parte del funcionario a cargo del Mercurio, se evidencio que, aunque este se encuentra al día, existen falencias en la recepción de los mismos toda vez que estos llegan vencidos a la dirección.
3	Norma ISO 9001:2015 Numeral 10	Revisado el Plan de Mejoramiento de la vigencia 2017 de la Auditoría realizada por la Contraloría en el año 2016, se evidencia que no existe un avance significativo para los hallazgos número 14. Pasivos Estimados y número 17. Políticas Contables. En relación con lo anterior se estableció por parte del Contador que: En cuanto a las políticas contables ya se tiene establecidas sin embargo se deben pasar para aprobación ante la Junta Directiva. Por otro lado, en relación con los Pasivos Estimados, para el próximo cierre financiero se dejará evidencia en las revelaciones o notas en los estados financieros ya que no se manejan contablemente cuentas de orden de acuerdo a la Norma Internacional.

- **NO CONFORMIDADES**

En la presente auditoría el proceso no presento No Conformidades.

RECOMENDACIONES

1. Los reportes de los indicadores se hagan oportunamente dentro los primeros 15 días de cada mes.
2. Se debe aclarar con Gestión Documental que formato se utiliza para transferir los documentos al archivo, ya que en el procedimiento "SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE RECURSOS (CDR) Y SALDO CDR" se menciona el formato GRFI-F242 transferencia documental, pero el archivo solita diligenciar el formato GRFI-F294 Formato Único de Inventario Documental (FUID).

3. Teniendo en cuenta la observación numero 3 (Norma ISO 9001:2015 Numeral 10), se recomienda replantear actividades o reprogramar el Plan de Mejoramiento para dar cumplimiento al mismo.

CONCLUSIONES

1. El proceso ha evolucionado positivamente, ya que se ha reducido el tiempo de pago de cuentas de cobro o facturas del Consorcio FIA.
2. La dueña del proceso conoce los procedimientos e identifica que debilidades se generan dentro del mismo, para así convertirlos en fortalezas.
3. Aunque se tiene establecidos tiempos para realizar los pagos, en ocasiones estos tiempos se incrementan por motivos externos a la Empresa.

6. AUDITORIA GESTIÓN DE NUEVOS NEGOCIOS

EQUIPO AUDITOR	PROCESO AUDITADO	AUDITADOS
Myriam López Morales (Auditor Líder) Víctor Sanabria Castillo (Auditor Observador)	Estructuración de Nuevos Negocios	-Jenny Rodriguez -Jonnathan González

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría fue atendida por la directora del Proceso, se evidencia el liderazgo y compromiso, teniendo en cuenta que asume la responsabilidad y obligación de rendir informe del estado de implementación del sistema de gestión de calidad al interior de su proceso.

El proceso tiene actualizada la matriz FODA, se identifican debilidades como:

1. No hay proceso establecido y adecuado para la formalización de un nuevo negocio.
2. No cuenta con un asesor jurídico para el área.
3. Falta de documentación de la experiencia de empresas publicas la cual es necesaria y se necesita consolidar para poder darla a conocer en los negocios.

4. La información de la empresa no está integrada en bases de datos, demorando los procesos de recolección de la misma para certificar la experimenta por parte de empresas publicas
5. Falta la integración comercial de nuevos negocios con las demás áreas
6. Todo se maneja a nivel interno, evitando hacer salidas de campo para la identificación y consolidación de los negocios

Dentro de las partes interesadas que son pertinentes al proceso tiene identificadas las siguientes: Alcaldías, Prestadores de Servicios Públicos, el Estado Colombiano, la Junta Directiva, Comité Directivo del PDA, Los Ciudadanos, a las que se les tiene descritas sus respectivas necesidades y expectativas que el proceso puede satisfacer.

La caracterización del proceso se encuentra actualizada en la plantilla establecida y determina: objeto, alcance, responsable, políticas e operación, entradas actividades, salidas, recursos, información documentada, requisitos aplicables, riesgos, controles e indicadores.

Se cuenta con la matriz de riesgos de gestión y oportunidades de la vigencia 2018, identificada y valorada.

El proceso cuenta con una persona de apoyo en lo que respecta al manejo de Mercurio y se evidenció que no se encontraban Peticiones, Quejas, Recursos, Sugerencias y Demandas pendientes por responder

- **OPORTUNIDADES DE MEJORA**:

1. El proceso tiene identificada la Matriz Comprensión de la Organización y de su Contexto y la Matriz Partes Interesadas, al momento de la verificación de los documentos el dueño del proceso desconocía donde se encontraba publicada.
2. Se revisó el contrato suscrito con la policía, donde se solicitó los informes que allegaron los profesionales que han ejecutado los estudios y diseños. Se evidenció que si los tienen y se recomendó crear una carpeta en la NAS para los mismos. Para una fácil consulta.

- **OBSERVACIONES**

En la presente auditoría el proceso no presento Observaciones.

- **NO CONFORMIDADES**

En la presente auditoría el proceso no presento No Conformidades.

RECOMENDACIONES

Socializar la medición del indicador al interior de la Dirección para que conozcan las metas y el estado de cumplimiento.

CONCLUSIONES

El Proceso mantiene implementado el Sistema Integrado de Gestión de la Empresa y el dueño del proceso mantiene el compromiso con el sistema.

7. AUDITORIA SERVICIO AL CLIENTE

EQUIPO AUDITOR	PROCESO AUDITADO	AUDITADOS
LIDER: JAIRO VELASCO OBSERVADOR: MARISOL ALVARADO	DIRECCIÓN DE SERVICIO AL CLIENTE.	1. Dr. Guillermo Rincón 2. Jhon Pineda 3. Michelle calderón 4. Misael Montenegro 5. Paola Bustos 6. Sindy Aldana

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

- **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**
- **OBSERVACIONES**

NUM	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIONES
1	Norma ISO 9001:2015 Numeral 4.1 Comprensión de la Organización y de su contexto	NO existe **PCN**, Plan de Continuidad de Negocio, porque se comparten archivos con la subgerencia técnica y nunca se sabe de un eventual suceso. Se debe evaluar el tema con la Alta Gerencia, en caso de un desastre natural.
2	Norma ISO 9001:2015 Numeral 4.2 Comprensión de las necesidades y	Se evidencia la NO trazabilidad con Tablas de Retención Documental. Carpetas de planes de acción y demás.

	expectativas de las partes interesadas.	
3	Norma ISO 9001:2015 Numeral 6.1 Acciones para abordar Riesgos y oportunidades	Se recomienda hacer una retroalimentación del sistema de calidad; a algunos colaboradores del proceso, con el fin de estar preparados a la auditoría externa
4	Norma ISO 9001:2015 Numeral 8.6 Liberación de los Productos y Servicios	Se verificó procedimiento SAC-Pc062 "Apoyo para eventos informativos"; igualmente se verificó carpeta formato 129 "Solicitud de servicios para apoyo en eventos informativos" La Gerencia NO tramita ningún formato; en caso de salida con el Gobernador. Se recomienda dejar evidencia del acompañamiento al gobernador, diligenciando el formato 129.

- NO CONFORMIDADES: **NA**

RECOMENDACIONES

4. Solicitar a cada dependencia ser autónomo con el NASS de cada proceso llevando trazabilidad.
5. Solicitar de carácter perentorio, el trámite de las carpetas relacionadas a la gestión documental de la entidad.
6. Se recomienda dejar evidencia del formato 129 "Solicitud de servicios para apoyo en eventos informativos", según procedimiento SAC-Pc062 "Apoyo para eventos informativos"; en eventos de acompañamiento con el señor Gobernador, Gerente General.

CONCLUSIONES

Consideramos que se debe realizar plan choque para estar al día en la actualización el tema Tablas de Retención Documental.

8. AUDITORIA GESTIÓN CONTRACTUAL

EQUIPO AUDITOR	PROCESO AUDITADO	AUDITADOS
Marco Antonio Umbarila (Líder de Auditoria) Stella García Layton (Observador)	Gestión contractual	Yenny Samaca (Profesional sénior dirección contractual) Marcela Rodríguez (Apoyo a la gestión)

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Para la realización de la auditoría se contó con las profesionales Yenny Samaca, Marcela Rodríguez, Profesionales auditadas. Sin embargo, el director de Gestión contractual no atendió la auditoría interna. No se evidencia el compromiso del dueño del proceso, ya que delega la responsabilidad y obligación de rendir estado de implementación del sistema de gestión de calidad al interior de su proceso.
Sin embargo, cabe resaltar que las profesionales auditas atendieron la auditoria interna de una manera eficaz aportando la información que se les iba solicitando, se evidencio compromiso y apropiación del sistema de gestión por parte de las profesionales, mostrando una excelente actitud frente a la auditoria. Se evidencia que tienen conocimiento del objetivo y alcance de su proceso, identifican cuales son los procesos que se encuentran certificados, describen la interacción de su proceso con los demás. Conoce la política de calidad, los objetivos de calidad y como desde su proceso aporta al cumplimiento de la política y el seguimiento que realizan dentro de la dirección.

El proceso de gestión contractual tiene actualizada la matriz FODA, se identifica como debilidad: Ampliar espacios de capacitación al personal en los cambios de la normatividad, la cual están realizando planes de choque según se evidencia actas en Acta de reunión realizada el 19 de enero de 2018 en el formato EPC-SIGC-FT-6, Objeto de la reunión, Análisis ley 1882 de 2018. 2. Acta de capacitación realizada el 18 de abril de 2018 donde se socializo el manual de contratación, manual de supervisión e interventoría y donde se contó con la asistencia del Dir. Operativa, interventoría y estructuración y el área técnica de la empresa 3. Acta de reunión realizada el 02 de abril de 2018, Objeto de la reunión, comité de contratación.

Dentro de las partes interesadas del proceso de gestión contractual tienen identificadas las siguientes: Alcaldías, Gobernación de Cundinamarca, Prestadores de Servicios Públicos, el Estado Colombiano, la Junta Directiva, Comité Directivo del PDA, Los Ciudadanos, Contratistas y Proveedores, Veedurías, Colaborados y Comunidad Educativa a las que se les tiene descritas sus respectivas necesidades y expectativas que el proceso puede satisfacer.

La caracterización del proceso se encuentra actualizada en la plantilla establecida y determina: objeto, alcance, responsable, políticas, operación, entradas actividades, salidas, recursos, información documentada, requisitos aplicables, riesgos, controles e indicadores.

Se hizo revisión de documentos y registros del SIG y se observó la realización de las actividades de control y seguimiento, así mismo, se evidenciaron aspectos positivos en cada uno de los procesos contractuales, aspectos por mejorar en requisitos específicos de la Norma Técnica ISO 9001:2015.

La dirección de gestión contractual convoco para el día 25 de Julio una capacitación en temas relacionados con el SIG: Matrices de riesgos de corrupción y de gestión, Procedimiento para crear, eliminar o modificar un documento para que fueran subsanadas las observaciones a continuación mencionadas.

- **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

  - Se observa que el indicador presentado por la dirección mide únicamente la eficacia. Es importante realizar medición a los indicadores de eficiencia y de efectividad o adoptar el indicador de la contraloría para realizar seguimiento y toma de decisiones a partir de este, dado que el rango de medición es menor.

  - Aunque el proceso informa que no se han generado posibles salidas no conformes, se debe hacer seguimiento permanente y capacitaciones con los colaboradores para evitar posibles no conformidades futuras al proceso e identificar los cambios presentados a la información documentada de la Empresa.

- **OBSERVACIONES**

NUM.	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIONES
1	NTC- ISO 9001:2015; Numeral 6.1 Matriz administración de riesgos de gestión proceso de gestión contractual, versión 1.	La Profesional Jenny Samaca ubica en la página de internet la matriz de riesgos de gestión, sin embargo, el nombre de la matriz no corresponde a la matriz de contractual dado que el nombre es ¨Matriz administración de riesgos de gestión proceso de aseguramiento de la prestación del servicio¨.

2	NTC- ISO 9001:2015; Numeral 6.1 Matriz del mapa de riesgos corrupción del proceso de gestión contractual, versión 1. Código: EPC-SIGC-Ft-300 Fecha de diligenciamiento: enero 2018	Se evidencia que no tienen conocimiento que existen dos matrices, no diferencia entre la matriz de riesgos de gestión y la matriz de corrupción. Solamente tiene conocimiento de la matriz de riesgos de gestión. Sin embargo, se le hace la aclaración de la diferencia y se le muestra la matriz, partiendo de ella se pregunta el seguimiento de los riesgos de corrupción. Se verificaron las actividades de control de los siguientes riesgos: Riesgo No. 1: Es posible recibir o solicitar cualquier dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros para que exista direccionamiento en la contratación pública El cual presenta las siguientes consecuencias: 1. Sanciones disciplinarias, fiscales y/o penales. 2. Demandas a la Entidad. 3. Pérdida de credibilidad e imagen de la institución Las profesionales aportan el seguimiento de las actividades realizadas por la Dirección, donde facilitan: Acta de reunión realizada el 19 de enero de 2018 en el formato EPC-SIGC-FT-6, Objeto de la reunión, Análisis ley 1882 de 2018. 2. Acta de capacitación realizada el 18 de abril de 2018 donde se socializo el manual de contratación, manual de supervisión e interventoría y donde se contó con la asistencia del Dir. Operativa, interventoría y estructuración y el área técnica de la empresa 3. Acta de reunión realizada el 02 de abril de 2018, Objeto de la reunión, comité de contratación. Al verificar los registros se concluye que se están llevando a cabo las actividades de control estipuladas en las matrices. Sin embargo (no están rotuladas), no se archiva en orden cronológico y no se hace la debida foliación. Incumplimiento la Ley General de Archivo, Ley 594 de 2000.

3	Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.5 Instructivo creación modificación o eliminación de la información documentada versión 0. Código: PDE-I015 Fecha: 13/03/2018 Formulario solicitud de creación o modificación de documentos.	La profesional Jenny Samaca indica que el procedimiento para crear, eliminar o modificar un documento lo realizan a través de la dirección de planeación vía correo electrónico y lo realiza el director de la dirección de contractual. Se evidencia que no tienen conocimiento que existe un instructivo y un formulario de solicitud de creación o modificación de documentos que se encuentra en la página de EPC. Informan que la dirección de planeación realizo la actualización de formatos y procedimiento de la dirección contractual vía correo electrónico y nunca se diligencio dicho formulario de solicitud de creación o modificación de documentos.
4	Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.5 Tablas de retención documental versión 0. Código: GRFI – F362 Fecha: 18/05/2018	La profesional Jenny Samaca y el contratista Yeisson Gil suministran las TRD, se evidencia que están realizando la trasferencia documental al archivo. Se solicita la carpeta como evidencia, sin embargo, se verifico los FUID realizados durante el mes de junio de 2018 de los profesionales de la dirección de Gestión contractual donde se encontró TRD de convenios interadministrativos con una serie que no corresponde. Se encontró series 201-6.2 y 201.1-16.2 las cuales no corresponde con el código 201-16.2 que corresponde a convenios interadministrativos se recomienda realizar capacitación a los funcionarios y contratista de la dirección en TRD, ¨códigos, series y subseries¨.

* OB: planeación	Norma ISO 9001:2015 Numeral 9.1 OB: planeación	Se revisa el cumplimiento de la medición del indicador de eficacia en la atención de solicitudes de contratación, sin embargo, se evidencia que en la página de EPC se encuentra publicada la medición del indicador hasta el mes de agosto de 2017. Se solicita el motivo por el cual el indicador se encuentra desactualizado en la página. El ing. Manuel Darío facilita pantallazo de correo electrónico enviado al correo del Dr. Manuel Sandoval y la Ing. Sandra Ruiz con copia a la Dra. Nubia Ostos; con la información de la medición del indicador hasta enero de 2018. Sin embargo, no se realizó la actualización del indicador en la página de EPC.

- **NO CONFORMIDADES**

NUM.	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDADES
	Norma ISO 9001:2015 Numeral 9.1 NC: Contractual	Se revisa el cumplimiento de la medición del indicador de eficacia en la atención de solicitudes de contratación, sin embargo, se evidencia que en la página de EPC se encuentra publicada la medición del indicador hasta el mes de agosto de 2017. Se solicita el motivo por el cual el indicador se encuentra desactualizado en la página. El ing. Manuel Darío facilita pantallazo de correo electrónico enviado al correo del Dr. Manuel Sandoval y la Ing. Sandra Ruiz con copia a la Dra. Nubia Ostos; con la información de la medición del indicador hasta enero de 2018. Sin embargo, no se realizó la actualización del indicador en la página de EPC. **Observación:** Se deja como no conformidad, lo anterior dado que en la auditoria interna del año 2017 se dejó como NC y se encuentra nuevamente a la fecha desactualizado el indicador de eficacia en la atención de solicitudes de contratación.

RECOMENDACIONES

1. Socializar los indicadores de gestión con el equipo de trabajo para que conozcan las metas y el estado de cumplimiento de estas.

2. Diseñar estrategias para el seguimiento a los temas tratados en los comités de contratación garantizando la efectividad de los mismos y las acciones a desarrollar.

3. Fortalecer el seguimiento de la eficacia por medio del indicador, primero como practica de autocontrol y segundo a nivel estratégico para asegurar la mejora continua del sistema de gestión.

4. Fortalecer el conocimiento sobre las Tablas de retención documental (TDR), los códigos, series, subseries y tipos documentales para la dirección de gestión contractual y el archivo general de EPC. Dado que se encontraron FUID mal diligenciados y recibidos por archivo.

5. Se recomienda que la Dirección de planeación o el líder de auditoría de la dirección de gestión contractual realice capacitación a los profesionales en las matrices de riesgos de gestión, corrupción y el procedimiento para realizar crear, eliminar o modificar un documento.

6. Se recomienda imprimir el pantallazo de la publicación en el SECOP en todos los contratos y convenios celebrados o actualizar el procedimiento GC-Pc051 Elaboración y Legalización de Contratos, lo anterior dado que en el procedimiento indica que debe reposar en la carpeta la evidencia de la publicación.

7. Compartir la minuta del contrato junto con la delegación de supervisión con la persona a la que se delegó la supervisión del contrato.

8. Se recomienda que la Dirección de planeación o el líder de auditoría de la dirección de gestión contractual realice capacitación a los profesionales en las matrices de riesgos de gestión, corrupción y el procedimiento para realizar crear, eliminar o modificar un documento.

9. Como recomendación que la Dirección de planeación realice una revisión detallada de los formatos, procedimientos y demás documentos del SIG para evitar hallazgos en la auditoría externa.

CONCLUSIONES

1. Una vez evaluado el Proceso de Gestión Contractual y verificadas las evidencias respectivas se concluye que el Proceso mantiene implementado el Sistema Integrado de Gestión de la Empresa.

