



IDEAM


Instituto de Hidrología,
Meteorología y
Estudios Ambientales

**INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
GRUPO DE ACREDITACIÓN DE
LABORATORIOS - SUBDIRECCIÓN
DE ESTUDIOS AMBIENTALES**

**PROCESO MISIONAL SERVICIOS
20/09/2018**

TABLA DE CONTENIDO

1.	DATOS GENERALES.....	3
2.	OBJETIVO DE LA AUDITORIA.....	3
3.	ALCANCE DE LA AUDITORIA	3
4.	CRITERIOS DE AUDITORÍA	4
5.	METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA AUDITORIA INTERNA	4
6.	FORTALEZAS	23
7.	NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES DETECTADAS.....	24
8.	CONCLUSIONES	24
9.	EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS	24
10.	HISTORIAL DE CAMBIOS.....	24

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Código: C-EM-F003
		Versión: 05
		Fecha: 29/09/2017
		Página 3 de 25

Auditoría N° IAIGACRE-2018-28		
Fecha		
Día	Mes	Año
20	09	2018

1. DATOS GENERALES

PROCESO(S) AUDITADO	MISIONAL SERVICIOS		
LIDER(ES) DE PROCESO	DIANA MARCELA VARGAS GALVIS NESTOR ALEJANDRO GÓMEZ GUERRERO	CARGO	SUBDIRECTORA DE ESTUDIOS AMBIENTALES COORDINADOR GRUPO DE ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS
AUDITOR LÍDER	LUZ YENNY GRANADOS BOSSA	CARGO	CONTRATISTA OFICINA DE CONTROL INTERNO

OBSERVADORES Y/O ACOMPAÑANTES.	
NOMBRE:	CARGO:
NOMBRE:	CARGO:

FECHA DE APERTURA AUDITORIA	24/07 / 2018
FECHA DE CIERRE DE LA AUDITORIA	05/ 09/ 2018

2. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

“Verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en los documentos "Procedimiento de Acreditación" Código M-S-AC-P002 Versión 01 de Fecha 09/03/2016 y el "Procedimiento de Autorización Código E-SGI-AC-P001 Versión 01 de Fecha 15/12/2017; respecto de una muestra objeto de estudio”

3. ALCANCE DE LA AUDITORIA

“Verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en los documentos Procedimiento de Acreditación de Laboratorios y el Procedimiento de Autorización, durante el período 01/01/2018 al 30/06/2018, de acuerdo con las normas legales vigentes en materia de acreditación y seguimiento a los riesgos de gestión y corrupción, período 01/01/2018 al 30/06/2018”

4. CRITERIOS DE AUDITORÍA

1. Ley 87 de 1993 -Por medio de la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
2. Resolución No. 2394 del 11 de octubre de 2017, por el cual se deroga la Resolución 3313 de 2012 y se establece y actualiza el Sistema de Gestión Integrado – SGI- y se dictan otras disposiciones
3. Ley 1474 de 2011. Artículo 73. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
4. Decreto 291 de 2004 - Estructura interna del IDEAM
5. Resolución 0268 de 2015 - Por la cual se modifica la resolución 0176 de 2003 y 1754 de 2008, y se establecen los requisitos y el procedimiento de acreditación de organismos de evaluación de la conformidad en matrices ambientales, bajo la norma NTC -ISO/IEC 17025 en Colombia
6. Resolución 0176 de 2003. Por la cual se derogan las resoluciones 0059 de 2000 y 0079 de 2002 y se establece el nuevo procedimiento de acreditación de laboratorios ambientales en Colombia. El Artículo 16 de la Resolución 0268 de 2015, indica: *“Para efectos de fijar los costos de cada auditoría, el IDEAM seguirá lo establecido en el artículo 9 de Resolución 0176 de 2003”*.
7. Resolución 2509 del 16 de noviembre de 2010. Por la cual se establece el nuevo procedimiento de autorización y seguimiento del proceso de medición de emisiones contaminantes generadas por fuentes móviles, para autoridades ambientales, laboratorios ambientales, comercializadores representantes de marca, fabricantes, ensambladores e importadores de vehículos y/o motocicletas, motociclos y mototriciclos
8. Ley 1437/201. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

5. METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA AUDITORIA INTERNA

5.1 METODOLOGÍA

Para dar continuidad con el Plan Anual de Auditorías 2018 y en consecución de lo establecido en la normatividad vigente, la Oficina de Control Interno como dependencia encargada de dar cumplimiento a las funciones que le asisten como instancia de evaluación, independiente de la gestión de procesos y procedimientos; desarrolló la presente auditoría con enfoque global al Proceso Misional Servicios- Grupo de Acreditación de Laboratorios y Autorizaciones, durante el período comprendido entre el 1° de enero y el 30 de junio de 2018.

Para lograr el objetivo de la auditoría, se realizaron entrevistas, luego se definió una muestra objeto de estudio y posteriormente se revisaron los expedientes referentes a los trámites de Acreditación de Laboratorios y Autorizaciones, y seguimiento a los riesgos de gestión y corrupción a corte 30 abril de 2018, en relación a que es el último corte establecido por el Grupo de Acreditación y que está, dentro del alcance de la auditoría.

5.2 DESARROLLO DE LA AUDITORIA INTERNA

Aspectos Generales

Para un mejor entendimiento, es importante tener en cuenta que la sigla “OEC”, que será utilizada frecuentemente dentro del contexto del informe, significa, según la Resolución 0268 de 2015, artículo 2. Definiciones: “*Organismo evaluador de la Conformidad – OEC: Organismo que realiza servicios de evaluación de la conformidad y que puede ser objeto de la acreditación*”.

Adicional a lo anterior; es importante aclarar y tener en cuenta, que esta auditoría se basa principalmente en la revisión del "Procedimiento de Acreditación" Código M-S-AC-P002 Versión 01 de Fecha 09/03/2016 y el "Procedimiento de Autorización Código E-SGI-AC-P001 Versión 01 de Fecha 15/12/2017; tal como lo expresa el objetivo de la misma.