2. Igualmente, con los resultados de la auditoría se demuestra la capacidad de la entidad de implementar acciones tendientes a la mejora continua y que redundan en la satisfacción del cliente.

3. El rango de medición del indicador de eficacia es amplio y no demuestra la realidad del estado del proceso, tampoco se identifican las acciones preventivas para mejorar el proceso.

9. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN

EQUIPO AUDITOR	PROCESO AUDITADO	AUDITADOS
JUAN PABLO OSPINA (AUDITOR) CESAR MONTOYA (OBSERVADOR)	Gestión de Recursos Físicos y Tecnologías de la Información	Líder de Proceso y colaboradores de acuerdo a la lista de asistencia

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

- **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

✓ Teniendo en cuenta que no existe un procedimiento o plan para asegurar el uso de los sistemas de información por parte de todos los colaboradores de la empresa, se recomienda crear uno.

✓ Es importante realizar seguimiento al proceso por medio de indicadores que controlen el funcionamiento de los sistemas de información, como por ejemplo el número de incidentes presentados en los sistemas de información, los mantenimientos, número de quejas presentadas con los equipos de cómputo.

- **OBSERVACIONES**

NUM.	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIONES
1	Norma ISO 9001:2015 Numeral 4.4.1, 4.4.2, 7.5.1, 7.5.3	Revisada la actividad 3 del procedimiento "*Control de Registros* GRFI-Pc039", no se evidencia el uso del formato GRFI-F242 (Transferencia Documental), sin embargo, si utilizan para esta actividad el formato GRFI-F294 (Formato Único de Inventario Documental (FUID)) el cual cumple la misma función.
2	Norma ISO 9001:2015 Numeral 4.4.2	Revisado el Programa Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Recursos Físicos y Tecnologías de la Información (TI) en su numeral 6 dice: "Las actividades de mantenimiento preventivo del parque automotor son realizadas cada 5.000 km, las cuales quedarán registradas en la Hoja de vida vehículos propios.", sin embargo, no se pudo evidenciar esta actividad.
3	Norma ISO 9001:2015 Numeral 4.4.2	Revisado el numeral 6 del "Programa Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Recursos Físicos y Tecnologías de la Información (TI)", se evidencia el cumplimiento del programa, sin embargo, no fue posible establecer en el formato revisado GRFI-F171 "Hoja de Vida Equipos Tecnológicos" del equipo HP serial: BCQ206CYY7 la fecha del alquiler del equipo y por lo tanto, no se sabe desde que momento le deben realizar mantenimiento.

RECOMENDACIONES

- ✓ Incluir dentro del proceso de Gestión de Recursos Físicos y Tecnologías de la Información, los sistemas de información como el sistema de proyectos Aquacun y el Sistema de Información geográfico que también hacen parte de los sistemas de información de la empresa.

- ✓ No es claro si dentro del proceso manejan la implementación, uso y mantenimiento del sistema de redes de la empresa. Si hace parte del proceso se debe incluir.

- ✓ A pesar que existen procedimientos y formatos sobre el tema documental, se debe dejar claridad en la caracterización de que esa actividad hace parte del proceso.

✓ Según el alcance de la caracterización el proceso inicia con la identificación de Recursos Físicos y Tecnologías de la Información y finaliza con la satisfacción del usuario, sin embargo, no aparece ni en las actividades, ni en las salidas el tema de la satisfacción del usuario. Debería aparecer el informe o análisis de la satisfacción del usuario.

CONCLUSIONES

Es importante que la empresa dentro de su programa de inducción – Re inducción establezca el aprendizaje y conocimiento del sistema integrado de gestión al detalle, dependiendo de las funciones a realizar de cada nuevo colaborador, de tal forma que se aseguren de su uso y aplicación.

10. DIRECCIÓN DE PLANEACION Y DIRECIONAMIENTO ESTRATEGICO

EQUIPO AUDITOR	PROCESO AUDITADO:	AUDITADOS
LIDER: JHON MILLER PINEDA ALVARADO OBSERVADOR: JOSE RAÚL PEDRAZA	DIRECCIÓN DE PLANEACION Y DIRECIONAMIENTO ESTRATEGICO.	1. Dr. Manuel Sandoval 2. Sandra Milena Ruíz 3. Juan Pablo Ospina 4. Miriam López 5. Luisa González

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

- **OBSERVACIONES**

NUM.	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIONES
Norma ISO 9001:2015 Numeral 5.2.1	Establecimiento de la política de calidad	Se observa que en la política de calidad de la empresa no se incluye el compromiso de cumplir con los requisitos aplicables (numeral C), por lo tanto, se recomienda incluir en el texto.

- **NO CONFORMIDADES:**

NUM.	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIONES
Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.4	Comunicación.	Con la información aportada por el proceso se pudo evidenciar que el encargado del manejo de la herramienta tecnológica de gestión de correspondencia "MERCURIO" cumple parcialmente con el "Procedimiento control de recepción, elaboración y envío de respuestas a PQRSD". Código: SAC-Pc078, que se encuentra consignado en el proceso de Servicio al Cliente.
Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.5	Información Documentada	Teniendo en cuenta el numeral 7.5.3.1 b "la información debe estar protegida adecuadamente" (transferencia documental), la dirección de planeación no evidencio la realización de transferencia documental del año en vigencia, poniendo en riesgo la información.
Norma ISO 9001:2015 Numeral 9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación.	Se evidencia que, en la intranet, no se encuentran subido el indicador del nivel de ejecución del plan de acción de los dos trimestres del 2018, incumpliendo con la medición y seguimiento establecido en el mismo indicador.

RECOMENDACIONES

7. Se observa que la página Web de la entidad no cuenta con la totalidad de las disposiciones técnicas establecidas por mi MIPG y por tal motivo se recomienda la contratación de un profesional en ingeniería de sistemas con experiencia en desarrollo y administración Web, que pueda apoyar la implementación y mejora de las herramientas tecnológicas para cumplir la normatividad MIPG.

8. Se deben Conocer y aplicar los procedimientos de respuesta de PQRSD.

9. Se debe consolidar jornadas de capacitación conjuntas para temas de interés general tanto para el personal contratado directamente por la empresa, como a los contratistas de prestación de servicios, y dentro del proceso de seguimiento al

personal contratado, el supervisor deberá garantizar cuenten con los conocimientos básicos para el manejo de los sistemas de información que les competan, de acuerdo con sus obligaciones.

CONCLUSIONES

Consideramos que se debe realizar un plan choque para subsanar la actualización de los traslados al archivo, de acuerdo con la Tablas de Retención documental del proceso;

Se deben implementar los instructivos para el correcto manejo del sistema de gestión de correspondencia "Mercurio", Códigos: GRFI-I-003, 004 y 005.

Finalmente se debe subir el indicador establecido del proceso auditado.

11. AUDITORIA GESTIÓN DE PROYECTOS

EQUIPO AUDITOR	PROCESO AUDITADO	AUDITADOS
Gilberto Acosta Vivian Andrea Ortegón Rueda	Gestión de Proyectos	Catalina Medina José Manuel Vásquez Lucy Adriana Hernández Karen Cristina Álvarez Patricia Acosta

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

- **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

✓ Identificar un indicador que mida el desempeño del proceso de acuerdo a las actividades realizadas dentro y por funcionarios de la empresa. Esto con el fin de mejorar el seguimiento a los procedimientos.

✓ Con respecto a la revisión del riesgo: "Es posible que no se cumplan las metas de proyectos viabilizados y ejecutados", no se dejan registros de las reuniones con la Subgerencia Técnica, se recomienda documentar las reuniones realizadas, ya que es de gran importancia realizar el seguimiento adecuado a los riesgos.

- **OBSERVACIONES**

NUM.	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LAS OBSERVACIONES
	Norma ISO 9001:2015 Numeral 8.5 / 8.6	De acuerdo a la revisión del procedimiento "Estructuración de Planificación Ambiental", se evidenció el contrato "Convenio SIR 010- 2017 PUEAA de Chipaque, Une y Cáqueza", en este convenio no se realizó la delegación del apoyo a la supervisión, por parte del Director de Asuntos Ambientales, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento.

RECOMENDACIONES:

✓ Organizar las carpetas de los proyectos de acuerdo al orden que se encuentra estipulado en los procedimientos, con el fin de realizar una mejor trazabilidad al proceso.

CONCLUSIONES:

✓ Es un proceso donde identifican y conocen el SIGC, la dueña del proceso conoce cada uno de los procedimientos y reconoce los documentos generados por las Direcciones que conforman el proceso.
✓ El proceso ha evolucionado positivamente, ya que se cuenta con mayor organización dentro del mismo.

12. AUDITORIA GESTIÓN HUMANA

EQUIPO AUDITOR	PROCESO AUDITADO	AUDITADOS
María Angelica Ortiz Bermúdez (Auditor Líder) Liliana Marcela Rodríguez Sarmiento (Observadora)	Gestión Humana	Dra. Marisol Alvarado Castillo Osvaldo Bernal Miguel Acosta

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Para la realización de la auditoría se contó con la Doctora Marisol Alvarado Castillo, Directora de Gestión Humana y Administrativa y los profesionales Osvaldo Bernal y

Miguel Acosta profesionales de apoyo de la dirección. Se destaca el compromiso de la Dirección de Gestión Humana con el Sistema Integrado de Gestión (SIG), ya que aportaron documentos y evidencias que permitieron verificar la implementación del sistema de gestión de calidad al interior de su proceso para cumplir con los objetivos corporativos.

Se hizo revisión de documentos y registros del SIG y se observó la realización de las actividades según procedimientos, así mismo, se evidenciaron aspectos positivos en cada uno de los procesos de gestión humana.

Tiene actualizada la matriz FODA y se evidencia que hay conocimiento del contexto interno y externo de la entidad, pero se recomienda que se tenga más claro que hay una herramienta "*Matriz comprensión de la organización y de su contexto*" implementada y publicada en dentro del SIG.

Se evidencia que hay conocimiento de las partes interesadas del proceso, pero se recomienda que haya mayor conocimiento de la herramienta utilizada "*Matriz partes interesadas"* implementada y publicada en dentro del SIG.

Se evidencia que hay conocimiento sobre el Manuel de Calidad y objetivos de calidad que aplican en su proceso.

Se evidencia que entienden el concepto de la política de calidad.

Se evidencia que hay conocimiento sobre el Manual de Calidad y hace su uso para responder sobre el objetivo de calidad el cual aplica a su proceso.

Describe la ruta donde se encuentra publicada en la página web el Indicador el cual mide el cumplimiento del objetivo de calidad y el objetivo estratégico, menciona que su próxima medición es en el mes de octubre de 2018, y la socialización del resultado de esta medición solo la hace a través de la publicación de la página web,

Para esta pregunta presentan al equipo auditor el programa de bienestar GH-Pg-003 y presenta el anexo de este programa que es el cronograma de bienestar social 2018, donde se evidencia que se han venido realizando las diferentes actividades programadas al personal de la entidad. Presenta como evidencia un formato en el cual se encuentra realizando mejoras para determinar el clima laboral, la cual será implementada en el proceso. En el tema de recursos físicos se realiza una encuesta en la cual se mide el nivel de satisfacción en cuanto a los recursos físicos y de tecnología informática suministrada por la entidad. También comenta sobre la obtención de nuevas oficinas y espacios de trabajo para el bienestar de los empleados. En general se evidencia el cumplimiento del numeral 7.1.4 de la norma.

Se suministra como evidencia el cronograma de capacitaciones 2018 y la carpeta del programa de capacitaciones 2018 donde se evidencia el cumplimiento del cronograma de las actividades según solicitud y necesidades de los directores y empleados de la entidad y se muestra evidencia del formato GH-F-141 evaluación sesión de capacitaciones de José Manuel Vásquez, lo cual evidencia la asistencia y calificación de la capacitación según procedimiento

Se evidencia el conocimiento del procedimiento y la metodología del manejo de las comunicaciones internas y externas de la entidad, como evidencia presenta la página web el Instructivo para Generar respuesta a documentos recibidos en el sistema de Gestión Documental GRFI-I003 - Instructivo Radicación de documentos Internos en el sistema de Gestión Documental - GRFI-I004 - Instructivo para radicación de documentos Externo en el sistema de Gestión Documental - GRFI-I005.

Se revisa dentro del proceso el cumplimiento del procedimiento GH-Pc-074 tramite incapacidad y licencias de maternidad donde se evidencia que se encuentra en concordancia con las actividades propuestas, pero se recomienda cumplir con la radicación en recepción por parte de los funcionarios al entregar la incapacidad. La evidencia que presentan es la incapacidad y los documentos del director de estructuración de proyectos Ing. José Manuel Vásquez.

Se reviso el cumplimiento del procedimiento de caja menor donde se evidencia el cumplimiento de cada una de las actividades.

También se revisó el procedimiento de autorización de viajes y pago de viatico / gastos de desplazamiento, con el señor Miguel Acosta, se evidencia el cumplimiento de las actividades donde se revisó una salida de la Ing. Paola Aragón, profesional de Apoyo de la Dirección de Estructuración de Proyectos, donde efectivamente se verifica el cumplimiento de cada uno de los pasos según procedimiento, pero se recomienda indicar en el procedimiento que debe tener en cuenta las decisiones empresariales No. 081-2014 y 002-2017, donde se encuentra de manera más detallada el protocolo para viáticos. También se requiere hacer una articulación de viáticos con el tema de transporte y la distribución de recursos por dirección. Se recomienda el tema de archivo y que se informe desde el inicio del procedimiento la programación inicial de viáticos con la proyección de gastos de desplazamiento tanto el auxiliar administrativo de gestión humana como al profesional de la secretaria de asuntos corporativos quien son los que programan los vehículos y realizan los viáticos de los ingenieros y conductores, para que haya una mejor articulación entre las partes.

En el proceso se indaga sobre las acciones correctivas o no conformidades abiertas a la fecha, teniendo como respuesta que este proceso no tiene acciones pendientes.

No se han identificado acciones correctivas o no conformidades generadas por la medición del indicador porque en su último resultado es de 4.55 lo cual es satisfactorio en relación a la brecha establecida en 3.6.

- **OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

El proceso auditado no ha generado posibles salidas no conformes, pero recomienda realizar un seguimiento permanente para evitar posibles no conformidades futuras al proceso.

- **OBSERVACIONES**

NUM.	CRITERIO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIONES
1		La Dra. Marisol Alvarado informa algunos riesgos de su proceso y presenta una carpeta de la funcionaria con el fin de evidenciar que se están implementando métodos para minimizar el riesgo que tiene que ver con las hojas de vida y contratar a personas que no cumplen con los requisitos exigidos para ocupar el cargo. Se evidencia que es un método para disminuir el riesgo, pero la matriz que muestra en la publicación de la página no determina este riesgo y no se encuentra debidamente actualizada Y publicada en la página para el 2018. También se evidencia que en la matriz publicada del 2017 no se encuentran los la periodicidad con la cual debería hacer cada uno de los controles según los riesgos, Comenta que se está trabajando en la actualización de la matriz.
2	Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.1.2	Se revisa el procedimiento de selección y vinculación de personal GH-Pc030, la Dra. Marisol entrega como evidencia del cumplimiento de dicho procedimiento la carpeta de la hoja de vida de la Ingeniera Lucy Adriana Hernández, donde se evidencia que se cumplen cada una de las actividades, aunque se recomienda hacer modificaciones en el procedimiento, uno en la actividad 3 "Buscar hojas de vida" debe definirse en las observaciones que se debe tener en cuenta al personal vinculado a la entidad para realizar puede ser un ascenso o una vinculación directa con la entidad, el segundo es en las actividades 5 y 6 "Realizar entrevista

		con Gestión Humana y Jefe Directo" se debe dejar alguna evidencia de esta tarea sea una certificación, documento o formato que se pueda incluir para evidenciar que se realizó la tarea indicada. También se recomienda que el formato "Hoja de ruta historia laboral" sea actualizado a la nomenclatura del SIG norma 9001:2015, y se incluya dentro del procedimiento.
3	Norma ISO 9001:2015 Numeral 8.1	Se revisan las actividades del planear en la caracterización, donde se solicita la actividad de actualizar el programa de evaluación del personal, la Dra. Marisol presenta desde la página web los GH-I002 Instructivo Elaboración Acuerdos de Gestión y GH-I007 Instructivo Evaluación Competencias Personal de Planta debidamente actualizado, se revisa el trámite de la evaluación de los empleados donde se evidencia que se cumple a cabalidad la evaluación, pero en la revisión realizada a los acuerdos de gestión se evidencia que a la fecha no se han realizado la totalidad de la firma de los acuerdos y por tanto tampoco el seguimiento y evaluación de cada trimestre por lo tanto no se esta cumpliendo con la obligación de las evaluaciones pactadas según instructivo, pero además no se tiene definido quien es el responsable de este procedimiento, por lo cual se recomienda que se haga una revisión exhaustiva del proceso y se determine si es Gestión Humana quien debe quedar a cargo de esta actividad o sea la Dirección de Planeación por ser quien maneje todo el tema de las metas del plan de desarrollo y metas internas.

- **NO CONFORMIDADES**

En la presente auditoría el proceso no presento No Conformidades.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que se busque el espacio para comunicar el resultado de la evaluación a los directivos de la entidad. Se evidencia el conocimiento de la

metodología para medir, analizar y evaluar el indicador de gestión dentro del proceso de gestión humana en el SIG.

Se recomienda el tema de archivo y que se informe desde el inicio del procedimiento la programación inicial de viáticos con la proyección de gastos de desplazamiento tanto el auxiliar administrativo de gestión humana como al profesional de la secretaria de asuntos corporativos quien son los que programan los vehículos y realizan los viáticos de los ingenieros y conductores, para que haya una mejor articulación entre las partes.

Se recomienda cumplir con la radicación en la recepción por parte de los funcionarios al entregar la incapacidad.

CONCLUSIONES

2. Proceso mantiene implementado el Sistema Integrado de Gestión de la Empresa y el dueño del proceso mantiene el compromiso con el sistema.

Anexo 17 Procedimiento SYC-Pc065 Evaluación y Seguimiento de control interno

EMPRESAS PUBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A. E.S.P.	**PROCEDIMIENTO** **EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO**	**Código: SYC-Pc065** **Versión: 4** **Fecha: 19/06/2018**

Objetivo	Alcance	Área o dependencia responsable	Generalidades, observaciones o políticas.
Establecer el procedimiento para la realización de la evaluación y seguimiento que permitan subsanar hallazgos para el mejoramiento continuo de la gestión empresarial.	Inicia con el establecimiento del plan de evaluación y seguimiento y termina con la elaboración de los informes para la Direccion General.	DIRECTOR DE CONTROL INTERNO	El plan de evaluación y seguimiento esta establecido dentro del proceso de Seguimineto y Control • Planificar y ejecutar el plan de evaluación y seguimiento que permitan subsanar hallazgos para el mejoramiento continuo de la gestión empresarial. • Realiza los seguimientos a los planes de mejoramiento y elabora los informes para los organismos de control y atiende las solicitudes de los mismos. • Elabora y socializa internamente los informes de auditoría y verifica que se cumpla con los planes y proyectos del Sistema Integrado de Gestión. • Identifica, analiza y valora los riesgos de la Empresa y presta asesoría en la formulación de planes de acción para su prevención, mitigación o transferencia.

Ítem	Descripción (Actividad y/o Tarea)	Cargo responsable	Formatos y/o registros	Observaciones
1	INICIO Elaborar el Programa Anual Auditoría Interna de la correspondiente vigencia y lo someten a aprobación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	Jefe Oficina, Profesionales de la Oficina de Control Interno	Acta del Comité Institucional de Coordinación Control Interno. Programa Anual de Auditorías Internas	"Programa Anual de Auditorías Internas" El Programa Anual Auditorías Internas debe contener Objetivo General, Alcance, Criterios procesos a auditar, responsable de la gestión del programa de auditoria y fechas. - El Programa, debe procurar que el tiempo programado para efectuar las auditorias sea suficiente y este acorde con el objetivo, alcance y criterios a auditar. Punto de Control: Asegura que se identificaron y evaluaron los riesgos asociados al Programa. **Punto de Control:** Asegura que se identificaron y evaluaron los riesgos asociados al Programa.
2	Socializa a los colaboradores de la Oficina de Control Interno, el Programa Anual de Auditorías Internas	Jefe Oficina de Control Interno	N/A	En caso que el Programa Anual de Auditorías Internas requiera ajustes o modificaciones, éstos deben ser analizados, discutidos y aprobados en mesa de trabajo con los funcionarios de la Oficina de Control Interno y dichos cambios deben ser consignados en acta y comunicado a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
3	Comunica a los Auditores asignados de la Oficina de Control Interno-OCI, la realización de la auditoria.	Jefe Oficina de Control Interno	Comunicación oficial interna.	De conformidad con el Decreto 648/2017, los auditores de la OCI deben conocer y dar aplicación al Estatuto de Auditoría interna, el cual es aprobado por el Comité institucional de coordinación de Control Interno
4	Comunica a los auditados la realización de la auditoría y solicita la Carta de Representación al auditado.	Jefe Oficina de Control Interno	Comunicación Oficial Interna. Carta de Representación	Con la comunicación oficial interna al auditado, se debe solicitar la Carta de Representación en cumplimiento del Decreto 648/2017, Artículo 2.2.21.4.8. Una vez recibida la Comunicación Oficial Interna, el auditado deberá enviar a la Oficina de Control Interno la Carta de Representación.
5	De acuerdo al Plan de Auditoría define la metodología, alcance, objetivos ytiempo necesarios para su realización en cada fase de la auditoría. Y remite el Plan de Auditoría al Jefe de la Oficina de Control Interno, para revisión y aprobación	Profesional de la Oficina de Control Interno	N/A	"Plan de Auditoria" Para la Evaluación Anual del Sistema de Control Interno se debe aplicar el plan de auditoría a partir de los lineamientos impartidos por los organismos competentes.
6	Diseña los papeles de trabajo, éstos pueden incluir: listas de verificación, formularios para registrar información, tal como evidencias de apoyo, hallazgos de auditoría y registros de las reuniones.	Profesional de la Oficina de Control Interno	N/A	Los papeles de trabajo sirven de guía para determinar si las prácticas reales concuerdan con los procedimientos y requisitos establecidos, éstos se diligencian durante el desarrollo de la auditoria, en ellos se pueden registrar los hallazgos y conclusiones, obtenidos de las pruebas y verificaciones realizadas.

	PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Código: SYC-Pc065
		Versión: 4
		Fecha: 19/06/2018

Objetivo	Alcance	Área o dependencia responsable	Generalidades, observaciones o políticas.
Establecer el procedimiento para la realización de la evaluación y seguimiento que permitan subsanar hallazgos para el mejoramiento continuo de la gestión empresarial.	Inicia con el establecimiento del plan de evaluación y seguimiento y termina con la elaboración de los informes para la Direccion General.	DIRECTOR DE CONTROL INTERNO	El plan de evaluación y seguimiento esta establecido dentro del proceso de Seguimineto y Control • Planificar y ejecutar el plan de evaluación y seguimiento que permitan subsanar hallazgos para el mejoramiento continuo de la gestión empresarial. • Realiza los seguimientos a los planes de mejoramiento y elabora los informes para los organismos de control y atiende las solicitudes de los mismos. • Elabora y socializa internamente los informes de auditoría y verifica que se cumpla con los planes y proyectos del Sistema Integrado de Gestión. • Identifica, analiza y valora los riesgos de la Empresa y presta asesoría en la formulación de planes de acción para su prevención, mitigación o transferencia.

7	Ejecuta el Plan de Auditoría diligenciando los papeles de trabajo en la dependencia asignada.	Profesional de la Oficina de Control Interno	Papeles de trabajo	En el desempeño de la auditoria, el actuar del auditor estará enmarcado en los postulados del código de ética del auditor interno. Este documento debe ser aprobado por el Comité institucional de coordinación de Control Interno, bajo los parámetros establecidos en el Decreto 648/2017. Durante el transcurso de la auditoria se deben dar a conocer a los auditados, las situaciones que podrían configurarse como hallazgos, a fin de que sean subsanadas; en los casos en que sea posible, las actuaciones realizadas deben quedar plasmadas en el informe, para evidenciar las falencias corregidas. De requerirse, el auditor puede solicitar copia de documentos y/o registros que soporten los hallazgos evidenciados durante la auditoria.
8	Elabora Informe preliminar y lo presenta al Jefe de la Oficina de Control Interno para su revisión y aprobación.	Profesional de la Oficina de Control Interno	N/A	"Modelo de informe de auditoría". Los hallazgos que incluya el informe, deben estar soportados en evidencias objetivas, debe redactarse libre de ambigüedades y describiendo el incumplimiento de la norma o procedimiento
9	Revisa, aprueba y remite vía correo institucional, el informe preliminar al auditado y áreas interesadas.	Jefe Oficina de Control Interno	Informe Preliminar	**Punto de control:** Verifica que el informe se ajuste a lo establecido en el plan de auditoria y que los hallazgos relacionados se encuentren debidamente argumentados. Igualmente, verifica el envío del informe mediante radicado o por correo institucional.
10	Recibe el Informe Preliminar, realizando o no objeciones al mismo y lo remite a la OCI dentro de los términos establecidos. En caso de no desvirtuar los hallazgos al informe preliminar, el mismo queda como informe final de auditoria.	Subgerentes, Secretario de Asuntos Corporativos, Directores, (Responsables de Procesos)	Comunicación Oficial Interna de la dependencia auditada.	Una vez emitido el informe final, no proceden explicaciones **Punto de control:** El auditado tiene hasta cinco (5) días hábiles después de recibido el informe preliminar para presentar vía correo las objeciones al informe.
11	Analiza las objeciones presentadas, sustentando cada una de ellas y ajusta el informe de auditoría. En evento de aceptar una o varias de las objeciones, se debe dejar constancia en el numeral correspondiente del informe definitivo	Jefe Oficina, Profesional de la Oficina de Control Interno	N/A	La Oficina de Control Interno dispone de hasta tres (3) días hábiles después de recibidas las objeciones, para dar respuestas a las mismas, las cuales se reflejan en el informe final. **Punto de control:** Verifica que la Comunicación Oficial Interna de respuesta a las objeciones presentadas por el auditado se ajuste a lo requerido y que el informe final se encuentre acorde a lo referenciado en la Comunicación Oficial Interna.
12	Entrega el informe definitivo al Jefe de Oficina de Control Interno, en un término no mayor a tres (3) días hábiles	Profesional de la Oficina de Control Interno	N/A	
13	Revisa, aprueba el informe definitivo.	Jefe Oficina de Control Interno	Informe finalde auditoría	**Punto de control:** Verifica la coherencia de la respuesta a las objeciones y su incorporación al informe se ajuste a lo establecido en el plan de auditoría.

	PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Código: SYC-Pc065 Versión: 4 Fecha: 19/06/2018

Objetivo	Alcance	Área o dependencia responsable	Generalidades, observaciones o políticas.
Establecer el procedimiento para la realización de la evaluación y seguimiento que permitan subsanar hallazgos para el mejoramiento continuo de la gestión empresarial.	Inicia con el establecimiento del plan de evaluación y seguimiento y termina con la elaboración de los informes para la Direccion General.	DIRECTOR DE CONTROL INTERNO	El plan de evaluación y seguimiento esta establecido dentro del proceso de Seguimineto y Control • Planificar y ejecutar el plan de evaluación y seguimiento que permitan subsanar hallazgos para el mejoramiento continuo de la gestión empresarial. • Realiza los seguimientos a los planes de mejoramiento y elabora los informes para los organismos de control y atiende las solicitudes de los mismos. • Elabora y socializa internamente los informes de auditoría y verifica que se cumpla con los planes y proyectos del Sistema Integrado de Gestión. • Identifica, analiza y valora los riesgos de la Empresa y presta asesoría en la formulación de planes de acción para su prevención, mitigación o transferencia.

14	Comunica el Informe Definitivo al auditado y demás dependencias interesadas vía correo señalándole la obligación de inclusión de los hallazgos en el Plan de Mejoramiento y el deber de remitirlo a la Oficina de Control Interno dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la comunicación del informe	Jefe Oficina de Control Interno	Comunicación Oficial Interna o Correo Instituciona	Se activa el Procedimiento de Plan de Mejoramiento. Anexo No. 1. Las recomendaciones presentadas en el Informe Definitivo, pueden con base en el análisis que La Dependencia o Proceso auditado efectúe, convertirse en Oportunidades de Mejora, a las cuales se les debe definir la (s) acción(es) de mejora respectiva (s). El Análisis y valoración de la respuesta al informe preliminar suministrada por parte del responsable de proceso auditado, debe ser registrada en el Informe Final
15	Organiza y verifica que los papeles de trabajo resultantes de las auditorías ejecutadas se encuentren referenciados y remite al administrador de archivo.	Profesional de la Oficina de Control Interno	Papeles de trabajo	"Guía Referenciación Papeles de Trabajo" Hará parte de los papeles de trabajo las comunicaciones oficiales internas, dirigidas tanto al equipo auditor como al auditado . El Diligenciamiento de los papeles de trabajo corresponde una actividad que se realiza en el desarrollo de la Auditoria. Los papeles de trabajo deben estar fechados, referenciados y firmados.
16	Verifica que los papeles de trabajo estén referenciados y diligenciados de conformidad con los Anexos 4 y 5. Archiva los papeles dé acuerdo con lo establecido en las tablas de retención documental (TRD). FIN	Profesional de la Oficina de Control Interno	Modelo Relación de Papeles de Trabajo	"Modelo Relación de Papeles de Trabajo" Los registros de auditoria correspondientes se entregan al Administrador del Archivo quien debe verificar que se encuentren referenciados y foliados.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO	OBSERVACIONES
0	06/08/2015	Versión Inicial	No Aplica
1	10/09/2015	Se eliminaron formatos obsoletos	No Aplica
2	11/08/2016	Cambio de Imagen Corporativa	No Aplica
3	27/09/2017	Actualización procedimiento	Se incluyó socialización informe de evaluación y seguimiento y otro.
4	19/06/2018	Reestructuración del documento inicial, con los cambios presentados en la actualización de la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015	No Aplica

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Nubia Ostos Bustos. Cargo: Director de Control Interno Firma: _____ Nombre: Myriam López Morales Cargo: Profesional de Apoyo Área: Dirección de Planeación Firma: _____	Nombre: Sandra Milena Ruiz Moncada Cargo: Coordinador de Calidad Área: Dirección de Planeación Firma: _____ Nombre: Manuel Sandoval Villamizar Cargo: Director de Planeación Firma: _____	Nombre: Nubia Ostos Bustos. Cargo: Director de Control Interno Firma: _____

Anexo 18 Procedimiento SYC-Pc003 No conformidad y acción correctiva

	PROCEDIMIENTO NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA	Código: SYC-Pc003 Versión: 8 Fecha: 24-08-2018

Objetivo	Alcance	Área o dependencia responsable	Generalidades, observaciones o políticas.
Establecer la metodología para la identificación, análisis, solución y seguimiento de la causa raíz que genera las observaciones y las no conformidades en los procesos del SIG, con el fin de iniciar acciones para eliminarlas y/o prevenir su ocurrencia.	Este procedimiento aplica a todos los procesos del SIG. Inicia con la información que evidencia el incumplimiento de requisitos y termina con la verificación de la eficacia y cierre de las observaciones y no conformidades.	DIRECTOR DE CONTROL INTERNO	1. El análisis de causas se hace a través de metodología lluvia de ideas, análisis. 2. Observación: Posible incumplimiento de un requisito. 3. No conformidad: Incumplimiento de un requisito

Ítem	Descripción (Actividad y/o Tarea)	Cargo responsable	Puntos de control	Registros y/o Documentos	Observaciones.
1	INICIO Identificar observaciones y no conformidades	Todos los colaboradores	N/A	SYC-F228 Informe de Auditorias	Las no conformidades se pueden identificar a partir del seguimiento que realiza la Dirección de Control Interno en el marco del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, la Revisión por la Dirección al Sistema Integrado de Gestión, los reportes de PQRS, la medición de la satisfacción del cliente, las auditorias internas y externas que se realicen, los riesgos identificados cuando se materializan, las necesidades de mejora interna de los procesos, la identificación de servicio no conforme reiterativo, el incumplimiento de las metas empresariales o de los indicadores de gestión, inconsistencias entre los procesos o dificultades evidenciadas por las áreas.
2	Reporte Observaciones y/o No Conformidades	Líder del proceso y equipo de trabajo	Líder del proceso	SYC-F231 Plan de Mejoramiento por Porocesos	El Líder del Proceso con su equipo de trabajo, registra la observación la no conformidad identificada, el análisis de causas efectuado mediante la metodología lluvia de ideas y determina la causa raíz en el formato SYC-F231.
3	Remision de Observaciones y/o No Conformidades a Control Interno para seguimiento.	Líder del proceso	N/A	SYC-F231 Plan de Mejoramiento por Porocesos	Las Observaciones y/o No Conformidadess son remitidas a la Dirección de Control Interno para que realice el respectivo seguimiento según los compromisos, este reporte se realiza en el formato SYC-F231
4	Implementacion de Acciónes y/o Actividades.	Líder del proceso	Acciónes y/o Actividades tomadas	SYC-F231 Plan de Mejoramiento por Porocesos PDE-F3 Matriz Tratamiento Oportunidades	Inicia Implementación de las Acciónes y/o Actividades a las no conformidades con el fin de garantizar el cumplimiento al plan de acción establecido. De presentarce una oportunidad de mejora se le dara tratamiento en el formato PDE-F367 Matriz Tratamiento Oportunidades
5	Seguimiento y Registro de Avances	Dirección de Control Interno	SYC-F231 Plan de Mejoramiento por Porocesos	SYC-F231 Plan de Mejoramiento por Porocesos	Del reporte de Reporte Observaciones y/o No Conformidades se genera el seguimiento periódico por parte de la Dirección de Control Interno y se registran los avances en el formato SYC-F231.

	PROCEDIMIENTO NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA	Código: SYC-Pc003 Versión: 8 Fecha: 24-08-2018

Objetivo	Alcance	Area o dependencia responsable	Generalidades, observaciones o políticas.
Establecer la metodología para la identificación, análisis, solución y seguimiento de la causa raíz que genera las observaciones y las no conformidades en los procesos del SIG, con el fin de iniciar acciones para eliminarlas y/o prevenir su ocurrencia.	Este procedimiento aplica a todos los procesos del SIG. Inicia con la información que evidencia el incumplimiento de requisitos y termina con la verificación de la eficacia y cierre de las observaciones y no conformidades.	DIRECTOR DE CONTROL INTERNO	1. El análisis de causas se hace a través de metodología lluvia de ideas, análisis. 2. Observación: Posible incumplimiento de un requisito. 3. No conformidad: Incumplimiento de un requisito

6	Evidenciar incumplimientos a las acciones correctivas y reporte de las mismas	Dirección de Control Interno	SYC-F231 Plan de Mejoramiento por Porcesos	SYC-F231 Plan de Mejoramiento por Porcesos	De acuerdo al seguimiento realizado, en caso de evidenciar incumplimientos debe notificar a los responsables para que se lleve a cabo las acciones pertinentes. Así mismo, verificar si los efectos de la no conformidad se volvieron a presentar para evaluar la eficacia de dicha acción.
7	Cierre acciones correctivas. FIN	Dirección de Control Interno	N/A	SYC-F231 Plan de Mejoramiento por Porcesos	Dar cierre a la acción correctiva y realizar el archivo correspondiente.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO	OBSERVACIONES
0	19/09/2011	Documentación Del Procedimiento	Versión inicial
1	13/07/2015	Se ajusta las condiciones actuales del proceso	Se ajusta el nombre de la dirección y responsables de actividades y se ajusta el comité
2	21/07/2015	Se hace necesario actualizar el procedimiento, el cual venia operando desde el año 2011 y ajustar los nombres de algunos responsables de dichos procedimientos.	Se ajusta el nombre de la dirección y responsables de actividades y se ajusta el comité
3	10/09/2015	Se ajustó el procedimiento retirando formatos obsoletos	N/A
4	14/09/2015	Se ajusto la actividad 3 en cuanto al formulario en que se deben cargar los soportes.	N/A
5	11/08/2016	Cambio de imagen corporativa	N/A
6	05/10/2016	Se ajustó el análisis de la metodología, el reporte de la no conformidad formato 231 y eliminación del formato 230, avance formato 246	N/A
7	07/05/2018	Reestructuración del documento inicial, con los cambios presentados en la actualización de la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015	N/A
8	24/08/2018	Actualización del procedimiento de acuerdo al tratamiento que se debe dar a las observaciones evidenciadas en la auditorias y la definición de la metodologia lluvia de ideas para la identificación de causa raiz.	N/A

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Diego A. Santamaría Salgado Cargo: Profesional de Apoyo Área: Dirección de Control Interno Firma: _____ Nombre: Myriam López Morales Cargo: Profesional de Apoyo Área: Dirección de Planeación Firma: _____	Nombre: Sandra Milena Ruiz Moncada Cargo: Coordinador de Calidad Área: Dirección de Planeación Firma: _____ Nombre: Manuel Sandoval Villamizar Cargo: Director de Planeación Firma: _____	Nombre: Nubia Ostos Bustos. Cargo: Director de Control Interno Firma: _____