Por lo anterior; NO, es competencia de la Oficina de Control Interno, hacer revisión de los contenidos de la NTC-ISO/IEC 17025, debido a que esta norma técnica implementa los requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y de calibración y la competencia como auditores líderes e internos en la NTC en mención, solo la tienen los evaluadores líderes y asistentes del Grupo de Acreditación del Instituto; por tal razón, para la revisión de los expedientes tanto físicos como información electrónica, únicamente se revisó el tema procedimental.

Para la ejecución de la presente auditoría, no se presentaron dificultades que impidieran el normal desarrollo del proceso auditor.

El desarrollo de la auditoría, se realizó con la ejecución de las siguientes actividades:

1. Reunión de apertura
2. Definición de la muestra
3. Resultados de la revisión de expedientes
4. Perfil de los Evaluadores Líderes y Asistentes
5. Seguimiento a los riesgos de gestión y corrupción

El contenido de este informe, se desarrolla en este mismo orden de actividades.

1. REUNION DE APERTURA

Una vez reunidos, la auditora delegada por la Oficina de Control Interno da inicio a la reunión de apertura de auditoría del Grupo de Acreditación de Laboratorios de la Subdirección de Estudios Ambientales, en la fecha 24/07/2018, dando a conocer el programa de auditoría, explicado el objeto, alcance y cada una de las actividades programadas, luego solicita a cada uno de los asistentes que se presenten dando a conocer su nombre y función que realizan dentro del Grupo de Acreditación de Laboratorios; la auditora indica, que la información que se necesite dentro del proceso se solicitará durante la realización de las entrevistas y soportadas mediante correos electrónicos; adicionalmente informa que requerirá de varios expedientes para realizar la respectiva revisión y análisis de información; esto último dependiendo de la muestra

seleccionada y que será informada oportunamente. Los asistentes a la reunión, se pueden evidenciar en el formato lista de asistencia E-SGI-F001.

2. DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

Para determinar la muestra objeto de estudio, se realizaron dos entrevistas; la primera, con la persona encargada del Grupo de Acreditación, con el fin de obtener información para verificar lo establecido en el Procedimiento de Acreditación de Laboratorios. La segunda, con las personas encargadas del Grupo de Autorizaciones, específicamente con el seguimiento y trámite de las mismas; entrevistas que determinaron claramente los pasos que se realizan dentro de cada trámite.

Para efectos de tomar la muestra a revisar y analizar, se consideró la herramienta recomendada por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, la cual permite realizar un muestreo aleatorio simple y estimar la proporción de una población.

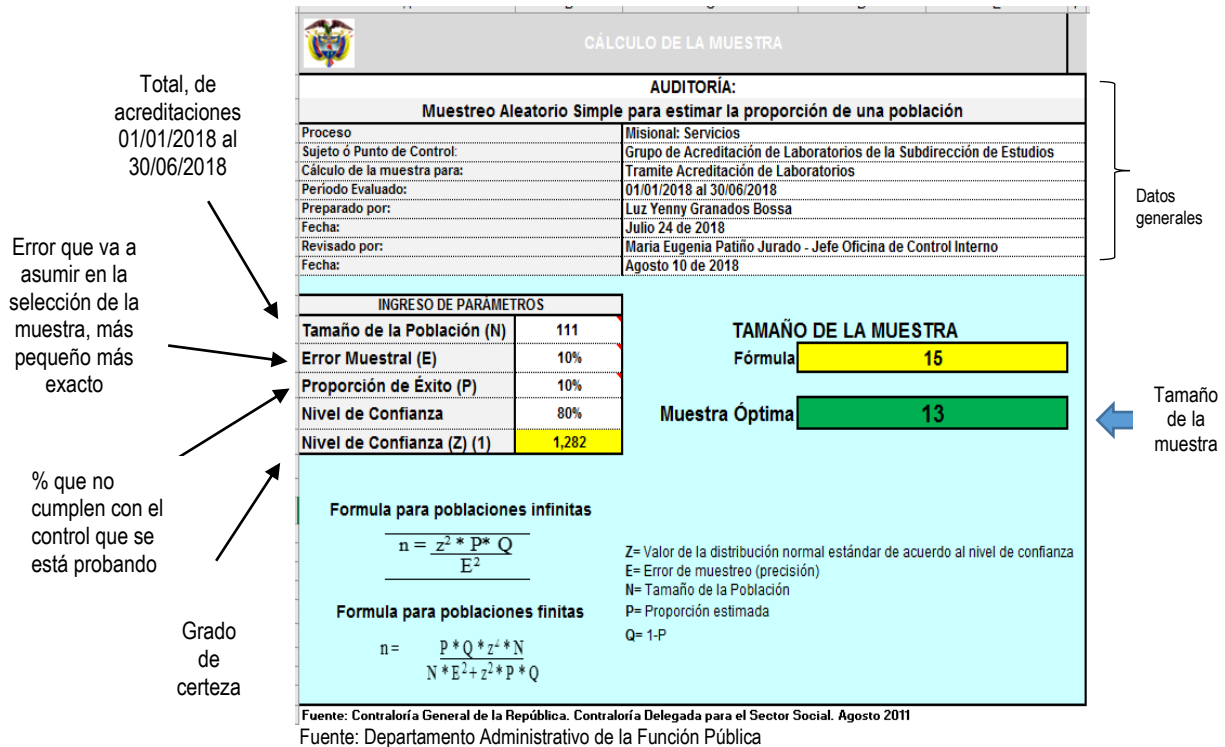
La información insumo para el presente análisis, es la que reporta el Coordinador del Grupo de Acreditación, previa solicitud por parte de la Oficina de Control; la muestra objeto de análisis, corresponde al archivo excel llamado: "Copia de 7. CONTROL JUNIO 2018-1.xlsx", el cual contiene una hoja de cálculo con el total de las resoluciones obtenidas durante el período 01/01/2018 al 30/06/2018, dando cumplimiento al alcance de la auditoria.