Anexo 19 Informe Pre auditoria

Bureau Veritas Certificación

Certificación de Sistemas de Gestión

Informe de Pre-auditoría

ISO 9001:2015

Bureau Veritas Certificación

EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A E.S.P

Revisión	Comentario de los cambios	Reviso	Aprobó	Fecha
1	Se crea una herramienta de auditoria en formato Excel cosla estructura de los formatos del BMS	ATORO	ATORO	1/06/15
2	Se incorporan mejoras en interacción de los formatos y se corrigen error de la primera versión	ATORO	ATORO	1/09/15
3	Se continua mejorando los formatos en la interacción con la herramienta y se incluyen nuevas normas para ser auditadas con ICONTEC	ATORO	ATORO	1/03/16
4	Se actualiza el RFC de acuerdo a lineamiento del BMS Bureau Veritas	ATORO	ATORO	28/10/16
5	Mejora en funcionamiento de formatos	ATORO	ATORO	2/02/17
6	Mejora en funcionamiento de formatos	ATORO	ATORO	14/04/17
7	Se actualiza formato de NC, programa de auditoria, mejoras en la herramienta.	ATORO	ATORO	10/07/17
8	Se incluye en la herramienta de auditoria ISO 39001:2012	ATORO	ATORO	12/03/18

Información de la Organización	
Nombre de la Organización	EMPRESAS PUBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A ESP

Dirección	Av. Calle 24 No 51-40 Piso 11					
Teléfono No.	7954480		Fax No.			
Página Web	http://www.epc.com.co/					
Contrato(s) No(s).	CS - CO - 2017 0236					
Información de Contacto						
Nombre persona contacto	Sandra Milena Ruiz		Teléfono No.	7954480		
Dirección e-mail	sandra.ruiz@epc.com.co					
Información de la Auditoría						
Norma(s)	ISO 9001:2015					Integrada
Código(s)	36					Combinada
Nº de Empleados			Nº Turnos			
Tipo de Auditoría	Pre-auditoria					
Alcance de Auditoría	Actividades de formulación, contratación, ejecución, seguimiento, supervisión e interventoría de proyectos del sector de agua potable y saneamiento básico, así como las actividades de aseguramiento en la prestación de estos servicios públicos domiciliarios.					
Fecha Inicio Auditoría fase 1 o seguimiento:			Fecha Fin Auditoría fase 1 o seguimiento:			
Fecha Inicio Auditoría fase 2:	1/08/18		Fecha Fin Auditoría fase 2:	3/08/18		
Próxima visita antes de:			Duración (días) de la próxima visita:			
Información del Auditor						
Auditor Líder:	MONICA JOHANA ARCE HERNÁNDEZ		Iniciales líder:	MA		
Auditor(es) (Miembros de Equipo)	SABRINA RAQUEL FAWCETT CONTRERAS			SF		
Especialista						
Horario de los Turnos	8:00 a 5:00		Depende de las necesidades de servicio			
Si se trata de una auditoria “multi-site”, se establece un Apéndice relacionando todos los emplazamientos relevantes y/o centros remotos establecidos y anexos al informe de auditoría.						
Distribución	Cliente / Equipo Auditor / Oficina BV Certificación					

Resumen de los hallazgos de la auditoria					
No. De No conformidades registradas:	Mayores:	1	Menores:	5	
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	Si ☒ NO	Duración de la Auditoría Extraordinaria:	NA	Dias	
Fechas reales de la auditoria extraordinaria:	Inicio:	NA	Final:	NA	
Observaciones auditoria extraordinaria:	NA				

Recomendación del equipo Líder	
Normas(s)	Recomendación
ISO 9001:2015	Sujeta a Plan de Acción Correctivo
	Sujeta a Plan de Acción Correctivo
	Sujeta a Plan de Acción Correctivo

Equipo Líder (1):	Auditor (es) Miembros del equipo		
Mónica Johana Arce H	Sabrina Raquel Fawcett	0	0
	0	0	0
	0	0	0
	0	0	0
	0	0	0

Alcance de Certificación (declaración de alcance debe ser verificada y aparecerá en el siguiente espacio) Sitio principal:					
Actividades de formulación, contratación, ejecución, seguimiento, supervisión e interventoría de proyectos del sector de agua potable y saneamiento básico, así como las actividades de aseguramiento en la prestación de estos servicios públicos domiciliarios.					
Alcance Sitio 1:	N A				
Alcance Sitio 2:	N A				
Para ISO 27001 indique declaración de aplicabilidad, numero de versión y fecha:	N A				
El documento de existencia legal concuerda con la dirección y nombre de la empresa:	☒	El objeto social tiene relación con el alcance del Sistema de Gestión.	☒		
Comentarios de la revisión del documento de existencia legal:	Se evidencia documento de cámara y comercio de Bogotá donde se encontró que el objeto social es coherente con el alcance de certificación solicitado. La dirección registrada en este documento corresponde al sitio visitado.				
Acreditación:					
Nº de Certificados requeridos:					
Idiomas:	Español				
Motivo para emitir el Certificado:					

Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina):

REEMPLAZAR TEXTO: Especificar los cambios en la Organización (alcance, número de empleados, emplazamientos, dirección, gestión, organización...). Ver coherencia con la Solicitud de Certificación

RESUMEN DE AUDITORIA

Objetivos de la auditoria:

Objetivos generales:
a) Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización, o parte de dicho sistema, con los criterios de auditoría.
b) Evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales asociados al sistema de gestión objeto de auditoria.
c) Evaluar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la organización es capaz de cumplir los objetivos especificados del sistema de gestión.
d) Identificar las áreas en las que la organización puede tener mejoras potenciales del sistema de gestión.

Objetivos de la fase 1:
a) Revisar la información documentada del sistema de gestión de la organización.
b) Evaluar las condiciones específicas del sitio e intercambiar información con el personal de la organización con el fin de determinar el estado de preparación para la etapa 2.
c) Revisar el estado de la organización y su grado de comprensión de los requisitos de la norma, en particular en lo que concierne a la identificación del desempeño clave o de aspectos, procesos, objetivos y funcionamiento significativos del sistema de gestión.
d) Recopilar la información necesaria correspondiente al alcance del sistema de gestión, que incluye:
- las ubicaciones de la organización.
- los procesos y equipos empleados.
- los niveles de controles establecidos.
- los requisitos legales y reglamentarios aplicables al sistema de gestión.
e) Revisar la asignación de recursos para la etapa 2 y acordar con la organización los detalles de ésta.
f) Proporcionar un enfoque para la planificación de la etapa 2 mediante la comprensión suficiente del sistema de gestión de la organización y de las operaciones del sitio en el contexto de la norma del sistema de gestión u otros documentos normativos.
g) Evaluar si las auditorías internas y la revisión por la dirección se planifican y realizan, y si el nivel de implementación del sistema de gestión confirma que la organización está preparada para la etapa 2.

Objetivos de la fase 2:
Evaluar la implementación, incluida la eficacia del sistema de gestión de la organización incluyendo:
a) La información y evidencia de la conformidad con todos los requisitos de la norma de sistemas de gestión aplicable u otros documentos normativos.
b) La realización de seguimiento, medición, informe y revisión con relación a los objetivos y metas de desempeño clave.
c) La capacidad del sistema de gestión de la organización y su desempeño en relación con el cumplimiento de requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables a éste.
d) El control operacional de los procesos de la organización.
e) Las auditorías internas y la revisión por la dirección.
f) La responsabilidad de la dirección en relación con las políticas de la organización.
g) Relación entre los requerimientos normativos, política, objetivos de desempeño y metas (consistente con las expectativas en la norma del sistema de gestión aplicable u otro documento normativo), cualquier requerimiento legal aplicable, responsabilidades, competencias de personal, operaciones, procedimientos, datos de rendimiento y hallazgos de auditoría interna y conclusiones.

Objetivos de la auditoría de seguimiento:
El alcance del seguimiento es asegurar el cumplimiento del sistema de gestión del cliente certificado de los requerimientos específicos con respecto a la norma. Este debe incluir:
a) Auditorías internas y revisión por la dirección.
b) Una revisión de las acciones tomadas en las no conformidades identificadas durante la auditoría previa.
c) Tratamiento de quejas.
d) Efectividad del sistema de gestión revisando el logro de los objetivos del cliente certificado
e) Progreso de actividades planeadas enfocadas al mejoramiento continuo
f) Control operacional continuo
g) Revisión de cualquier cambio, y
h) Uso de logo y/o cualquier otra referencia de la certificación.

Objetivos de la auditoría de recertificación:
El alcance de la auditoría de recertificación es evaluar el cumplimiento continuo de todos los requerimientos de la norma del sistema de gestión (u otro documento normativo relevante). El propósito de la auditoría de recertificación es confirmar la conformidad continua y efectividad del sistema de gestión como un todo y su relevancia continua y aplicabilidad para el alcance de la certificación.
Esto debe incluir lo siguiente:
a) La efectividad del sistema de gestión en su totalidad, a la luz de los cambios internos y externos y su relevancia continua y aplicabilidad al alcance de la certificación.
b) Compromiso demostrado de mantener la efectividad y mejora del sistema de gestión para maximizar el rendimiento de la organización.
c) Revisar si la operación del sistema de gestión certificado contribuye al logro de la política y objetivos de la organización.

Nº de no conformidades de la anterior auditoría:	Mayores	0	Menores	0
Nº de no conformidades cerradas:	Mayores	0	Menores	0
Nº de no conformidades abiertas de nuevo:	Mayores	NA	Menores	NA

Las conclusiones de la revisión de las NC inmediatamente anteriores son:	Se realizó auditoría interna, se cuenta con el respectivo plan de acción con responsables y fechas
Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certificación	N/A
Insumos básicos y planificación inicial: (Actividades/locaciones/procesos/funciones de la organización basados en el plan de auditoría que fue presentado y se acordó con el auditado antes de la auditoría y fueron cubiertos y enumerados en la Sección de Resumen de Auditoría (Matriz de Auditoría) del informe)	El plan de auditoría se ejecutó de acuerdo con lo planificado y aprobado durante la reunión de apertura.

Personas Claves Entrevistadas / Involucradas	
Nombre y Apellido	Departamento / Proceso
Marisol Alvarado	Directora de Gestión Humana y Administrativa
Lucia Obando	Directora de Finanzas y presupuesto
Zamir Silva	Director Jurídico / Gestión Contractual
Guillermo Rincón	Director de Servicio al cliente
José Camilo Castro	Sub-gerente Operaciones
Jenny Rodríguez	Directora de Nuevos negocios
Manuel Sandoval	Director de planeación
Ludwing Jiménez	Director de Aseguramiento

Catalina Medina	Sub-gerente de proyectos
Nubia Yanneth Ustos B	Directora de Control interno

Hallazgos de Auditoria

El equipo auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos significativos, riesgos y objetivos. La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de las actividades y revisión de documentos y registros

La Auditoría en sitio inició con una Reunión de Apertura, contando con la asistencia de altos directivos de la organización.

Los hallazgos de auditoría fueron comunicados a la Dirección de la Organización durante la Reunión de Cierre, al igual que las conclusiones finales referentes a los resultados de la auditoría y recomendaciones dadas por el equipo auditor.

Adecuación de la documentación del sistema de gestión:	En el Sistema de Gestión contempla manuales, procedimientos, instructivos, entre otros. Dentro de la documentación que apoya la planificación del Sistema de Gestión se tienen: Manual de calidad PDE-M001 V5 del 22/06/18 Caracterización del proceso AS-C015 V7 del 26/06/18 Matriz de riesgos institucionales PDE-F300 V2 04/05/18 Guía administración de riesgos PDE-G-004V3 04/05/18 Matriz de identificación de partes interesadas Matriz de comprensión de la organización y su contexto Listado maestro de documentos PDE-F001 V3 30/05/18 Matriz de objetivos e indicadores de calidad PDE-F265 V2 17/05/18
Validación de alcance y no aplicabilidad (justificación): (Para ISO 22000 tener en cuenta estudios HACCP)	Cómo parte de las metas de nuevos negocios en cuanto a estructurar plan de operación de empresas de servicios públicos domiciliarios en Cundinamarca y a nivel nacional se revisa invitación a EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A E.S.P mediante comunicado SDA-100-07-048 para contar con un socio estratégico buscando asesoría y acompañamiento en la operación y ejecución de estrategias para mejorar la eficiencia, desempeño e indicadores en la prestación del servicio. Se realiza diagnostico por solicitud del municipio de PANDI arrojando informe de análisis de la situación actual de prestadores AS-F167 V2 20/06/18 donde se evaluaron los 4 factores importantes como: Calidad, continuidad, cobertura, viabilidad financiera. Se establece la sociedad, se revisan estatutos de empresa de servicios públicos de PANDI SAS y EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A E.S.P quienes conformaron EMPANDI S.A.S con el objeto de prestar los servicios de apoyo al mejoramiento de operación de servicios públicos. Se creó junta 06/03/18 donde se define planta de personal y se el 01/07/18 se inició operación. Se evidencia plan de acción hacia el proyecto a Junio de 2018 donde se desglosan actividades trámites, inicio, fin, cumplimiento. Cómo gestor del plan departamental de aguas en Cundinamarca (PDA-CND) establecido bajo decreto departamental 180 de 2008 bajo el componente de aseguramiento de la prestación de los servicios se implementa Plan de aseguramiento FASE III adición de recursos, se aprobó en Marzo, cuenta con 3 líneas estratégicas. <u>Línea I: Fortalecimiento de la gestión operacional</u> Actividades :Se tienen planteados programas de metrología e instrumentación, optimizar procesos en planta, asistencia operacional Trazabilidad hacia el diagnóstico realizado al municipio de viotá informe de visita o taller de fortalecimiento a ajuste tarifario AS-F238 V2/ 20/06/18 Informe de análisis de la situación actual de prestadores, se entrega acta de reunión mayo 2018. <u>Línea II: Fortalecimiento de la presentación y puesta en Marcha</u> Apoyo a la dirección de estructuración en aseguramiento para definir cuánto vale mantenimiento y operación de la infraestructura. Se revisa informe de fortalecimiento de la empresa acueducto del municipio de la Vega, Cundinamarca, teniendo en cuenta la resolución 1063/16 cada vez que se va a viabilizar un proyecto, luego se hace un plan de acción para compilar indicadores. <u>Línea III: Programa Agua a la vereda</u> Programa Agua a la vereda AS-PG008 cuya finalidad es fortalecer a los acueductos. Componente técnico se realiza apoyado con FONDECUN para prestar asistencia técnica y administrativa. Se han hecho asistencia a 72 municipios (127 fortalecimientos en acueductos rurales) para ello se deben postular para hacer parte del programa. Se hizo lanzamiento con la gobernación, redes sociales, página web, se hace socialización del programa a la vereda aguablanca del municipio de la peña.

Para ISO 22000 indique que criterio tuvo en cuenta para seleccionar los proyectos a auditar:	Cantidad de proyectos	Condiciones críticas entorno	Tamaño Operación
Nivel de Integración: (En caso de una auditoria de sistemas de gestión integrado)	N/A		

Cumplimiento de los compromisos de la Política y Objetivos:	La empresa ha establecido la política del sistema de gestión de calidad, se comunica mediante boletín noticalidad, se plasma en los televisores información Relacionada con los servicios y con temas asociados al sistema de gestión de calidad, los protectores de pantalla en todos los equipos con información de calidad, inducciones, folletos preparación de auditoria. La empresa cuenta con plan estratégico 2016-2020 donde se establecen 4 objetivos estratégicos: Objetivo 1: Gestionar, gerenciar y entregar programas y proyectos que aseguren la prestación de servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo garantizando cobertura, continuidad y calidad a los cundinamarqueses. Objetivo 2: Consolidar y ampliar el portafolio de servicios , logrando posicionamiento a nivel nacional y departamental logrando sostenibilidad y crecimiento empresarial Objetivo 3: Promover una cultura de calidad, planeación, trabajo en equipo, servicio al cliente y sentido de pertenecía en todos los colaborador de la empresa, a partir de la implementación de un programa integral de gestión humana. Objetivo 4: Promover la implementación, uso integral y mejoramiento continuo de los sistemas de gestión e información empresarial por parte de los trabajadores, según su competencia. Para el cumplimiento del objetivo 1 se cuenta con asociadas al PDA y 25 metas que dan cumplimiento a los objetivos 2,3 y 4. El seguimiento a las metas del plan de desarrollo se realizan mensualmente, se presenta informe mensual a la gobernación vía web. El seguimiento a las metas propias se realiza trimestralmente, se presenta informe de avance a Gerente General. El 13 de junio de 2018 se realiza seguimiento a las metas propias y PD- Acta de reunión Código: PDE-F006 V5 del 17/04/2018 Mediante avance plan de acción EPC-SIGC-Ft-243 V2 24/01/17 se realiza seguimiento a las metas del PDA y metas propias, revisando logros, porcentaje de cumplimiento, % ejecución, actividades realizadas, principales dificultades. En caso de no ir cumplimiento las metas ser presenta plan de contingencia con plazos de realización. Se evidencia jornada de plan estratégico julio/2017 En caso de poder cumplir metas antes a lo planificado, se replantean metas para cumplir con lo del cuatreño.
Descripción de la conformidad y capacidad del sistema de gestión:	
General: (Descripción general de la Organización, de su contexto y de las acciones para abordar los riesgos y oportunidades, también debe mencionar los sitios y locaciones cubiertos en la auditoría)	Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. E.S.P., es una empresa constituida mediante escritura pública 2069 de mayo 19 de 2008, sociedad por acciones de carácter oficial, con autonomía administrativa, patrimonial y presupuestal, cuyo principal accionista es la GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA, que tiene como objeto principal prestar servicios públicos domiciliarios de acueducto, alcantarillado, aseo, energía y gas, entre otros; así como servicios públicos no domiciliarios y el desarrollo de actividades complementarias inherentes a los mismos. En concordancia con su objeto social y como Gestora del Plan Departamental para el Manejo Empresarial de los Servicios de Agua y Saneamiento PAP-PDA, impulsa estrategias que permiten avanzar con celeridad en la cobertura urbana y rural de los servicios de acueducto y saneamiento básico, así como las trasformaciones para el manejo empresarial de los mismos. Su gestión está orientada al mejoramiento de la calidad de vida de los cundinamarqueses, teniendo como referencia planes, programas y políticas del orden nacional, departamental y municipal que se encuentran en desarrollo. Como gestora del Plan Departamental de Aguas de Cundinamarca, se ha destacado y ha sido reconocida a nivel nacional, por la calidad y la eficiencia de los proyectos a su cargo. El alcance de la auditoría se verificó en la sede principal de la empresa ubicada en la dirección: Avenida Calle 24 No 51-40 Piso 11,Piso 3 y Piso 9 en Bogotá - Colombia La empresa ha identificado su contexto externo en la planeación estratégica y también ha realizado identificación por proceso mediante la matriz de comprensión de la organización y su contexto, tomando como la herramienta FODA donde se describe proceso, área, Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. Se han identificado las partes interesadas cómo : alcaldías, gobernación, prestadores de servicios públicos, estado colombiano, Junta directiva, comité directivo PDA, medios de comunicación, ciudadanos, contratistas y proveedores, veedurías ciudadanas y asociaciones, colaboradores, comunidades educativas, determinando necesidad y requisitos, cómo necesidades se han identificado cumplir el mandado constitucional y expectativas: Prestar un servicio eficiente Hacia la gobernación: Necesidad Mejorar los indicadores y prestar apoyo técnico teniendo en cuenta lo establecido en la ley 142 y expectativa: Mantener la operación de la infraestructura con recursos del dpto., operadores fortalecidos para garantizar la prestación del servicio. Hacia los prestadores: Apoyo y asesoría en los componentes técnico, financiero, administrativa, legal, comercial y expectativa Calidad, cobertura, prestadores financiera, Se cuenta con mapa de riesgos institucionales PDE-F300 V2 04/05/18 y se estableció bajo la guía administración de riesgos PDE-G-004V3 04/05/18
Planificación:	En el Sistema de Gestión contempla manuales, procedimientos, instructivos, entre otros. Dentro de la documentación que apoya la planificación del Sistema de Gestión se tienen: Manual de calidad PDE-M001 V5 del 22/06/18 Caracterización del proceso AS-C015 V7 del 26/06/18 Matriz de riesgos institucionales PDE-F300 V2 04/05/18 Guía administración de riesgos PDE-G-004V3 04/05/18 Matriz de identificación de partes interesadas Matriz de comprensión de la organización y su contexto Listado maestro de documentos PDE-F001 V3 30/05/18 Matriz de objetivos e indicadores de calidad PDE-F265 V2 17/05/18

Implementación y operación:	Durante las verificaciones aleatorias a los procesos mediante la revisión documental tanto del procesos de estratégicos como los procesos de apoyo se pudo Evidenciar que el Sistema de Gestión se encuentra implementando y operando de acuerdo con los criterios de la norma auditada. En el proceso de gestión de proyectos, las actividades se ven desglosadas así: <u>Estructuración de proyectos:</u> Se realiza visita al sitio inicialmente para verificar condiciones de topografía, se emite un presupuesto proyectado y se lleva solicitud a comité para aprobación y el personal dedicado para estructurar la solicitud, se plasma un documento para el área contractual los cuales realizan la gestión para contratar realizar estudios y diseños para la construcción del producto. Se revisa solicitud de contratación de consultoría GC-F179 V2 25/06/18 Cuyo objeto es: Adelantar el proceso de selección para contratar estudios hidrogeológicos para determinar una fuente de abastecimiento alterna para la optimización del acueducto salibarba, municipio de tabio del 16/07/18 En caso de que el proyecto no es viable se deja soporte en acta de visita. <u>I</u>nterventoría de los diseños: Una vez se cuente con el contrato de la dirección contractual en el cual se encuentran todas las especificaciones del contrato se revisa si se puede avanzar o no, se hace planificación de los estudios y diseños, se hace proceso de legalizaciones realizan requerimientos a contratistas (cronograma), se inicia ejecución del proyecto y se hace ejecución y se hace seguimiento constante al cronograma, una vez te llegan los diseños se pasan a estructuración. Se realiza evaluación al desempeño del contratista y acompañamiento social en la socialización del proyecto en presencia del contratista, autoridades locales. Una vez se tenga el diseño se alista el proyecto, cuando se tiene el proyecto listo se radica ante el mecanismo de viabilizarían (Ministerio o ventanilla departamental). Se pueden realizar ajustes y/o devoluciones por parte del área de viabilizarían. Procedimiento asociado: Estructuración de proyectos <u>I</u>nterventoría de Obra: Supervisan la interventoría de la obra. Su entrada es la carta de viabilidad, solicitud de contratación si se va por un convenio o contratación directa. Designar supervisor de interventoría y convenios para hacer seguimiento y al contrato de interventoría, al firmar las obras se pueden especificar las actas de inicio. Se realizan comités técnicos al contratista que se delegan por el municipio, al interventor, del proyecto para evaluar el proyecto construible. Entrega de obra y liquidación del contrato de interventoría y convenio y evaluación a supervisores y a los contratistas pertenecientes a la interventoría. En caso de realizar reformulación del proyecto se realiza entre el interventor, en cambios grandes se realiza reformulación de proyectos y se debe realizar nuevamente viabilidad.
Seguimiento y medición:	Se cuenta con un programa de auditoría establecido bajo la NTC 19011, la empresa cuenta con un cronograma de auditorías CYC-F247 V2 11/04/18, se evidencia programación de auditoria para los 12 procesos la cual se llevó a cabo en la 3ra semana de Julio Se evidencia plan de auditoria SYC-F021 V3 10/04/`8 donde se establece objetivo, alcance, criterios se presentó el 27 de Junio, se evidencian reuniones de seguimiento hacia el equipo auditorio sobre listas de verificación. La empresa tiene certificado 24 auditores en ISO 9001:2015 La empresa cuenta con matriz de objetivos de indicadores e indicadores de calidad PDE-F265 V2 del 17/05/18, en donde se plasman los indicadores y metas establecidos a cada proceso, se cuenta con medición y análisis a la fecha.
Mejora:	Se han identificado acciones de mejora a partir de las necesidades de fortalecer la documentación del Sistema de Gestión como de los controles para aumenta efectividad, además, se han planteado acciones de mejoramiento a través de: Revisiones gerenciales, las cuales se realizan anualmente con el fin de validar la eficiencia y eficacia del Sistema de Gestión, se tiene acta de reunión PDE-F006 V5 17/04/18, se realizó reunión 25 de Julio del 2018, resultado auditorias, estado de NC y AC, implementación FODA, indicadores de gestión, riesgos y oportunidades, satisfacción del cliente y retroalimentación partes interesadas, desempeño de proveedores. Estado de compromisos anteriores, grado en que estamos cumpliendo los objetivos, eficacia acciones tomadas para abordar riesgo y oportunidades y recursos en las decisiones de salida no se evidencian en el acta. Igualmente, se han identificado formulación de otras acciones de mejora a través del análisis de los resultados de: Auditorías internas y externas Encuestas de satisfacción
Áreas de preocupación Fase 1:	No se identificaron áreas de preocupación
Conclusiones fase 1:	

Recomendación de Fase 1 es:	Continuar con fase 2.	NO Continuar con fase 2.	☒ NO Aplica.

Fortalezas
El compromiso de la gerencia como de todo el personal en el mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión
La competencia del personal tanto en los aspectos técnicos como administrativos
La trazabilidad de la información que reposa en medio físico como el uso de herramientas tecnológicos para el control de las diferentes actividades
Los seguimientos mensuales realizados hacia el plan estratégico y plan de desarrollo departamental
Programa Agua a la vereda línea III del plan aseguramiento.
Plan de acción social en obras: plan agua, vida y saber.

No Conformidades					
NCR 1: (numeral de la norma)	6.3	Auditor: (3 iniciales-mayúscula)	MONICA ARCE /	NORMA(s):	ISO 9001:2015

Área: (Proceso)	Planeación y direccionamiento estratégico				
Clasificación:	Mayor				
NO CONFORMIDAD – REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO	Cuando la organización determina la necesidad de cambios en el sistema de gestión; estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada considerando el propósito del cambio y sus consecuencias potenciales, la integridad del sistema de gestión de calidad, la disponibilidad de recursos, la asignación o reasignación de responsabilidades.				
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	En entrevista con los diferentes líderes de proceso, se pudo evidenciar que los colaboradores desconocen la planificación que se debe llevar cada vez que exista la necesidad de realizar un cambio en su entorno de negocio, asegurando que se planifique e implemente de manera controlada lo cual genera una desviación al numeral 6.3 de la norma NTC ISO 9001:2015				
EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO (MAYOR O MENOR)	No se evidencia cómo la organización lleva a cabo los cambios en el sistema de gestión de calidad de manera planificada.				
NCR 2: (numeral de la norma)	4.1	Auditor: (3 iniciales-mayúscula)	MONICA ARCE /	NORMA(s):	ISO 9001:2015
Área: (Proceso)	Planeación y direccionamiento estratégico				
Clasificación:	Menor				
NO CONFORMIDAD – REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO	La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre las cuestiones internas y externas.				
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	No se garantiza que se realice seguimiento a las cuestiones internas y externas identificadas.				
EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO (MAYOR O MENOR)	Durante entrevistas realizadas a los líderes de proceso y revisión de matriz establecida para identificación del contexto interno y externo, se evidenció que no se realiza seguimiento a las cuestiones internas y externas identificadas, encontrándose un DOFA para el cuál no se evidencia revisión posterior a su identificación				
NCR 3: (numeral de la norma)	4.2	Auditor: (3 iniciales-mayúscula)	MONICA ARCE /	NORMA(s):	ISO 9001:2015
Área: (Proceso)	Planeación y direccionamiento estratégico				
Clasificación:	Menor				
NO CONFORMIDAD – REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO	La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre las partes interesadas y sus requisitos pertinentes.				
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	No se garantiza que se realice seguimiento y revisión de la información sobre las partes interesadas y sus requisitos.				
EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO (MAYOR O MENOR)	Durante entrevistas realizadas a los líderes de proceso y revisión de matriz establecida para la identificación de partes interesadas, se evidenció que no se realiza seguimiento a la información sobre estas partes interesadas que pueden causar impacto en su capacidad para proveer servicios que cumplan con los requisitos.				
NCR 4: (numeral de la norma)	5.3	Auditor: (3 iniciales-mayúscula)	SABRINA FAWCETT	NORMA(s):	ISO 9001:2015
Área: (Proceso)	Gestión Humana				
Clasificación:	Menor				
NO CONFORMIDAD – REQUERIMIENTO	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan en toda la organización.				

ESTANDAR AUDITADO					
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	La organización no se asegura que se hayan determinado las autoridades para los roles pertinentes y que las mismas se comuniquen y se entiendan en toda la organización				
EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO (MAYOR O MENOR)	Al verificar la información documentada presentada por la organización como evidencia para demostrar la conformidad del requisito auditado, se logró identificar que no están claramente definidas las autoridades como lo establece el manual de calidad en el numeral 5.5. Así mismo se evidencia al indagar en los diferentes procesos sobre las autoridades que las mismas no son conocidas por el personal auditado.				
NCR 5: (numeral de la norma)	6.1.2	Auditor: (3 iniciales-mayúscula)	MONICA ARCE /	NORMA(s):	ISO 9001:2015
Área : (Proceso)	Planeación y direccionamiento estratégico				
Clasificación:	Menor				
NO CONFORMIDAD – REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO	La organización debe planificar las acciones para abordar los riesgos y oportunidades la manera de integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de calidad.				
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	No se identifica y planifican acciones para abordar las oportunidades identificadas.				
EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NEC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO (MAYOR O MENOR)	Al verificar la información documentada presentada por la organización como evidencia para demostrar la conformidad del requisito auditado, se evidencia que no se establecen acciones para abordar las oportunidades ni su manera de planificar su alcance proporcional al impacto en el servicio.				
NCR 6: (numeral de la norma)	9.3.2	Auditor: (3 iniciales-mayúscula)	MONICA ARCE /	NORMA(s):	ISO 9001:2015
Área: (Proceso)	Planeación y direccionamiento estratégico				
Clasificación:	Menor				
NO CONFORMIDAD – REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO	La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones cómo: a) Estado de revisiones por la dirección previas, tendencias Relativas a 2) grado en que se han cumplido los objetivos de calidad, e) eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades, f) oportunidades de mejora.				
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	La revisión por la dirección no se planificó teniendo en cuenta consideraciones cómo: Estado de compromisos anteriores, grado en que estamos cumpliendo los objetivos, eficacia acciones tomadas hacia los riesgos y oportunidades de mejora y recursos establecidos para las decisiones de salida				
EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NEC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO (MAYOR O MENOR)	No se evidencia que se haya incluido en el informe de revisión por la dirección las consideraciones relacionadas con Estado de compromisos anteriores, grado en que estamos cumpliendo los objetivos, eficacia acciones tomadas hacia los riesgos y oportunidades de mejora y recursos establecidos para las decisiones de salida				
NCR 7: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales-mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 8: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales-mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 9: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales-mayúscula)		NORMA(s):	
VCR 10: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales-mayúscula)		NORMA(s):	
VCR 11: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales-		NORMA(s):	

		mayúscul a)			
NCR 12: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscul a)		NORMA(s):	
NCR 13: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscul a)		NORMA(s):	
NCR 14: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscul a)		NORMA(s):	
NCR 15: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscul a)		NORMA(s):	
NCR 16: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscul a)		NORMA(s):	
NCR 17: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscul a)		NORMA(s):	
NCR 18: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscul a)		NORMA(s):	

NOTA	Las no conformidades de este informe, serán tratadas mediante el proceso de acciones correctivas de la Organización, de acuerdo con los requisitos relevantes de la norma auditada; con acciones que prevengan su repetición y conservando registros completos de las mismas. Las acciones correctivas para tratar las no conformidades mayores identificadas, serán llevadas a la práctica de manera inmediata y se notificará a Bureau Veritas Certificación de dichas acciones, en un plazo de 30 días. Nuestro auditor podrá llevar a cabo una auditoría extraordinaria en un plazo de 90 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su eficacia y determinar si la certificación puede ser concedida o mantenida. La Organización hará llegar a BV Certificación un Plan de Acciones Correctivas para tratar las no conformidades menores identificadas, este Plan será llevado a la práctica por la Organización que mantendrá registros con evidencias de ello. La respuesta a las no conformidades puede ser enviadas bien sea mediante documentos en soporte papel o en soporte electrónico (preferentemente), utilizando el formato de No conformidad incluido en el informe. Esta información deber ser enviado al correo documentacion.bvc@co.bureauveritas.com con copia a Auditor Líder. En la próxima auditoría programada, el equipo auditor de BV Certificación realizará el seguimiento de todas las no conformidades identificadas previamente, para confirmar la eficacia de las acciones correctivas tomadas. Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación UKAS son realizados bajo el control de gestión de Bureau Veritas Certificación Holding SAS - Sede Reino Unido. Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación ONAC son realizados bajo el control de gestión de BVQI Colombia Ltda.

NO CONFORMIDADES	La revisión de no conformidades se realiza a través una revisión de oficina. Sin embargo, dependiendo de la severidad de los hallazgos, el auditor puede realizar una auditoría de seguimiento para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se recomienda otorgar la certificación o su continuidad, según corresponda. Es recomendable que el cliente provea de una respuesta temprana a fin de que haya tiempo para revisiones adicionales en caso de ser necesarias. Para recertificaciones, el plazo para el tratamiento de no conformidades será definido por el líder del equipo auditor a fin de que las acciones correctivas sean implementadas previo al vencimiento del certificado. b. Contenido previsto de la respuesta La respuesta del cliente ante una NC debe ser revisada por el líder del equipo auditor en tres partes: corrección, análisis de causa raíz y acciones correctivas. <u>Corrección</u> Asegurarse de que la corrección responda a la pregunta "¿Es este un caso aislado o no?", en otras palabras "¿Hay algún riesgo de que esto pueda volver a ocurrir en los otros sitios / departamentos?". <u>Análisis de Causa Raíz</u> Asegúrese de que la causa raíz responda la pregunta "¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?". <u>Acción Correctiva</u> 1. La acción correctiva o el plan de acción correctivo tratan la/s causa/s raíz/raíces determinada/s en el análisis de causa raíz. De no haber definido una verdadera causa raíz no podrá prevenir la repetición del problema. 2. Para poder ser aceptado, el plan debe incluir: - acciones para tratar la o las causas raíz. -identificación de los responsable por las acciones -un cronograma (con fechas) para su implementación -siempre debe incluir un "cambio" en el sistema. Capacitación y/o la publicación de un boletín, generalmente no son cambios en el sistema.
Observaciones:	No se identifican
Oportunidades de mejora:	No se identifican
Uso del Logo:	No se usa
Incertidumbre / Obstáculos que podrían afectar la confiabilidad de las conclusiones de la auditoria:	No se presentaron
Opiniones divergentes (discrepancias) sin resolver entre el Equipo Auditor y el Auditado:	No se presentaron
Modificaciones del programa y/o plan de auditoria y Justificación respectiva/ Actividades de seguimiento acordadas:	No se presentaron
Conclusiones:	• Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la norma auditada y dicha documentación proporciona estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión, • La Organización ha demostrado la efectiva implantación y mantenimiento / mejora de su Sistema de Gestión. • La Organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento de adecuados objetivos y metas clave de desempeño, y ha realizado el seguimiento del progreso hacia su consecución. • El programa de auditorías internas ha sido implantado en su totalidad y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el Sistema de Gestión. • A través del proceso de auditoría, se ha demostrado la total conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma auditada.