Así las cosas; el archivo mencionado anteriormente, contiene un total de 129 trámites para Acreditación y Autorización; por lo anterior, se separaron los trámites, así: 111 trámites de Acreditación de Laboratorios y 18 trámites de Autorizaciones, obteniendo una muestra parcial. Una vez, obtenidos estos datos, se procede a utilizar y aplicar la herramienta mencionada y se obtiene la muestra objeto de estudio, de la siguiente manera:

- Para el trámite de Acreditación de 111 expedientes, se obtienen 13 expedientes a revisar, los cuales corresponden al 11.71% del total de los expedientes de Acreditación.
- Para el trámite de Autorización, de 18 expedientes, la muestra fue de 15 debido a que en los tres expedientes ("SOLUMEK S.A., HINO MOTORS y AUTEKO S.A.S"), se maneja doble trámite; dada la situación anterior y aplicando la muestra, el resultado a revisar fue de 7 expedientes; los cuales corresponden a un 46,67% del total de los expedientes de Autorización.

A continuación, podemos ilustrar la utilización de la herramienta en cada uno de los trámites evaluados.

Imagen 1. Cálculo de la muestra Proceso de Acreditación



Total, de acreditaciones
01/01/2018 al
30/06/2018

Error que va a asumir en la selección de la muestra, más pequeño más exacto

% que no cumplen con el control que se está probando

Grado de certeza

Datos generales

Tamaño de la muestra

De acuerdo con el resultado de la muestra., imagen 1; se determina una población objeto de estudio de 13 expedientes a revisar.

Tabla 1. Expedientes de Acreditación a revisar

No. MUESTRA	OEC	No. EXPEDIENTE ORFEO
1	ACUATEST S.A.S CALI	201760100100400018E
2	AMBIENTE Y GESTIÓN S.A.S	201760100100400014E
3	PYT ECONTROL LTDA BOGOTA	201760100100400017E
4	WATER TECHNOLOGY ENG S.A.S	201760100100400061E
5	BB SERVICIOS AMBIENTALES S.A.S	201760100100400037E
6	CARTON DE COLOMBIA S.A	201760100100400031E
7	ALLCHEM COMPAÑIA LTDA	201760100100400057E
8	SANEAMIENTO AMBIENTAL SAAM S.A.S	201760100100400013E
9	MCI AMBIENTAL S.A.S	201660100100400121E
10	BIOSERVICE S.A.S	201760100100400019E
11	BIOPOLIMEROS INDUSTRIALES LTDA	201760100100400038E
12	ACUSTEC DE COLOMBIA S.A.S	201660100100400067E
13	AQUALAB CONSULTING S.A.S	201660100100400047E

Fuente: Tomado de archivo "Copia de 7. CONTROL JUNIO 2018-1.xlsx"

Imagen 2. Cálculo de la muestra Proceso de Autorizaciones

Total, de Autorizaciones 01/01/2018 al 30/06/2018

Error que va a asumir en la selección de la muestra, más pequeño más exacto

% que no cumplen con el control que se está probando

Grado de certeza

AUDITORIA:	
Muestreo Aleatorio Simple para estimar la proporción de una población	
Proceso	Misional: Servicios
Sujeto ó Punto de Control	Grupo de Acreditación de Laboratorios de la Subdirección de Estudios
Cálculo de la muestra para:	Tramite Autorizaciones
Período Evaluado:	01/01/2018 al 30/06/2018
Preparado por:	Luz Yenny Granados Bossa
Fecha:	Julio 24 de 2018
Revisado por:	Maria Eugenia Patiño Jurado - Jefe Oficina de Control Interno
Fecha:	Agosto 10 de 2018

Datos generales

INGRESO DE PARÁMETROS	
Tamaño de la Población (N)	15
Error Muestral (E)	10%
Proporción de Éxito (P)	10%
Nivel de Confianza	80%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,282

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Fórmula 15

Muestra Óptima 7

Tamaño de la muestra

Formula para poblaciones infinitas

$$n = \frac{z^2 * P * Q}{E^2}$$

Formula para poblaciones finitas

$$n = \frac{P * Q * z^2 * N}{N * E^2 + z^2 * P * Q}$$

Z= Valor de la distribución normal estándar de acuerdo al nivel de confianza
E= Error de muestreo (precisión)
N= Tamaño de la Población
P= Proporción estimada
Q= 1-P

Fuente: Contraloría General de la República. Contraloría Delegada para el Sector Social, Agosto 2011

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública

De acuerdo con el resultado de la muestra., imagen 2; se determina una población objeto de estudio 7 expedientes a revisar.

Tabla 2. Expedientes de Autorización a revisar

No. MUESTRA	NOMBRE DEL OEC	No. EXPEDIENTE ORFEO
1	SEC. MEDIO AMB. Y DESARROLLO AGROPECUARIO DE LA SEC. DE ENVIGADO	201860100118400005E
2	SOFASA S.A	201660100118400007E
3	AUTOMAS COMERCIAL LTDA	201760100118400005E
4	AUTOTECNICA COLOMBIANA S.A AUTECO	201760100118400009E
5	SERVICIOS INTEGRALES-SIETT-BOGOTA	201860100118400002E
6	AREA METROPOLITANA- AMVA-MEDELLIN	201660100118400009E
7	GESTION Y SOLUCIONES TECNOLOGICAS S.A.S GESOLTEC	201860100118400008E

Fuente: Tomado de archivo "Copia de 7. CONTROL JUNIO 2018-1.xlsx"

3. RESULTADO DE LA REVISION DE EXPEDIENTES

La revisión documental, se realizó teniendo en cuenta la muestra total a auditar, es decir 13 expedientes para Acreditación y 7 expedientes para Autorizaciones; el manejo de los expedientes se realizó revisando cada una de las carpetas físicas, corroborando la información con la que se encuentra en el Sistema de Gestión Documental ORFEO y a su vez con el Sistema de Gestión Integrado del IDEAM y plataformas Tecnológicas para Trámites y Servicios del Estado (SUIT y NO+FILAS)

Es importante aclarar; que se realizó, un trabajo dispendioso de revisión de cada uno de los expedientes analizados como muestra objeto de estudio en los procedimientos de Acreditación de Laboratorios y Autorizaciones; para la anterior actividad se utilizó el formato: *“LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORÍA INTERNA “Código C-EM-F007 Versión 3 de fecha 27/04/2015; el cual es manejado como papeles de trabajo dentro de esta auditoría. Del resultado anterior, se obtuvieron los anexos 1 y 2.*

El anexo 1; es una tabla, que contiene en las filas 19 actividades contempladas en el *“Procedimiento Acreditación”*, en la segunda columna indica el aspecto a evaluar teniendo en cuenta por cada actividad un artículo de la Resolución 0268/2015, los cuales aplican para el cumplimiento legal, en la tercera columna muestra el número de expediente ORFEO de los 13 OEC y en la cuarta columna lo concerniente a la(s) observaciones obtenidas durante el proceso de auditoría.