Recomendaciones:	El Equipo Auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos/riesgos significativos y objetivos requeridos por la(s) norma(s). La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de actuaciones, muestreo de las actividades y revisión de documentos y registros. El desarrollo de la auditoría se realizó de acuerdo al plan de auditoría y a la matriz de procesos auditados incluidos en los apéndices de este informe resumen de auditoría. El equipo auditor llega a la conclusión de que la Organización ha establecido y mantenido su sistema de gestión de acuerdo a los requisitos de la(s) norma(s) y ha demostrado la capacidad del sistema para lograr que se cumplan los requisitos para los productos y/o servicios incluidos en el alcance, así como la política y los objetivos de la Organización. Declaración de descargo de responsabilidad: la auditoría se basa en un proceso de muestreo de la información disponible y la confirmación de cumplimiento de los objetivos de la auditoria. Por lo tanto, el equipo de auditoría, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del Sistema, recomienda que la certificación de este Sistema de Gestión sea:

Tramitada	☒
Tramitada, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias	☐
Mantenida.	☐
Mantenida, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias.	☐
Suspendida hasta que se completen unas acciones correctivas satisfactorias.	☐
Retirada, (se recuerda a la Organización el Procedimiento de Apelaciones definido en las Condiciones de Contrato)	☐

Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BV Certificación

Anexo 20 Informe auditoria de recertificación

Bureau Veritas Certificación

Certificación de Sistemas de Gestión

Informe Auditoría de Re-certificación

ISO 9001:2015

Bureau Veritas Certificación

EMPRESAS PÚBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A E.S.P

Revisión	Comentario de los cambios	Revisó	Aprobó	Fecha
1	Se crea una herramienta de auditoria en base a Excel con la estructura de los formatos del BMS	ATORO	ATORO	1/09/15
2	Se incluyeron mejoras en interacción de las formulas y se corrigen letras de la primera versión	ATORO	ATORO	1/09/15
3	Se incluyeron mejoras en los formatos en la interacción con la herramienta y se incluyeron nuevas normas versión modificada 2015	ATORO	ATORO	1/03/16
4	Se actualiza el NPC de auditor a Diciembre del 2015. Bureau Veritas	ATORO	ATORO	28/12/16
5	Mejora en funcionalidad en el archivo	ATORO	ATORO	1/03/17
6	Mejora en funcionalidad en los formatos	ATORO	ATORO	13/07/17
7	Se actualiza todo el SG, programa de auditoria, mejoras en la herramienta	ATORO	ATORO	15/09/17
8	Se integra el SIG, incluyendo seguridad vial	YCUEVAS	YCUEVAS	15/03/18
9	Se integra el informe de auditoria, los documentos del anexo 20 quedan derogados	MMS	LVEL	15/08/18

Información de la Organización	
Nombre de la Organización	EMPRESAS PUBLICAS DE CUNDINAMARCA S.A E.S.P

Dirección	Calle 24 # 51-40 piso 11					
Teléfono No.	7954480		Fax No.			
Página Web	http://www.epc.com.co/					
Contrato(s) No(s).	CS-CO-2018-0738					
Información de Contacto						
Nombre persona contacto	Sandra Milena Ruiz		Teléfono No.	7954480		
Dirección e-mail	sandra.ruiz@epc.com.co					
Información de la Auditoría						
Norma(s)	ISO 9001:2015	0	0	0	0	Integrada
Código(s)	36					Combinada
Nº de Empleados			Nº Turnos			
Tipo de Auditoría	Re-certificación					
Alcance de Auditoría	Actividades de formulación, contratación, ejecución, seguimiento, supervisión e interventoría de proyectos del sector de agua potable y saneamiento básico, así como las actividades de aseguramiento en la prestación de estos servicios públicos domiciliarios.					
Fecha Inicio Auditoría fase 1 o seguimiento:	NA		Fecha Fin Auditoría fase 1 o seguimiento:	N/A		
Fecha Inicio Auditoría fase 2:	27/08/18		Fecha Fin Auditoría fase 2:	29/08/18		
Próxima visita antes de:	ago-19		Duración (días) de la próxima visita:	3 días		
Información del Auditor						
Auditor Líder:	Mónica Johana Arce H.		Iniciales líder:	MJA		
Auditor (es) (Miembros de Equipo)	Leila Constanza Ñustes	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	
Especialista	N/A					
Horario de los Turnos	8:00 A 5.00					
Si se trata de una auditoria "multi-site", se establece un Apéndice relacionando todos los emplazamientos relevantes y/o centros remotos establecidos y anexos al informe de auditoría.						
Distribución	Cliente / Equipo Auditor / Oficina BV Certificación					
Resumen de los hallazgos de la auditoria						
No. De No conformidades registradas:		Mayores:	0	Menores:	0	
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	SI ☒ NO	Duración de la Auditoría Extraordinaria:		N/A	día(s)	
Fechas reales de la auditoria extraordinaria:		Inicio:		Final:		
Observaciones auditoria extraordinaria:	N/A					
Recomendación del equipo Líder						
Normas (s)	Recomendación					
ISO 9001:2015	Mantenida					
0						
0						
0						
0						
Equipo Líder (1):	Auditor (es) Miembros del equipo					
Mónica Johana Arce H.	Leila Constanza Ñustes	0	0	0		
	0	0	0	0		
	0	0	0	0		
	0	0	0	0		
	0	0	0	0		
Alcance de Certificación (declaración de alcance debe ser verificada y aparecerá en el siguiente espacio) Sitio principal:						
Actividades de formulación, contratación, ejecución, seguimiento, supervisión e interventoría de proyectos del sector de agua potable y saneamiento básico, así como las actividades de aseguramiento en la prestación de estos servicios públicos domiciliarios.						
Alcance Sitio 1:	N/A					
Alcance Sitio 2:	N/A					
Para ISO 27001 indique declaración de aplicabilidad, numero de versión y fecha:	N/A					
El documento de existencia legal concuerda con la dirección y nombre de la empresa:	☒	El objeto social tiene relación con el alcance del Sistema de Gestión.	☒			

Comentarios de la revisión del documento de existencia legal:	Se verificó certificado en cámara de comercio donde el objeto social está relacionado con el alcance verificado, la dirección aprobada coincide con el sito principal auditado.				
Acreditación:	ONAC				
Nº de Certificados requeridos:	2				
Idiomas:	ESPAÑOL				
Motivo para emitir el Certificado:	Cumplimiento de requisitos de la(s) norma(s) auditada(s)				

Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina):

REEMPLAZAR TEXTO: Especificar los cambios en la Organización (alcance, número de empleados, emplazamientos, dirección, gestión, organización...). Ver coherencia con la Solicitud de Certificación

RESUMEN DE AUDITORIA

Objetivos de la auditoria:

Objetivos generales:
a) Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización, o parte de dicho sistema, con los criterios de auditoría.
b) Evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales asociados al sistema de gestión objeto de auditoria.
c) Evaluar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la organización es capaz de cumplir los objetivos especificados del sistema de gestión.
d) Identificar las áreas en las que la organización puede tener mejoras potenciales del sistema de gestión.

Objetivos de la fase 1:
a) Revisar la información documentada del sistema de gestión de la organización.
b) Evaluar las condiciones específicas del sitio e intercambiar información con el personal de la organización con el fin de determinar el estado de preparación para la etapa 2.
c) Revisar el estado de la organización y su grado de comprensión de los requisitos de la norma, en particular en lo que concierne a la identificación del desempeño clave o de aspectos, procesos, objetivos y funcionamiento significativos del sistema de gestión.
d) Recopilar la información necesaria correspondiente al alcance del sistema de gestión, que incluye:
- las ubicaciones de la organización.
- los procesos y equipos empleados.
- los niveles de controles establecidos.
- los requisitos legales y reglamentarios aplicables al sistema de gestión.
e) Revisar la asignación de recursos para la etapa 2 y acordar con la organización los detalles de ésta.
f) Proporcionar un enfoque para la planificación de la etapa 2 mediante la comprensión suficiente del sistema de gestión de la organización y de las operaciones del sitio en el contexto de la norma del sistema de gestión u otros documentos normativos.
g) Evaluar si las auditorías internas y la revisión por la dirección se planifican y realizan, y si el nivel de implementación del sistema de gestión confirma que la organización está preparada para la etapa 2.

Objetivos de la fase 2:
Evaluar la implementación, incluida la eficacia del sistema de gestión de la organización incluyendo:
a) La información y evidencia de la conformidad con todos los requisitos de la norma de sistemas de gestión aplicable u otros documentos normativos.
b) La realización de seguimiento, medición, informe y revisión con relación a los objetivos y metas de desempeño clave.
c) La capacidad del sistema de gestión de la organización y su desempeño en relación con el cumplimiento de requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables a éste.
d) El control operacional de los procesos de la organización.
e) Las auditorías internas y la revisión por la dirección.
f) La responsabilidad de la dirección en relación con las políticas de la organización.
g) Relación entre los requerimientos normativos, política, objetivos de desempeño y metas (consistente con las expectativas en la norma del sistema de gestión aplicable u otro documento normativo), cualquier requerimiento legal aplicable, responsabilidades, competencias de personal, operaciones, procedimientos, datos de rendimiento y hallazgos de auditoría interna y conclusiones.

Objetivos de la auditoría de seguimiento:
El alcance del seguimiento es asegurar el cumplimiento del sistema de gestión del cliente certificado de los requerimientos específicos con respecto a la norma. Este debe incluir:
a) Auditorías internas y revisión por la dirección.
b) Una revisión de las acciones tomadas en las no conformidades identificadas durante la auditoría previa.
c) Tratamiento de quejas.
d) Efectividad del sistema de gestión revisando el logro de los objetivos del cliente certificado
e) Progreso de actividades planeadas enfocadas al mejoramiento continuo
f) Control operacional continuo
g) Revisión de cualquier cambio, y
h) Uso de logo y/o cualquier otra referencia de la certificación.

Objetivos de la auditoría de recertificación:
El alcance de la auditoría de recertificación es evaluar el cumplimiento continuo de todos los requerimientos de la norma del sistema de gestión (u otro documento normativo relevante). El propósito de la auditoría de recertificación es confirmar la conformidad continua y efectividad del sistema de gestión como un todo y su relevancia continua y aplicabilidad para el alcance de la certificación.
Esto debe incluir lo siguiente:
a) La efectividad del sistema de gestión en su totalidad, a la luz de los cambios internos y externos y su relevancia continua y aplicabilidad al alcance de la certificación.
b) Compromiso demostrado de mantener la efectividad y mejora del sistema de gestión para maximizar el rendimiento de la organización.
c) Revisar si la operación del sistema de gestión certificado contribuye al logro de la política y objetivos de la organización.

Nº de no conformidades de la anterior auditoría:	Mayores	0	Menores	0
Nº de no conformidades cerradas:	Mayores	0	Menores	0

Nº de no conformidades abiertas de nuevo:	Mayores	0	Menores	0
Las conclusiones de la revisión de las NC inmediatamente anteriores son:	Hallazgo: No se tuvo en cuenta el numeral 7.3 en la ejecución del proyecto de estudios, diseños y permisos para los sistemas de agua y saneamiento. Acciones: Definir responsabilidad Elaborar procedimiento de estudios y diseños. Incluir el nuevo procedimiento dentro del sistema. SEGUIMIENTO: En comité del 22 de Junio de 2018 de comité institucional de coordinación y control interno se tomó decisión que el procedimiento debe direccionarse al proceso operación de servicios públicos domiciliarios. Se creó procedimiento OSPD-Pc080 V0 22/06/18 Procedimiento de diseño y desarrollo. Se incluye procedimiento en listado maestro de documentos PDE-F001 V:3 13/03/2018 actualizado 24/08/18.			
Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certificación	N/A El sistema de gestión demuestra su eficacia, los hallazgos de las auditorias previas de certificación, visita de seguimiento 1 y visita de seguimiento 2 fueron tratados oportunamente y no han sido reincidentes.			
Insumos básicos y planificación inicial: (Actividades/locaciones/procesos/funciones de la organización basados en el plan de auditoría que fue presentado y se acordó con el auditado antes de la auditoría y fueron cubiertos y enumerados en la Sección de Resumen de Auditoría (Matriz de Auditoría) del informe)	El plan de auditoría se ejecutó de acuerdo con lo planificado y aprobado durante la reunión de apertura.			

Personas Claves Entrevistadas / Involucradas	
Nombre y Apellido	Departamento / Proceso
Marisol Alvarado	Directora de Gestión Humana y Administrativa
Lucia Obando	Directora de Finanzas y presupuesto
Freddy Orjuela	Director Jurídico / Gestión Contractual
Guillermo Rincon	Director de Servicio al cliente
José Camilo Castro	Sub-gerente Operaciones
Jenny Rodriguez	Directora de Nuevos negocios
Manuel Sandoval	Director de planeación
Ludwing Jiménez	Director de Aseguramiento
Catalina Medina	Sub-gerente de proyectos
Nubia Yanneth Ustos B	Directora de Control interno

Hallazgos de Auditoria

El equipo auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos significativos, riesgos y objetivos. La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de las actividades y revisión de documentos y registros

La Auditoría en sitio inició con una Reunión de Apertura, contando con la asistencia de altos directivos de la organización.

Los hallazgos de auditoría fueron comunicados a la Dirección de la Organización durante la Reunión de Cierre, al igual que las conclusiones finales referentes a los resultados de la auditoría y recomendaciones dadas por el equipo auditor.

Adecuación de la documentación del sistema de gestión:	En el Sistema de Gestión contempla manuales, procedimientos, instructivos, entre otros. Dentro de la documentación que apoya la planificación del Sistema de Gestión se tienen: Manual de calidad PDE-M001 V5 del 22/06/18 Caracterización del proceso AS-C015 V7 del 26/06/18 Matriz de riesgos institucionales PDE-F300 V2 04/05/18 Guía administración de riesgos PDE-G-004V3 04/05/18 Matriz de identificación de partes interesadas Matriz de comprensión de la organización y su contexto Listado maestro de documentos PDE-F001 V3 30/05/18 Matriz de objetivos e indicadores de calidad PDE-F265 V2 17/05/18
Validación de alcance y no aplicabilidad (justificación): (Para ISO 22000 tener en cuenta estudios HACCP)	Dado que se trata de una Auditoría de Recertificación dentro de los términos, se revisa el Alcance que se plantea en la Oferta Comercial de BV y para su validación, se revisan los siguientes Proyectos que se tienen actualmente en ejecución (al momento de la Auditoría) y desarrollados durante el último año que comprenden las actividades contempladas en el alcance: **Alcance:** Formulación e interventoría de proyectos de pre-inversión y proyectos de obra. **Proyecto** 1/ Estudios diseños para la optimización acueducto regional rural veredas santo domingo, Corralejas, reventones y boquerón de lló (Incluye PTAP) municipio de Anolaima- Cundinamarca. **Objeto del Contrato:** Contrato de consultoría suscrito entre empresas públicas de Cundinamarca S.A E.S.P y el Consorcio GTC Ingeniería PDAC-270-2015 **Sitio de la Obra:** ANOLAIMA **Fecha de Inicio:** 25/05/16 **Fecha de Terminación Propuesta:** 27/02/17 con ultima acta de suspensión 30/07/17 **Acta de Suspensión Nº 1:** Se evidencia acta de suspensión EPC-SIGC-FT-92 V4 11/08/16 actual GC-F092 V5 25/06/18 acta del 21/07/16 **Acta de Suspensión Nº 2:** 02/12/16 **Acta de Suspensión Nº 3:** 18/01/17 **Acta de suspensión No 4:** 05/03/17 **Interventor de la consultoría:** Franklin Paolo Fechas. **Alcance:** Formulación e interventoría de proyectos de pre-inversión y proyectos de obra. Proyecto: 2/ **Cliente:** Municipio de Nemocón. **Objeto del Contrato:** Actualización plan maestro de acueducto y alcantarillado zona urbana de nemocón EPC-PDA-C-377-2017 suscrito entre EPC y consorcio Cundinamarca 2017. **Sitio de la Obra:** Localidad de Suba - Bogotá. **Fecha de Inicio:** 18/11/17 **Fecha de Terminación Propuesta:** 27/06/17 **Prorroga Nº 1:** 3 Meses. **Interventor:** Franklin Paolo Fechas. **Alcance:** Seguimiento, supervisión e interventoría de proyectos del plan de Aseguramiento en la prestación de estos servicios públicos domiciliarios. **Proyecto 3/:** Contrato de consultoría No EPC-C-411 de 2017 entre EPC y consorcio MB 2017. **Valor:** $399.895.074 **Beneficiarios:** Municipio de granada, sibaté y Soacha del municipio de Cundinamarca. **Objeto del Contrato:** Realización del catastro de redes del acueducto regional AGUASISO. **Sitio de la Obra:** Municipio de granada, Sibaté y Soacha del municipio de Cundinamarca. **Fecha de Inicio:** 03/10/17 **Fecha de Terminación :**31/12/17 **Prórroga:** 28/02/18 fecha de terminación el 27/03/18 **Alcance:** Aseguramiento en la prestación de servicios publicos domiciliarios.

Nivel de Integración: (En caso de una auditoría de sistemas de gestión integrado)	N/A
Cumplimiento de los compromisos de la Política y Objetivos:	Se evidencia un cumplimiento general de las metas planificadas para los objetivos de calidad, para ello la organización realiza seguimientos continuos verificando su desempeño con el Fin de tomar acciones oportunas que mantegan o mejoren sus resultados. Se verifica Política y objetivos de calidad publicada y disponible para las partes en la página web www.epc.com y en manual de calidad PDE-M001 V-6 23.08.18. Se divulga al personal mediante inducción, televisores al interior de la organización, folletos, protectores de pantalla. Los objetivos de calidad están encaminados al logro de la política de calidad. Los objetivos de calidad están alineados con las metas del plan de desarrollo del plan estratégico 2016-2020. Se verifica matriz de objetivos e indicadores de calidad PDE-265 actualizada el 11.05.18, se definen metas, periodicidad, responsables del seguimiento. La empresa cuenta con plan estratégico 2016-2020 donde se establecen 4 objetivos estratégicos: Objetivo 1: Gestionar, gerenciar y entregar programas y proyectos que aseguren la prestación de servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo garantizando cobertura, continuidad y calidad a los cundinamarqueses. Objetivo 2: Consolidar y ampliar el portafolio de servicios , logrando posicionamiento a nivel nacional y departamental logrando sostenibilidad y crecimiento empresarial Objetivo 3: Promover una cultura de calidad, planeación, trabajo en equipo, servicio al cliente y sentido de pertenecía en todos los colaborador de la empresa, a partir de la implementación de un programa integral de gestión humana. Objetivo 4: Promover la implementación, uso integral y mejoramiento continuo de los sistemas de gestión e información empresarial por parte de los trabajadores, según su competencia. Para el cumplimiento del objetivo 1 se cuenta con asociadas al PDA y 25 metas que dan cumplimiento a los objetivos 2,3 y 4. El seguimiento a las metas del plan de desarrollo se realizan mensualmente, se presenta informe mensual a la gobernación vía web. El seguimiento a las metas propias se realiza trimestralmente, se presenta informe de avance a Gerente General. El 13 de junio de 2018 se realiza seguimiento a las metas propias y PD- Acta de reunión Código: PDE-F006 V5 del 17/04/2018 Mediante avance plan de acción EPC-SIGC-FI-243 V2 24/01/17 se realiza seguimiento a las metas del PDA y metas propias, revisando logros, porcentaje de cumplimiento, % ejecución, actividades realizadas, principales dificultades. En caso de no ir cumplimiento las metas ser presenta plan de contingencia con plazos de realización. Se evidencia jornada de plan estratégico julio/2017 En caso de poder cumplir metas antes a lo planificado, se replantean metas para cumplir con lo del cuatreño.
Descripción de la conformidad y capacidad del sistema de gestión:	
General: (Descripción general de la Organización, de su contexto y de las acciones para abordar los riesgos y oportunidades, también debe mencionar los sitios y locaciones cubiertos en la auditoría)	Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. E.S.P., es una empresa constituida mediante escritura pública 2069 de mayo 19 de 2008, sociedad por acciones de carácter oficial, con autonomía administrativa, patrimonial y presupuestal, cuyo principal accionista es la GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA, que tiene como objeto principal prestar servicios públicos domiciliarios de acueducto, alcantarillado, aseo, energía y gas, entre otros; así como servicios públicos no domiciliarios y el desarrollo de actividades complementarias inherentes a los mismos. En concordancia con su objeto social y como Gestora del Plan Departamental para el Manejo Empresarial de los Servicios de Agua y Saneamiento PAP-PDA, impulsa estrategias que permiten avanzar con celeridad en la cobertura urbana y rural de los servicios de acueducto y saneamiento básico, así como las trasformaciones para el manejo empresarial de los mismos. Su gestión está orientada al mejoramiento de la calidad de vida de los cundinamarqueses, teniendo como referencia planes, programas y políticas del orden nacional, departamental y municipal que se encuentran en desarrollo. Como gestora del Plan Departamental de Aguas de Cundinamarca, se ha destacado y ha sido reconocida a nivel nacional, por la calidad y la eficiencia de los proyectos a su cargo. El alcance de la auditoría se verificó en la sede principal de la empresa ubicada en la dirección: Avenida Calle 24 No 51-40 Piso 11,Piso 3 y Piso 9 en Bogotá - Colombia La empresa ha identificado su contexto externo en la planeación estratégica y también ha realizado identificación por proceso mediante la matriz de comprensión de la organización y su contexto, tomando como la herramienta FODA donde se describe proceso, área, Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. Se han identificado las partes interesadas cómo : alcaldías, gobernación, prestadores de servicios públicos, estado colombiano, Junta directiva, comité directivo PDA, medios de comunicación, ciudadanos, contratistas y proveedores, veedurías ciudadanas y asociaciones, colaboradores, comunidades educativas, determinando necesidad y requisitos, cómo necesidades se han identificado cumplir el mandado constitucional y expectativas: Prestar un servicio eficiente Hacia la gobernación: Necesidad Mejorar los indicadores y prestar apoyo técnico teniendo en cuenta lo establecido en la ley 142 y expectativa: Mantener la operación de la infraestructura con recursos del dpto., operadores fortalecidos para garantizar la prestación del servicio. Hacia los prestadores: Apoyo y asesoría en los componentes técnico, financiero, administrativa, legal, comercial y expectativa Calidad, cobertura, prestadores financiera. Se observa guía de administración de riesgos y oportunidades PDE-G-004. Se definen los riesgos y oportunidades de acuerdo al contexto, partes interesadas y FODA. Se verifica en Mapa de riesgos institucionales PDE-F300 V-3 actualizada del 21.08.18. La identificación de los riesgos por proceso, valoración, determinación de controles, riesgo residual, acciones, seguimiento y verificación de eficacia con periodicidad definida por parte del área de control interno. Se verifica Matriz de tratamiento de oportunidades PDE-F367 V-0 se abordan las oportunidades identificadas en la FODA. Se definen acciones para aprovechar las oportunidades, se realiza el seguimiento y verificación de eficacia con periodicidad definida por parte del área de control interno. En Mapa de riesgos institucionales PDE-F300 V-3 actualizada del 21.08.18., se identifican y tratan los Riesgos de corrupción.

Planificación:	Se evidenció la siguiente información documentada: 1. Gestión del cambio Se observa procedimiento Planificación y gestión del cambio PDE-PC-081 V-0 actualizado el 21.08.18., Se observa formato PDE-F309 v-0 22.08.18., en cual se considera como abordar el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales, la integridad del SGC, la disponibilidad de los recursos, la asignación o reasignación de responsables y autoridades. 2. Calibración y/o verificación de dispositivos de seguimiento y medición. Test cloro líquido- Se cuenta con manual de laboratorio de acuerdo al Test. Para validar parámetros de Color, turbiedad, cloruros, nitritos, nitratos, Hierro, pH, Fosfatos, Manganeso, Zinc. Informe de visita o taller de fortalecimiento EPC-SIGC-Ft-238 V1 11/08/16 Basados en resolución 2115-2007 se emiten observaciones al municipio y/o solicitante. Unidad de Detección de Fugas (Acueducto y Alcantarillado). Se cuenta con camioneta van Renault, modelo 2013 ficha técnica de homologación, Placa OHK 997. Hoja de vida EPC-SIGC-Ft-169 mantenimientos realizados, inspecciones realizadas por el conductor bajo lista de chequeo de vehículos propios bajo formato GRFI-F172 V2 01/06/18. Dentro de la unidad móvil tenemos: Geo radar, sistema de vio inspección, geófono, hidrófono con fichas técnicas y manual. El personal se encuentra capacitado para el Paula Andrea Rodríguez asistió a capacitación técnica teórico- práctica para el manejo y operación de equipos de 20 horas. Informe de visitas: se realiza visita bajo solicitud y/o requerimiento se deja informe de análisis de la situación actual de los prestadores EPC-SIGC-Ft-167en el municipio de viotá el 04 de Mayo de 2018. Descartando fugas y bioradar. 3. Competencia del personal. Se define la estructura orgánica en organigrama creado en noviembre de 2014. Actualmente se cuenta con 20 funcionarios del directivo y asesor, 24 trabajadores oficiales en niveles profesional y técnico, 300 contratistas entre administrativos, técnicos y operativos. Se verifica manual de funciones y perfiles de cargo GH-M004 V-5 del 08.05.18. Actualizado en decisión empresarial No. 27 de 2016, en el cual se define requisitos de educación, experiencia, competencias comportamentales, habilidades. Se realiza inducción y re inducción al personal de planta y contratistas realizadas en febrero de 2018, se observa formato de asistencia en el cual se sustenta los temas tratados y entendidos por parte de los funcionarios. Al personal nuevo se le da la inducción por parte del jefe de área, no se ha presentado contratación de personal nuevo en el año 2018.Se observa contrato con el proveedor ANDESCO el cual se encarga de suministrar las capacitaciones de acuerdo al cronograma definido. Se verifica ejecución de las siguientes capacitaciones: Formulación, evaluación de gerencia de proyectos en abril de 2018, ISO 9001:2015 en mayo de 2018, Interventoría de diseños de acueductos y alcantarillados para las zonas urbanas y rurales en junio de 2018. Se realiza evaluación de la sesión de la capacitación GH-F141, evaluación de la eficacia de la capacitación GH-F283. Se observa plan de capacitación 2018, cronograma programa institucional de capacitación, detección de necesidades de capacitación GH-F-137 -2. 5. La evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos. Instructivo Evaluación y revaluación proveedores GC-I010 V-5 del 13.07.18., define criterios para la evaluación y revaluación de los proveedores. Manual de contratación expedido por resolución No.625 del 29 de diciembre de 2017. Se contemplan 2 modalidades de contratación: por régimen privado para contratos de funcionamiento financiados con recursos propios y ley 80 para contratos de proyectos de inversión financiados por el PDA. Se definen como responsables de la contratación: al ordenador del gasto, originador del proceso de contratación, responsable del proceso de contratación (gestión contractual), supervisor o interventor, administrador de recursos (presupuesto). Se encuentra conformado el comité de contratación como órgano asesor y consultivo del gerente o sus delegados y demás funcionarios de la gestión contractual. Dentro de sus funciones está la de aprobar el plan de adquisiciones, aprobación de pliegos de condiciones de los procesos de selección. Teniendo en cuenta la necesidad de mento de estudios previos, verificación de la disponibilidad presupuestal. Se observa en www.epc.com.co link para el registro de proveedores, Plan de adquisiciones 2018 por $561.625.844.496 actualizado el 23.08.18, publicado en la web de la entidad SECOP. El criterio de selección de proveedores se define en manual de contratación expedido por resolución No.625 del 29 de diciembre de 2017: se determina la modalidad de contratación, se realiza invitación pública, se da oportunidad de presentar observaciones por parte de los proponentes por un término de no menos de 3 días hábiles, la gestión contractual realiza la revisión técnica, jurídica y económica de ofertas presentadas y evaluación de las propuestas. Para la contratación de profesionales y personal técnico no se requiere previa invitación, en contratación directa. Se asigna supervisión e interventoría a todos los contratos, los cuales serán responsables por culpa o dolo. Se verifica publicado en SECOP proceso de selección, invitación, observaciones, respuesta de evaluación de las propuestas de los siguientes contratos: LP-PDA-002-2017 licitación pública para CONSTRUCCIÓN, OPTIMIZACION DEL SISTEMA DE ACUEDUCTO DEL CENTRO URBANO DEL MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA, cuantía $784.291.075., fecha de firma del contrato EPC-PDA-O-483-2017 del 12.12.17, se observa publicado proceso de selección, adjudicación, contrato, modificatorios, acta de inicio, suspensión y reinicio. Se evidencia en carpetas con rótulo de acuerdo a TRD y foliadas, el contrato, aprobaciones de pólizas de garantías, acta de inicio, actividades de seguimiento y supervisión con mediante informe de interventoría de marzo de 2018, las conclusiones permiten la ejecución del contrato de acuerdo del objeto pactado. Según informe de supervisión del contrato se ha ejecutado un 23,93% frente a una planeación inicial del 13,05%. Contrato EPC-PS 025-2018 con Nancy Velázquez mediante contratación directa con recursos propios, para la prestación de servicios profesionales APOYO LA COORDINACIÓN Y SUPERVICION DE CONTRATOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS, En los estudios previos EPC-SIGC-FT-211 V-4 se definen los requisitos de educación y experiencia del profesional a contratar. Se observa publicado estudio previo, contrato, pólizas, acta de inicio. Se evidencia en carpeta marcada y foliadas, el contrato, aprobaciones de pólizas de garantías, acta de inicio, actividades de seguimiento y supervisión del 09.04.18en formato EPC-SIGC-FT-307., informe de actividades del contratista. Evaluación y revaluación proveedor del 22.07.18. Contrato EPC-PS-264-2017 con David Zapata, le aplica ley 80 por recursos FIA, para la prestación de SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REVISIÓN OPERATIVA Y DE FUNCIONAMIENTO TÉCNICO DE LAS PLANTAS DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE Y RESIDUAL DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA, se observa publicado estudio Previo, contrato, pólizas, acta de inicio, adiciones y prórrogas, se evidencia en carpeta marcada y foliadas, seguimiento y supervisión del 21.06.18 en formato EPC-SIGC-FT-307., informe de actividades del contratista. Evaluación y revaluación proveedor del 21.06.18

	Valor: $ 199.501.120 **Beneficiarios:** Municipios dpto. **Objeto del Contrato:** Adquisición e instalación de equipos de laboratorio y reactivos para mejorar el (IRCA) en los sistemas de acueducto del dpto. de Cundinamarca EPC-CV-401-2017 entre EPC y Ferretería el Hidrante S.A Fecha de Inicio: 12/09/17 **Alcance:** Visita proyecto - Ejecución, seguimiento, supervisión e interventoría de proyectos **Personal vinculado al proyecto:** Angie Nataly: Trabajador Social – Unión temporal redes 2017 Ricardo Basto Molina: Director de Obra. Ximena Silva: Residente de interventoría Jhon Sanchez: Director de interventoría. Ricardo Bonilla: Representante del contratista de obra (Union temporal redes 2017) **Proyecto 5/:** **Valor:** 34.368.240 **Objeto del Contrato:** Construcción de redes de alcantarillado sanitario y pluvial en la zona norte Etapa I del casco urbano del municipio de él colegio, Cundinamarca.		
Para ISO 22000 indique que criterio tuvo en cuenta para seleccionar los proyectos a auditar:	**Contratista:** Unión temporal redes 2017 **Interventor:** H2O Consulting **Sitio de la Obra:** Mesitas del Colegio	☐	☐ Tamaño Operación

Implementación y operación:	VISITA PROYECTO: Contrato entre EPC y H20 Consulting del 03/10/17 Mediante resolución 431 de 2017 se resuelve adjudicar contrato a H2O Consulting del 04/09/17. Se evidencia amparo por polizas de cumplimiento de contrato, calidad del servicio y salarios y prestaciones. SOCIALIZACIÓN DE INICIO DE PROYECTO: • Se realizó socilaizacion proyecto a comunidad el 10 de mayo de 2018 mediante acta de reunión inicial para presentación con objetivo que la comunidad conozca los grupos de interes involucrados en el proyecto. • Constitución de veedores para la obra establecida el 10 deMayo. • Estudio socioeconómico: Cómo impacta la obra a la comunidad, se realizan mediante diagnostico social (sin codificar). • Actas de vecindad: Se realizan antes de iniciar proyecto con formato GP-F097 V3 24/04/18, se evidencia acta realizada y diagnostico social –PGSO (Sin codificar) • Diagnostico social COMUNICACIÓN: • Se creó formato para recepción de peticiones, quejas y reclamos • Se da respuesta mediante oficio a las PQR presentadas. OBLIGACIONES INTERVENTOR: • Los anexos técnicos se encuentran aceptados por el interventor. • Dentro de las obligaciones estan: Comité tecnico realizado 24-08-18 interventoría, supervisor del municipio, supervisor EPC, contratista con compromisos y cierre en la siguiente reunión. • Seguimiento a pruebas y/o ensayos realizados por el contratista: se evidencia oficio H2O-EPC-4142017-050 en el cual se informa sobre el cumplimiento a especificaciones y normas técnicas requeridas por el proyecto. • Por parte de contratista se presentan informes mensuales de avance de obra, tomas de muestras. • Plan de interventoría: Se presenta cronograma y plan de trabajo por parte de la interventoria con cargos y funciones radicado a EPC el 12/10/17. • El seguimiento al plan de interventoría se realiza mediante informe semanal de interventoría GP-F093 V3 31/07/18 en cuanto a avance de contrato se evidencia una ejecución del 53% de 87%, se presentó solicitud de prorroga por parte delcontratista. Dentro de las observaciones del informe se evidencia observación por parte del interventor hacia el cumplimiento del cronograma de obra.

Seguimiento y medición:	Procedimiento de auditoría interna SYC-Pc004 V4 07/05/18 Se cuenta con un programa de auditoría SYC-Pg006 V2 18/04/18 incluye: Perfil auditor, evaluación auditor, tipo de auditoria, cronograma. Cronograma de auditorías internas SYC-F247 V2 11/04/18 donde se establece proceso, estado, cronograma con realización para el mes de Julio. Plan de auditoría SYC-F021 V3 10/04/18 estableciendo objetivo, alcance, criterios, equipo auditor, plan de realización desde el 27 de junio hasta el 19 de Julio. En reunión de comité de coordinación se socializó, por correo electrónico. Se cuenta con lista de verificación de auditoría SYC-F022 Se realizó auditoría a los 12 procesos establecidos en mapa de procesos Se cuenta con informe de auditoría interna SYC-F228 V2 10/04/18 con alcance a todos los procesos, realizada con el apoyo de 24 auditores internos,dentro del informe podemos evidenciar desarrollo de la auditoría observaciones, no conformidades, recomendacines, conclusiones. Cómo resultado de la auditoría se tuvieron 32 observaciones y 6 no conformidades, actualmente con plan de acción y en implementación. Se realizan auditorías de gestión a todos los procesos con énfasis a MIPG . En revisión por la dirección del 25 de Julio se comunicaron resultados a alta dirección de la auditoría interna. Se realiza medición anual de satisfacción del cliente, SAC-I006 V3 06/07/18 se describe clientes, métodos a evaluar, tipo de muestreo, técnica de recolección de datos. 1 sola encuesta para grupos de interes, ficha técnica, Clientes:Alcaldes, prestadores de servicios publicos, veedurías, gobernación de cundinamarca La encuesta me mide satisfacción del cliente y canales de información. Encuesta de efectividad en planes de comunicación. Encuesta de satisfacción de cliente realizada del 20 de Mayo al 20 de Julio, recolección telefónica, personal aplicada a 374 aplicados a 107. Anivel general los resultados para el 2018 estuvieron en : 95-100% por grupo de interes, se genera retroalimentación de la medición y se hace seguimiento en jornadas estratégicas realizadas con el grupo directivo de la empresa.
Mejora:	Se valida el compromiso de la dirección mediante entrevista con el director de planeación y el informe de revisión al sistema realizada el 25.07.18 y el 23.08.18., se trataron los siguientes temas: Estado de las acciones de la revisión previa, cambios en cuestiones interna y externas, los resultados de seguimiento y medición, estado de los riesgos y oportunidades, grado de cumplimiento de objetivos, desempeño del SGC, no conformidades y acciones correctivas, resultados de auditoria, desempeño de proveedores externos, adecuación de los recursos, eficacia de las acciones para abordar riesgos y oportunidades, satisfacción del cliente y la retroalimentación de partes interesadas, quejas, decisiones sobre las oportunidades de mejora, sobre cambios, acciones y necesidad de recursos, presupuesto del sistema. Se asignan los recursos necesarios para cada uno de los temas planteados en la revisión. Procedimiento no conformidad y acción correctiva, SYC-Pc003 V8 24/08/18 describe identificación, reporte en formato SYC-F231 plan de mejoramiento por procesos donde se realiza análisis causal, seguimiento. Seguimiento a acciones correctivas SYC-F246 V3 10/04/18 se registra no conformidad, análisis de causas, seguimiento.
Áreas de preocupación Fase 1:	No se presentan.

Áreas de preocupación Fase 1:	No se presentan.		
Conclusiones fase 1:	La organización demuestra planeación y documentación necesaria para la implementación del sistema de gestión y el logro de la política y objetivos de calidad. demuestra como mínimo un ciclo de ejecución de la auditoría interna de calidad y la revisión gerencial. Demuestra identificación de requisitos legales y metodología para dar cumplimiento. Demuestra la implementación de metodologías y herramientas para generar acciones de mejora, acciones correctivas, para controlar las salidas no conformes, mejorar el desempeño de procesos y la satisfacción del cliente.		
Recomendación de Fase 1 es:	☐ Continuar con fase 2.	☐ NO Continuar con fase 2.	☒ NO Aplica.
Fortalezas			
El compromiso de la dirección para el mantenimiento del sistema de gestión			

El compromiso y competencia del personal entrevistado
La planeación e implementación del sistema de gestión
El enfoque a la satisfacción del cliente
El enfoque a la mejora continua
En los indicadores de verificación objetiva de la gestión de los servicios públicos (IVO) se puede evidenciar mejoras significativas resultado del fortalecimiento ofrecido por el área.
Seguimiento constante al cumplimiento de metas propias y del PDD
Programas de gestión social y saneamiento básico cómo: Programa agua, vida y saber y Agua para mi vereda con reconocimientos.