El anexo 2, es una tabla, que contiene en las filas 22 actividades contempladas en el *“Procedimiento Autorización”* y conllevan la misma estructura anterior.

Como resultado de la revisión de los expedientes de Autorización se evidenció que en la actividad 1, indica que se debe diligenciar el documento: *“Formulario proceso de autorización”*, que se encuentra disponible en la página web del IDEAM www.ideam.gov.co; el cual efectivamente se encuentra cargado; pero, al revisar las plataformas Tecnológicas para Trámites y Servicios del Estado (SUIT y NO+FILAS); este trámite no se evidenció. Por lo anteriormente expuesto; surge, lo siguiente:

OPORTUNIDAD DE MEJORA 1

Subdirección de Estudios Ambientales - Grupo de Acreditación de Laboratorios

Incumplimiento en la publicación del trámite de Autorizaciones en las diferentes plataformas Tecnológicas para Trámites y Servicios del Estado.

CRITERIO

Por lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta lo estipulado la Resolución 1099 de 2017 DAFP, los artículos 3 y 4 indican:

Artículo 3. Definiciones: Tramite: “Conjunto de requisitos, pasos, o acciones reguladas por el Estado,

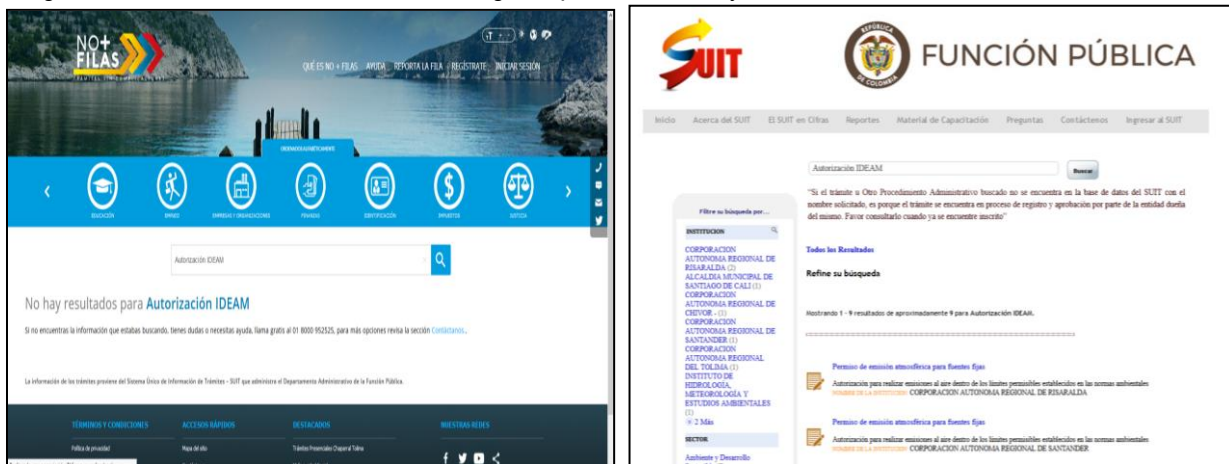
dentro de un proceso misional, que deben efectuar los ciudadanos, usuarios o grupos de interés ante una entidad u organismo de la administración pública o particular que ejerce funciones administrativas, para acceder a un derecho, ejercer una actividad o cumplir con una obligación, prevista o autorizada por la ley”.

Artículo 4. Procedimiento para la inscripción en el suít de los trámites creados y regulados por la ley. Cuando el trámite sea creado y regulado por la ley, las entidades y organismos públicos o los particulares que cumplen funciones administrativas responsables del trámite deberán registrarlo en el Sistema Único de Información de Trámites – SUIT, en los términos que los que fue creado o regulado.

CONDICIÓN

En la revisión de las plataformas Tecnológicas para Trámites y Servicios del Estado como son: el portal Sistema Único de Información de Trámites – SUIT <https://goo.gl/y1UfXz> y NO+FILAS “Tramite sin complicaciones” <https://goo.gl/4mzab8>; se evidenció, que no se encuentra publicado el trámite de Autorización en ninguno de los portales mencionados; éste proceso se viene realizando desde el año 2010.

Imagen 3. Evidencia. Plataformas Tecnológicas para Trámites y Servicios del Estado



Fuente: Tomado de portal NO+FILAS “Tramite sin complicaciones” y portal Sistema Único de Información de Trámites – SUIT

La anterior situación; evidencia, que el Instituto no está ejerciendo el deber establecido en la Resolución 1099 de 2017, la cual establece los procedimientos para autorización de trámites y seguimiento a la política de racionalización de trámites.

Además; debemos, considerar lo dispuesto en el artículo 35 de la Resolución 910 de 2008, expedida por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. “Por la cual se reglamentan los niveles permisibles de emisión de contaminantes que deberán cumplir las fuentes móviles terrestres, se reglamenta el artículo 91 del Decreto 948 de 1995 y se adoptan otras disposiciones”.

Artículo 35. Autorización y seguimiento del proceso de medición de emisiones contaminantes. Las autoridades ambientales, los comercializadores representantes de marca, fabricantes, ensambladores e importadores de vehículos y/o motocicletas, motociclos y mototriciclos, así como los laboratorios ambientales que realicen medición de emisiones contaminantes para cumplir lo establecido en la presente resolución, deberán contar con la autorización del proceso de medición de emisiones contaminantes otorgada por el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, IDEAM.

Por lo anterior; se evidencia, que existe un requerimiento de ley, que exige que el Instituto, debe realizar el procedimiento para autorización de trámites.

Dando continuidad a la revisión del "Procedimiento de Acreditación" y "Procedimiento de Autorización"; se observó, que las siguientes actividades no se están llevando de conformidad con lo establecido en el Sistema de Gestión Integrado del IDEAM:

OPORTUNIDAD DE MEJORA 2

Subdirección de Estudios Ambientales - Grupo de Acreditación de Laboratorios

Debilidades en el manejo y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión del proceso, en aspectos como: tener documentación publicada en dos procesos dentro del mapa de procesos, no diligenciar de manera permanente los controles establecidos, ausencia de manejo y registro en los tiempos de actividad, formatos desactualizados, otros utilizados y sin publicar.

CRITERIO

Incumplimiento en las actividades 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15 del "Procedimiento de Acreditación" Código M-S-AC-P002 Versión 01 de Fecha 09/03/2016 y Resolución 268 de 2015

Incumplimiento en las actividades 1, 2, 8, 10, 11, 14 y 16 del "Procedimiento de Autorización" Código E-SGI-AC-P001 Versión 01 de Fecha 15/12/2017. Resolución 2488 del 10 de noviembre de 2010, Resolución 2509 del 16 de noviembre de 2010 y la Resolución 0946 del 23 de abril de 2011

Incumplimiento en el "Procedimiento Control de Documentos y Registros" Código E-SGI-P001, versión 08, fecha 13/10/2017, política de operación, numeral "6.4. CREACIÓN, ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN O ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS DEL INSTITUTO.

CONDICIÓN

1. Al realizar la verificación de la documentación en el mapa de procesos del IDEAM, se pudo constatar que el Grupo de Acreditación, tiene información publicada en dos procesos, generando confusión frente a al manejo de la información, por parte de contratistas, funcionarios y usuarios en general.

El primero, en el proceso misional SERVICIOS : <https://goo.gl/sBZHnW> MAPA DE PROCESOS/SERVICIOS (LABORATORIO, AERONÁUTICA, PRONÓSTICOS Y REDES)/Servicio (Acreditación de Laboratorios)

El segundo, en el proceso ESTRATÉGICO: <https://goo.gl/4tC2BX> MAPA DE PROCESOS/GESTIÓN DEL SGI/SGC 17011/Formatos

2. En los expedientes revisados para las actividades 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 15, 16, se evidenció en el Procedimiento de Acreditación y para la actividad 2 del Procedimiento de Autorizaciones, que se tiene como punto de control la utilización de una lista de chequeo: “*FORMATO LISTA DE CHEQUEO código E-SGI-AC-F005 V2 fecha 16/05/2016*”, la cual se encuentra publicada en el proceso estratégico (Gestión del SGI); se observó, que éste no está siendo utilizado para el control de los documentos, tal como se evidencia en la siguiente imagen.

Imagen 4. Evidencia. Formato Lista de Chequeo

2	completa y clara. Si la documentación está completa y clara, se informa mediante oficio ⁴ a la organización la inscripción al proceso de	Grupo de Acreditación (personal asignado para ello)	Oficio Formato lista de chequeo Revisión documental
2	recibida en la actividad 1 este completa y clara. Si la información es incompleta se emite oficio de solicitud al OEC y/o de cumplimiento de requisitos para proceder con el trámite.	Grupo de Acreditación (personal asignado para ello)	Oficio de aclaración y/o cumplimiento de requisitos Formato lista de chequeo

Fuente. Información Mapa de Procesos del IDEAM – Grupo de Acreditación

3. En la actividad 8, del Procedimiento de Acreditación y Autorizaciones, se evidenció como punto de control “*Matriz en Excel para identificar conflictos de interés de los evaluadores*”, documento entregado por el Coordinador del Grupo de Acreditación, mediante archivo llamado: “*MATRIZ DE Impedimentos Auditores 2018.xlsx*”; herramienta en la cual, no se evidenció el instructivo que permita entender los conceptos definidos para su correcto diligenciamiento.

Imagen 5. Evidencia. MATRIZ DE Impedimentos Auditores 2018.

ACTUALIZADO 2018-04-20	Evaluadores líderes					
PROFESIÓN	Ingeniero Químico	Química	Químico	Ingeniero Químico	Biólogo Marino	Ingeniera Química
ENFÁSIS	Aire (C.A. /F.F. Ruido)	Agua	Aire (C.A. /F.F. Ruido. Olores)	Fuentes Móviles	Biota/ Hidrobiología / Buceo	Agua
LABORATORIO	German Arciniegas	Ana María Perdomo	Jelson Peñaloza	Andres Alberto Altamar	Julian Darío Guerrero	Lady Andrea Fuertes
LABORATORIO DEL IDEAM						
ACCA			PERSONAL			
ACUATEST	LEVANTAD A 7/4/2016					
ACUEDUCTO BARRANQUILLA TRIPLE A						
ACUEDUCTO DE BOGOTÁ - ESP						HASTA 12/2/2019
ACUEDUCTO METROPOLITANO DE BUCARAMANGA						
AGUAS DE GIRARDOT, RICAURTE Y LA REGIÓN - ACUAGYR						
ADA & CO LTDA						
ACUEDUCTO AGUAS Y AGUAS DE PEREIRA						
AGRILAB SERVICIOS AMBIENTALES Y AGRICOLAS						

Fuente. Coordinador Grupo de Acreditación.

4. En los expedientes de las actividades 6, 7, 8 y 11, se evidencia falta de control en los tiempos de actividad establecidos en el Procedimiento de Acreditación; toda vez que estos sobrepasan en días e incluso meses, tal como se puede evidenciar en la imagen 6.

Imagen 6. Evidencia. Control en los tiempos de actividad.