No Conformidades					
NCR 1: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(S):	
NCR 2: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(S):	
NCR 3: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(S):	

NCR 4: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 5: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 6: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 7: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 8: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 9: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 10: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 11: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 12: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 13: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 14: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 15: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 16: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 17: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	
NCR 18: (numeral de la norma)		Auditor: (3 iniciales- mayúscula)		NORMA(s):	

NOTA	Las no conformidades de este informe, serán tratadas mediante el proceso de acciones correctivas de la Organización, de acuerdo con los requisitos relevantes de la norma auditada; con acciones que prevengan su repetición y conservando registros completos de las mismas. Las acciones correctivas para tratar las no conformidades mayores identificadas, serán llevadas a la práctica de manera inmediata y se notificará a Bureau Veritas Certificación de dichas acciones, en un plazo de 30 días. Nuestro auditor podrá llevar a cabo una auditoría extraordinaria en un plazo de 90 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su eficacia y determinar si la certificación puede ser concedida o mantenida. La Organización hará llegar a BV Certificación un Plan de Acciones Correctivas para tratar las no conformidades menores identificadas, este Plan será llevado a la práctica por la Organización que mantendrá registros con evidencias de ello. La respuesta a las no conformidades puede ser enviadas bien sea mediante documentos en soporte papel o en soporte electrónico (preferentemente), utilizando el formato de No conformidad incluido en el informe. Esta información deber ser enviado al correo documentacion.bvc@co.bureauveritas.com con copia al Auditor Líder. En la próxima auditoría programada, el equipo auditor de BV Certificación realizará el seguimiento de todas las no conformidades identificadas previamente, para confirmar la eficacia de las acciones correctivas tomadas. Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación UKAS son realizados bajo el control de gestión de Bureau Veritas Certificación Holding SAS - Sede Reino Unido. Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación ONAC son realizados bajo el control de gestión de BVQI Colombia Ltda.
NO CONFORMIDADES	La revisión de no conformidades se realiza a través una revisión de oficina. Sin embargo, dependiendo de la severidad de los hallazgos, el auditor puede realizar una auditoría de seguimiento para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se recomienda otorgar la certificación o su continuidad, según corresponda. Es recomendable que el cliente provea de una respuesta temprana a fin de que haya tiempo para revisiones adicionales en caso de ser necesarias. Para recertificaciones, el plazo para el tratamiento de no conformidades será definido por el líder del equipo auditor a fin de que las acciones correctivas sean implementadas previo al vencimiento del certificado. b. Contenido previsto de la respuesta La respuesta del cliente ante una NC debe ser revisada por el líder del equipo auditor en tres partes: corrección, análisis de causa raíz y acciones correctivas. <u>Corrección</u> Asegurarse de que la corrección responda a la pregunta "¿Es este un caso aislado o no?", en otras palabras "¿Hay algún riesgo de que esto pueda volver a ocurrir en los otros sitios / departamentos?". <u>Análisis de Causa Raíz</u> Asegúrese de que la causa raíz responda la pregunta "¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?". <u>Acción Correctiva</u> 1. La acción correctiva o el plan de acción correctivo tratan la/s causa/s raíz/raíces determinada/s en el análisis de causa raíz. De no haber definido una verdadera causa raíz no podrá prevenir la repetición del problema. 2. Para poder ser aceptado, el plan debe incluir: - acciones para tratar la o las causas raíz. -identificación de los responsable por las acciones -un cronograma (con fechas) para su implementación -siempre debe incluir un "cambio" en el sistema. Capacitación y/o la publicación de un boletín, generalmente no son cambios en el sistema.

Observaciones:	
No se presentaron	
Oportunidades de mejora:	
No se presentaron	
Uso del Logo:	Cumple política definida por Bureau Veritas
Incertidumbre / Obstáculos que podrían afectar la confiabilidad de las conclusiones de la auditoria:	No se presentan
Opiniones divergentes (discrepancias) sin resolver entre el Equipo Auditor y el Auditado:	No se presentan
Modificaciones del programa y/o plan de auditoria y Justificación respectiva/ Actividades de seguimiento acordadas:	No se presentan

Conclusiones:	• Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la norma auditada y dicha documentación proporciona estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión, • La Organización ha demostrado la efectiva implantación y mantenimiento / mejora de su Sistema de Gestión. • La Organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento de adecuados objetivos y metas clave de desempeño, y ha realizado el seguimiento del progreso hacia su consecución. • El programa de auditorías internas ha sido implantado en su totalidad y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el Sistema de Gestión. • A través del proceso de auditoría, se ha demostrado la total conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma auditada.
Recomendaciones:	El Equipo Auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos/riesgos significativos y objetivos requeridos por la(s) norma(s). La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de actuaciones, muestreo de las actividades y revisión de documentos y registros. El desarrollo de la auditoría se realizó de acuerdo al plan de auditoría y a la matriz de procesos auditados incluidos en los apéndices de este informe resumen de auditoría. El equipo auditor llega a la conclusión de que la Organización ha establecido y mantenido su sistema de gestión de acuerdo a los requisitos de la(s) norma(s) y ha demostrado la capacidad del sistema para lograr que se cumplan los requisitos para los productos y/o servicios incluidos en el alcance, así como la política y los objetivos de la Organización. Declaración de descargo de responsabilidad: la auditoría se basa en un proceso de muestreo de la información disponible y la confirmación del cumplimiento de los objetivos de la auditoria. Por lo tanto, el equipo de auditoría, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del Sistema, recomienda que la certificación de este Sistema de Gestión sea:

Tramitada	☐
Tramitada, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias	☐
Mantenida.	☒
Mantenida, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias.	☐
Suspendida hasta que se completen unas acciones correctivas satisfactorias.	☐
Retirada, (se recuerda a la Organización el Procedimiento de Apelaciones definido en las Condiciones de Contrato)	☐

Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BV Certificación

UDEC
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

GUÍA METODOLÓGICA PARA LA TRANSICIÓN Y CERTIFICACIÓN EN LA NORMA ISO 9001:2015

1. OBJETIVO

Establecer la metodología para realizar una transición exitosa de la norma ISO 9001:2015 en empresas públicas de Cundinamarca S.A ESP.

2. ALCANCE

Esta guía es aplicable desde el diagnostico del sistema integrado de gestión de calidad hasta la obtención de la certificación en la norma ISO 9001:2015 en Empresas Públicas de Cundinamarca SA. ESP.

3. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones son tomadas de la NTC-ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de La Calidad Fundamentos y Vocabulario.

Acción correctiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable

Acción preventiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable

Auditoría: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría

Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos

Conformidad: cumplimiento de un requisito

Criterios de auditoría: conjunto de políticas, procedimientos o requisitos

Característica: Rasgo diferenciador

Cliente: Persona u organización que podría recibir o que recibe un producto o un servicio destinado a esa persona u organización o requerido por ella.

Contexto de la organización: Combinación de cuestiones internas y externas que pueden tener un efecto en el enfoque de la organización para el desarrollo y logro de sus objetivos

Control de Cambios: Actividades para controlar las salidas después de la

Especificación: Documento que establece requisitos

Evidencia Objetiva: Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.

Hallazgos de la auditoría: resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

Información Documentada: información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene

No conformidad: incumplimiento de un requisito.

Parte interesada: Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad.

Procedimiento: Forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionados o que interactúan, que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades realizadas.

Requisito: necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

4. NORMA ISO 9001:2015

La adopción y mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad es una decisión estratégica para las organizaciones, ya que le puede ayudar a mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible.

“Esta Norma Internacional emplea el enfoque a procesos, que incorpora el ciclo Planificar- Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos”. ((ICONTEC), 2015)

“El ciclo PHVA permite a una organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúe en consecuencia de estos”. ((ICONTEC), 2015)

Con la presente estructura de la norma, se les facilitará a las organizaciones incorporar su sistema de gestión de calidad en los demás procesos de su entidad y aumentar la participación por parte de la alta dirección (BSI GROUP, 2014)



Fuente: elaboración propia

La imagen anterior representa los 10 numerales de la norma ISO 9001:2015 de los cuales los primeros 3 numerales son de conocimiento general y conceptos, los demás numerales se trabajarán bajo el ciclo PHVA.

4.1 NUEVOS CONCEPTOS

Importancia del contexto de la organización y partes interesadas (4.1y4.2)

- ✓ Se deben determinar los problemas externos e internos, que son relevantes para su propósito, la dirección estratégica y que afectan su capacidad para conseguir los resultados más deseados de su Sistema de gestión de calidad.
- ✓ Partes Interesadas: personas u empresas que puede afectar, verse afectadas por, o perciben así mismos a ser afectados por una decisión o actividad de su empresa

Liderazgo de la Alta Dirección (5.1)

- ✓ Es necesario que la alta dirección se involucre mucho más, se deben modificar los requisitos de la revisión por la dirección y se retire al representante de la dirección.

Enfoque basado en Riesgos (6.1) y desaparición del concepto de Acciones preventivas (10.2)

- ✓ Un enfoque preventivo mediante la realización de un Análisis de Riesgos y Oportunidades, lo que hace que desaparezcan las acciones preventivas.

Gestión del cambio (6.3)

Planificar los cambios que afectan el SIG, considerando:

- ✓ Propósito y consecuencias potenciales
- ✓ Mantenimiento de la integridad del SIG
- ✓ Disponibilidad de los recursos
- ✓ Efectos sobre responsabilidades y autoridades

Conocimiento como recurso–Gestión del Conocimiento (7.1.6)

- ✓ Los conocimientos de la organización son conocimientos específicos, por lo general adquiridos por la experiencia, que son utilizados y compartidos para alcanzar los objetivos de la organización.
- ✓ Se debe identificar, establecer cómo mantenerlo y tenerlo en cuenta al realizar cambios.

Competencias del personal (7.2)

- ✓ Desaparece el concepto de habilidad
- ✓ Se deben determinar las competencias de las personas que hacen ciertos trabajos para poder controlar de qué forma afecta al rendimiento de la calidad; asegurarlas, evidenciarlas, gestionarlas cuando sea necesario.

Comunicaciones como un proceso de apoyo del SIG (7.4)

- ✓ Establecer qué tipo de comunicaciones puedo considerar relevantes para mi Sistema de Gestión de Calidad:
- ✓ Que va a comunicarse, cuando, medio, destinatario, cómo y quién es el responsable. (Planificarlas)

Información documentada (7.5)

- ✓ Flexibilización del manual de calidad (4.4)
- ✓ Los registros y los documentos pasan a llamarse “información documentada”.
- ✓ El concepto cubre todos los medios en que la información pueda estar contenida y todos son controlables dentro del sistema.
- ✓ Implica prácticas pertinentes de conservación de la información.

Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente (8.4)

- ✓ Antes se hablaba de productos comprados, ahora de los procesos y funciones externalizados (que forman parte del alcance del SGC) y la definición del tipo y alcance del control a aplicar (el riesgo asociado a la externalización).
- ✓ Control de las salidas no conformes (8.7)
- ✓ Cambió el término “producto no conforme” Por el de “salida no conforme”.

5. TRANSICIÓN DE NORMA ISO 9001:2008 A 2015

5.1 DIAGNOSTICO

Con el fin de establecer el nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, se debe realizar un diagnóstico evaluando cada numeral de la norma. Este diagnostico los puede realizar tomando cada uno de los DEBES de esta, los cuales son los requisitos a los cuales se les debe dar cumplimiento y verificar que se hacer en relación con este. En el caso de Empresas Públicas de Cundinamarca S.A ESP. Se utilizo como herramienta el anexo número 2 del presente trabajo.

5.2 PLAN DE TRABAJO

Una vez se cuente con el diagnostico del sistema de gestión de calidad de la organización debe realizar un plan de trabajo, para dar cumplimiento con los numerales que salieron con un bajo rango, este plan de trabajo lo puede realizar a través de lluvia de ideas o el método que crea correspondiente a su organización, recuerde que lo ideal es realizar un cronograma (diagrama de Gantt) para la realización de las tareas correspondientes a la transición de la norma y que cada una de esta tenga un responsable, en el caso de Empresas Publicas de Cundinamarca este plan de trabajo se realiza en compañía del director encargado del procesos y la coordinadora de calidad, teniendo en cuenta las deficiencias arrojadas en el autodiagnóstico se repartieron las responsabilidades de la actualización de cada proceso para dar conformidad con los lineamientos de la norma dejando como resultado el anexo numero 3 del presente trabajo.

5.3 SOCIALIZACION DE LA TRANSICIÓN

Recuerde que, dentro de las actualizaciones de la norma, la implementación y el mantenimiento del sistema integrado de gestión de calidad ya no es responsabilidad del líder de este proceso, la norma ISO 9001:2015 genera responsabilidad a la alta dirección del mantenimiento de este por lo cual se debe socializar a toda la entidad que se realizara el proceso de transición, para que cada persona desde la alta dirección de cumplimiento a los nuevos parámetros que establecerá el sistema de gestión de calidad.
En el caso de Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP. Se realizaron jornadas de capacitación con cada proceso, el director y su equipo de trabajo, se realizaron actividades lúdicas para reforzar el conocimiento de

las capacitaciones, se utilizaron medios masivos como los correos electrónicos y se realizaron noti-calidades, las cuales son un mecanismos presentaciones didácticas que se presentaron constantemente en los televisores de la entidad, brindando información relevante del sistema de gestión de calidad esto se puede evidenciar en la diversas ilustraciones del presente trabajo y en los anexos 4, 5 y 12.

5.4 CREACIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

Teniendo en cuenta los cambios mencionados anteriormente para esta versión 2015 de la norma, esta guía le recomienda crear la siguiente información documentada para el cumplimiento de los requisitos:

Importancia del contexto de la organización y partes interesadas (4.1y4.2)

Contexto Estratégico: Realice una matriz FODA o PESTEL en el que haga un análisis del contexto interno y externo para cada uno de los procesos de la organización, tenga en cuenta los resultados que espera del sistema de gestión y aquellos factores que puedan afectarlo, el objetivo de cada proceso, y las metas que tiene establecida la organización. En el caso de Empresas Públicas de Cundinamarca S.A. ESP., se realizo una matriz DOFA para cada proceso como se muestra en el anexo 6 del presente documento y en la pagina web de la entidad (http://www.epc.com.co/intranet2012/sig/Planeacion/Documentos/PDE-F367%20Matriz%20Tratamiento%20Oportunidades.pdf)

Partes Interesadas: si su entidad cuenta con una caracterización de usuarios tome esta información como base para la creación de una matriz, en la que contenga cada una de las partes interesadas de su organización, especificando cada proceso, recuerde que las partes interesadas pueden ser internas y externas, personas naturales o jurídicas, en esta matriz puede plasmar las necesidades de estas partes interesadas con respecto a la organización y su expectativa, recuerde que la necesidad es aquello que usted puede y debe suplir a través del producto a servicio que brinde mientras que la expectativa es aquello que se puede o no satisfacer del cliente, para el caso de empresas públicas de Cundinamarca los insumos para realizar la identificación de las partes interesadas fueron la caracterización de usuarios de la dirección de servicio al cliente, y las caracterizaciones de los procesos en las cuales se encuentran los proveedores y clientes de estos el resultado de este trabajo se videncia en el anexo numero 7 del presente trabajo y en la pagina web de la entidad (http://www.epc.com.co/intranet2012/sig/Planeacion/Documentos/PDE-F369%20Matriz%20Partes%20Interesadas.pdf)

Liderazgo de la Alta Dirección (5.1)

Modifique los quesitos de la revisión por la dirección y haga parte de cada proceso de cambio a los líderes, lleve a los comités pertinentes los asuntos de calidad, realice socialización a los directivos de la importancia y su responsabilidad en el mantenimiento del sistema de gestión de calidad.

Enfoque basado en Riesgos (6.1) y desaparición del concepto de Acciones preventivas (10.2)

Empresas Públicas de Cundinamarca S.A ESP., realizo la Adopción la guía de administración de riesgos del Departamento administrativo de la función pública - DAFP en el que le explica la metodología, identificación, evaluación y seguimiento de los riesgos que se pueden presentar en su organización. Dejando como resultado el anexo numero 9, 10 y 11 ya que también se tuvieron en cuenta el tratamiento de oportunidades ya que en esta nueva versión los riesgos no se ven como una amenaza sino como una oportunidad de mejoramiento del proceso.

Gestión del cambio (6.3)

Empresas Públicas de Cundinamarca SA. ESP., realizo un procedimiento, con flujo grama en el que describe cada una de las etapas que solicita el numeral

- ✓ Propósito y consecuencias potenciales del cambio
- ✓ Mantenimiento de la integridad del SIG
- ✓ Disponibilidad de los recursos
- ✓ Efectos sobre responsabilidades y autoridades

Además, creo un formato en que plasmo toda la planificación del cambio, un cronograma de actividades y responsables de la ejecución de estos, hasta su finalización. Este lo puede evidenciar en las ilustraciones 10 y 11 del presente trabajo.

Comunicaciones como un proceso de apoyo del SIG (7.4)

Recuerde que la comunicación es de vital importancia en una organización ya esta se puede traducir en la sinergia del sistema de gestión de calidad, todas las personas de la organización deben estar comunicadas de los que pasa con el sistema de gestión de calidad, sus cambios, certificaciones, auditorias etc. Recuerde que la información tiene un propósito y unos parámetros para que sea entendible al publico

Información documentada (7.5)

Para los sistemas de gestión de calidad la información documentada es vital, ya que contiene el registro de las actividades que se realizan en una organización, recuerde llevar un listado maestro de documentos y la codificación adecuada de la información como formatos, guías, instructivos, protocolos y demás. Para el caso de Empresas Públicas de Cundinamarca S.A ESP se realizó una guía e instructivo para fortalecer el cumplimiento de este numeral esta información se puede verificar en los anexo 3 y en la pagina web de la entidad (http://www.epc.com.co/intranet2012/sig/Planeacion/guias/PDE-G001%20Guia%20Control%20de%20la%20Informacion%20Documentada.pdf)

Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente (8.4)

Recuerde tener una matriz en que se plasmen las posibles salidas no conformes de sus procesos misionales, y realizar el seguimiento de la posible materialización de estas. En el caso de empresas públicas de Cundinamarca cuenta con un formato controlado por el sistema de gestión de calidad en el cual se reportan estas posibles salidas no conformes y se puede evidenciar en el anexo número 15 del presente trabajo.

Conocimiento como recurso–Gestión del Conocimiento (7.1.6) y Competencias del personal (7.2)

Para el cumplimento de estos dos requisitos, recuerde que existe un plan de capacitaciones para las instituciones manejado por las áreas de talento humano o quien haga sus veces, la gestión del conocimiento se le puede dar cumplimiento a través de la realización de capacitaciones pertinente a los procesos y equipos de trabajos en las áreas que lo requieran en este caso especial calidad, y la competencia del personal hace alusión a como puedo ayudar a mejorar el rendimiento de mis colaboradores.

6. CERTIFICACIÓN

Si esta interesado en obtener una certificación por parte de un ente certificador y cuanta con los recursos, se le recomienda inicialmente realizar una auditoria interna para evaluar el cumplimiento de los requisitos de la norma, para poder subsanar hallazgos que se puedan presentar en una auditoría externa, subsanado los hallazgos de la auditoria interna, contrate la externa para obtener su certificación en la norma ISO 9001:2015.

Realizado por: Luisa Fernanda González Garzón
Mayo 2019