<ul style="list-style-type: none"> 20176010017701 17-08-2017 14:08 PM Oficio (solicitud) Confirmación fechas de visita de evaluación para la renovación de la acreditación y extensión del alcance, matriz: agua y aire. 20176010011601 22-06-2017 11:20 AM Oficio (solicitud) Envío original del Documento de Recaudo de Contado Nº 11817 por \$ 25.232.575,18, incluyendo IVA. 20179910078152 13-06-2017 12:11 PM Consignaciones Bancarias COPIA DE TRANSFERENCIA POR RENOVACION ACREDITACION DEL LABORATORIO BB SERVICIOS 	<p>Tiempos de actividad: 30 días Tiempo evidenciado: Pago 012/06/2017 VS envío propuesta de programación (oficio) 17/08/2017= 47 días</p>
<ul style="list-style-type: none"> 20176010010321 11-06-2017 12:39 PM Informe de Auditoria INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL AQUALAB 20179910077312 09-06-2017 16:30 PM Oficio (solicitud) Solicitud AQUALAB CONSULTING SAS 20179910060052 05-05-2017 10:01 AM Correo Electrónico Fwd: Actualización de Datos AQUALAB CONS 20176010005951 15-04-2017 10:28 AM Plan de Auditoria y Cronograma PLAN Y CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN INIC 	<p>Tiempos de actividad: 10 días Tiempo evidenciado: Informe de hallazgos de evaluación in situ 15/04/2017 VS Informe de evaluación in situ 11/06/2017 = 2 meses</p>

Fuente. Sistema de Gestión Documental –SGD. ORFEO

5. En las actividades 9, 10, 12 y 13, los formatos utilizados dentro del trámite de Acreditación y que son utilizados por los evaluadores líderes y asistentes; no coinciden, con los formatos publicados en los procesos Misional (Servicios) y Estratégico (Gestión del SGI)

Imagen 7. Evidencia. Formatos que no coinciden con los publicados

 <p>PLAN DE EVALUACION <i>IN SITU</i> A ORGANISMOS DE EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD - OEC</p> <p>Código: M2-SAF-24 Versión: 2.0 Fecha: 2016-03-22 Página: 1 de 6</p>	 <p>CRONOGRAMA DE EVALUACION <i>IN SITU</i> A ORGANISMOS DE EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD - OEC</p> <p>Código: M2-SAF-02 Versión: 1.0 Fecha: 2012-05-02 Página: 1 de 1</p>
 <p>EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA EL CIERRE DE NO CONFORMIDADES DE LOS OEC EVALUADOS</p> <p>Código: M-AC-EA-F002 Versión: 01 Fecha: 19/05/2015 Página: 1 de 1</p>	 <p>INFORME DE HALLAZGOS DE EVALUACIÓN <i>IN SITU</i> A ORGANISMOS DE EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD - OEC</p> <p>Código: M-AC-EA-F10 Versión: 01 Fecha: 24/08/2016 Página: 1 de 7</p>

Fuente. Información Mapa de Procesos del IDEAM – Grupo de Acreditación

6. En el trámite de Acreditación, se evidenciaron las siguientes situaciones:

- Para las acciones descritas en las actividades:
 - 9 <https://goo.gl/HMV1xG> y <https://goo.gl/oGZo3y>
 - 11 <https://goo.gl/FwZ1tv>
 - 12 <https://goo.gl/5mk6kr>
 - 13 <https://goo.gl/2y9CkZ>
 - 19 <https://goo.gl/HGhPHu>
- Utilizan, formatos publicados en el proceso Misional (Servicios)

- Para las acciones descritas en las actividades:

8 <https://goo.gl/sBZHnW>

10 <https://goo.gl/N1Hjxk>

14 <https://goo.gl/9cDgLq>



Utilizan formatos publicados en el proceso Estratégico (Gestión del SGI).

7. Los evaluadores líderes y asistentes en los tramites de Acreditación y Autorizaciones, utilizan formatos y documentos; que no se encuentran publicados en los procesos mencionados anteriormente, estos son:

• **Proceso de Acreditación:**

Formato: “CRONOGRAMA DE EVALUACION IN SITU A ORGANISMOS DE EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD - OEC Código: M2-SAF-02 Versión: 1.0 Fecha: 2012-05-02”, utilizado en la actividad 9.

Documento: “INFORME DE REVISIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS A OEC Código: M2-SAF-16 V1.0 fecha 2012-05-17”, utilizado en la actividad 15.

• **Procedimiento de Autorizaciones:**

Formato: “CRONOGRAMA DE EVALUACION IN SITU Código: Por asignar V1.0 fecha: 2011-09-23”, utilizado en la actividad 8.

Documentos: “PLAN DE EVALUACION IN SITU A ORGANIZACIONES Código: Por asignar V1.0 fecha 2011-09-23”, utilizado en la actividad 8.

“INFORME DE HALLAZGOS DE EVALUACION IN SITU ORGANIZACIONES – PROGRAMA DE AUTORIZACIONES” Código: Por asignar V1.0 fecha 2012/07/01”, utilizado en la actividad 10.

“INFORME DE EVALUACION A ORGANIZACIONES Código: Por asignar V1.0 fecha 2011-09-23”, utilizado en la actividad 11.

“EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA EL CIERRE DE NO CONFORMIDADES DE LOS OEC EVALUADOS” Código: Por asignar V1.0 fecha 2011-09-23”, utilizado en la actividad 12.

“INFORME DE EVALUACIÓN DE PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS Código: Por asignar V1.0 fecha 2011-09-23”, utilizado en la actividad 14.

“INFORME DE SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Código: Por asignar V1.0 fecha 2011-09-23”, utilizado en la actividad 16.

8. En la actividad 12 del Procedimiento de Acreditación indica: “Enviar el PAC al evaluador líder por correo electrónico, en el Formato evaluación del plan de acción para el cierre de no conformidades de los OEC evaluados, el cual se encuentra disponible en la intranet SGI y en la página WEB del IDEAM”; el

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Código: C-EM-F003
		Versión: 05
		Fecha: 29/09/2017
		Página 15 de 25

mencionado documento, se encuentra publicado en el proceso Misional (Servicios) y no en la ruta que indica el procedimiento. <https://goo.gl/5mk6kr>

9. En la actividad 2 del Procedimiento de Autorizaciones indica: “*Revisión preliminar de documentación*”; como registro de la actividad se debe hacer: “*Revisión documental*”, motivo por el cual se evidenció que actualmente el registro de la información en los expedientes físicos, se realiza utilizando el formato: “*HOJA DE CONTROL EXPEDIENTE GRUPO DE ACREDITACIÓN*” Código M-AC-EA-F007 V2 fecha 29/03/2016; el cual, no se encuentra publicado. Por lo anterior, se pudo determinar que en el proceso estratégico se encuentra publicado el formato: “*LISTA DE CHEQUEO CONTROL DE DOCUMENTOS EXPEDIENTES APLICADO GRUPO DE ACREDITACIÓN*” Código: E-SGI-AC-F007 V2 de fecha: 26/05/2016”, el cual no está siendo utilizado.

Imagen 8. Evidencia. Formato Control Expedientes



Fuente. Información Mapa de Procesos del IDEAM – Grupo de Acreditación

En cuanto la actividad 6. “Cotización de la visita de evaluación para acreditación según trámite”; no se encontró dentro del expediente Orfeo 201760100100400019E y en la carpeta física, el documento que evidenciara el envío de la cotización por parte del Instituto al OEC.

OPORTUNIDAD DE MEJORA 3

Subdirección de Estudios Ambientales - Grupo de Acreditación de Laboratorios

Incumplimiento de lo estipulado en el “*Procedimiento de Acreditación*”, actividad 6. “*Cotización de la visita de evaluación para acreditación según trámite*”; toda vez que al revisar la documentación física y electrónica se evidencia que no se realizó la cotización a un (1) Organismo Evaluador de la Conformidad – OEC, por parte del Instituto.

CRITERIO

Incumplimiento en la actividad 6 del “*Procedimiento de Acreditación*” Código M-S-AC-P002 Versión 01 de Fecha 09/03/2016 y Resolución 268 de 2015

CONDICIÓN

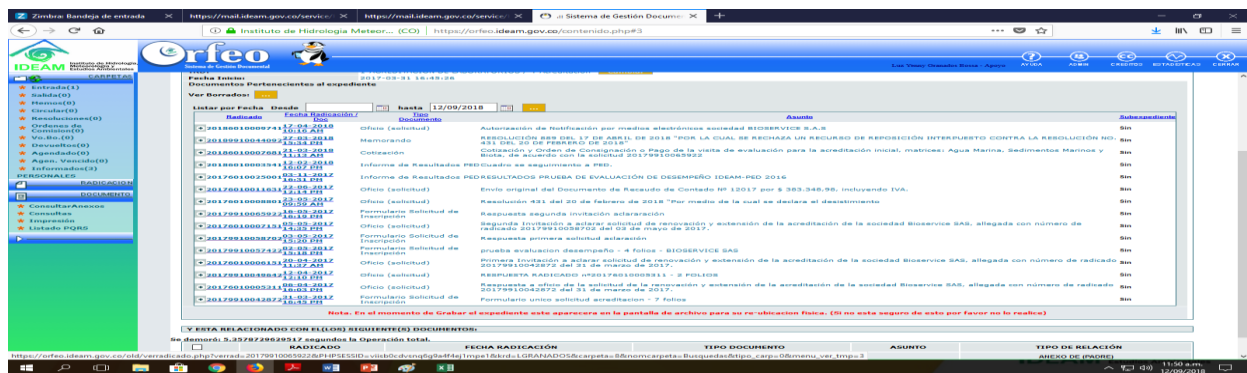
El Procedimiento de Acreditación, indica: *Actividad 6. “Cotización de la visita de evaluación para acreditación según trámite. Emitir cotización-orden de consignación o pago, para todo el alcance definido en el auto de inicio de trámite. Nota: La vigencia de la cotización es de 30 días hábiles. El tiempo de plazo*

para emitir la cotización inicia con la expedición del auto de inicio de trámite. [Parágrafo del Artículo 13º Resolución 268 de 2015]"

Lo anterior, se evidenció de acuerdo con la trazabilidad registrada en Orfeo, en relación con el no envío de la cotización, así:

- En la fecha 31/03/2017, se evidencia el formulario solicitud de inscripción con radicado 20179910042872.
- En la fecha 06/04/2017 y mediante radicado 20176010005311, se evidencia oficio respuesta solicitud de renovación y extensión de la acreditación.
- En la fecha 12/04/2017 y con radicado 20179910049642 se evidencia oficio de respuesta a radicado 20176010005311.
- En la fecha 20/04/2017 y mediante radicado 20176010006151 se evidencia oficio de asunto: Primera Invitación a aclarar solicitud de renovación y extensión de la acreditación de la sociedad Bioservice SAS, allegada con número de radicado 20179910042872 del 31 de marzo de 2017.
- En la fecha 03/05/2017 y con radicado 20179910058702, se evidencia: Respuesta primera solicitud aclaración.
- En la fecha 05/05/2017 y mediante radicado 20176010007151, se evidencia oficio de asunto: Segunda Invitación a aclarar solicitud de renovación y extensión de la acreditación de la sociedad Bioservice SAS, allegada con número de radicado 20179910058702 del 03 de mayo de 2017.
- En la fecha 16/05/2017 y con radicado 20179910065922, se evidencia: Respuesta segunda solicitud aclaración.
- En la fecha 23/05/2017 y mediante radicado 20176010008801, se evidencia: Resolución 431 del 20 de febrero de 2018 "Por medio de la cual se declara el desistimiento.

Lo anterior, también puede visualizarse en la siguiente imagen:



Fuente. Sistema de Gestión Documental –SGD. ORFEO

Se recomienda establecer mecanismos de control frente a los tiempos de actividad, establecidos en el procedimiento.

Independiente de la oportunidad de mejora registrada anteriormente, se sugiere considerar en el "Procedimiento de Acreditación" incluir lineamientos frente al actuar de las OEC, en los aspectos relacionados a continuación; toda vez que no se encuentran inmersos en el citado procedimiento:

- El paso a seguir en el caso que no realice el pago de la cotización.
- El trámite a seguir para la devolución del dinero, en caso que el OEC haya efectuado el pago y posteriormente decida no continuar con el trámite de acreditación.

En caso de considerar la recomendación anterior, estos cambios deben verse reflejados en las diferentes plataformas tecnológicas para Trámites y Servicios del Estado de cara al usuario.

4. PERFIL DE LOS EVALUADORES LIDERES Y ASISTENTES

Con el fin de verificar el cumplimiento de la Resolución 2765 de 28 dic 2015, la cual adopta el perfil de los evaluadores que apoyan la Gestión del Grupo de Acreditación, se realizó la actividad de revisar los expedientes que reposan en la Oficina Asesora Jurídica del IDEAM, de los contratistas que forman parte del Grupo de Acreditación

4.1 PERFILES ACREDITACIÓN

Evaluador Líder

- Nombre y Apellidos: Jeison Duvan Peñaloza Bejarano
- Cedula de Ciudadanía: 80.852.239
- Expediente: 201810202705900009E
- Contrato: 078-2018
- Revisión de Expediente: En el expediente 201810202705900009E, no se encontró:
 - Certificado de Auditor Líder de la NTC –ISO 17025:2005.En el Expediente 20171020270590006E Contrato 025-2017, se evidencio los certificados de:
 - Certificado de Auditor Interno NTC –ISO 17025:2005 expedido por SGS realizado 15/02/2012 al 17/02/2012 con una intensidad de 24 horas.
 - Certificado de Auditor Líder NTC –ISO 17025:2005 expedido por Corporación Metrológica y Calidad CMC LTDA Certificado 2015-005 Fecha de expedición: 2015-02-06 Fecha de vencimiento: 2020-02-05.
 - Profesión: Químico PQ=2593 con Especialización en Estadística Aplicada.
- Observación: El auditor líder cumple con el perfil de evaluador líder de conformidad con el artículo 1° de la Resolución 2765 de 28 dic 2015. Revisando la página del portal Colombia Compra Eficiente a través del Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II, **se evidencia que no tiene cargado en el espacio destinado para el cargue de la información: "adjuntar certificados académicos", el certificado que lo acredita como Auditor Interno NTC –ISO 17025:2005 y que su vez, lo exige la Resolución 2765 de 28 dic 2015**

Evaluador Asistente

- Nombre y Apellidos: Diana Vanessa Cuaran Anacona
- Cedula de Ciudadanía: 1.018.411.373
- Expediente: 201820202705900155E
- Contrato: 085-2018
- Revisión de Expediente En el expediente 201820202705900155E, se encontró:
 - Certificado de Auditor Interno de la NTC –ISO 17025:2005 expedido por Corporación Metrología y Calidad CMC LTDA Certificado 11-020.
 - Profesión: Ingeniera Química Especialista en Gerencia de Proyectos
- Observación: El auditor asistente cumple con el perfil de Evaluador Asistente y se evidenció que la información se encuentra publicada en el SECOP II.

4.2 PERFILES AUTORIZACIÓN

Evaluador Líder

- Nombre y Apellidos: Andrés Alberto Altamar Pérez
- Profesión: Ingeniero Químico Universal Nacional TP: 12198. Especialista en Gerencia Ambiental. Acta 342 Universidad Libre.
- Experiencia:
 - Contratos UNAL: 174/2009, 23/2010 y 96/2010
 - Objeto: Prestación de servicios de apoyo para la revisión y modificación de procedimientos de auditoría en el marco del convenio interadministrativo celebrado entre la Secretaria Distrital de Ambiente y la U. Nacional.
 - Contratos IDEAM: 009/2011, 024/2012, 053/2013, 091/2014, 045/2015, 064/2016, 018/2017, 397/2017 y 258/2018
 - Objeto: Prestar los servicios de evaluador líder definidos en 268 para la planeación de ejecución y seguimiento de las evaluaciones de las organizaciones y/o laboratorios con fines de autorización y/o acreditación.
- Competencia:
 - Auditor Líder Calidad: Corporación Metrología y Calidad. Certificado No. 12-026.
 - Auditor Líder NTC-ISO 17025:2005 Certificado No. 12-475.
 - Auditor Interno NTC-ISO 17025:2005 SGS No. 37182
- Observación: El auditor asistente cumple con el perfil de Evaluador Líder y se evidenció que la información se encuentra publicada en el SECOP II.

Evaluador Asistente

- Nombres y Apellidos: Luis Alfonso Cadena
- Profesión: Ing. Mecánico. Universidad América. TP: CN230-44053. Esp. Gestión Ambiental. Universidad América. Acta 17.
- Experiencia:
 - Secretaria Distrital de Ambiente

Contratos 231/2005, 120/2007

Objeto: Realizar medición de emisiones en fuentes móviles; 236/2008

Objeto: Realizar la evaluación seguimiento y control a los CDA; 514/2009 026/2010, 899/2011

Objeto: Asesorar y orientar la ejecución del programa de evaluación y seguimiento a los CDA. 426/ y 1328/2012

Objeto: Asesorar y orientar las actividades desarrolladas en el control de emisiones por fuentes móviles.

- **Competencia:**

Auditor Interno NTC-ISO 17025:2005. COTECNA. Certificado CAP 2010-0161

- **Observación:** El auditor asistente cumple con el perfil de Evaluador Asistente y se evidenció que la información se encuentra publicada en el SECOP II.

De la revisión anterior, se puede considerar, lo siguiente:

OPORTUNIDAD DE MEJORA 4

Subdirección de Estudios Ambientales - Grupo de Acreditación de Laboratorios y Oficina Asesora Jurídica

Se pudo evidenciar que en el enlace previsto por el Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II, en el espacio destinado para el cargue de la información: “*adjuntar certificados académicos*”, no se evidenció el certificado que garantiza la competencia como Auditor Interno NTC –ISO 17025:2005 al contratista Jeison Duvan Peñaloza Bejarano.

CRITERIO

Incumplimiento en los artículos Artículo 2.2.1.1.1.3.1 y Artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 de 2015. "Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector administrativo de planeación nacional"

“Artículo 2.2.1.1.1.3.1. Definiciones. Documentos del Proceso son: (a) los estudios y documentos previos; (b) el aviso de convocatoria; (c) los pliegos de condiciones o la invitación; (d) las Adendas; (e) la oferta; (f) el informe de evaluación; (g) el contrato; y cualquier otro documento expedido por la Entidad Estatal durante el Proceso de Contratación” Negrilla fuera de texto.

“Artículo 2.2.1.1.1.7.1. Publicidad en el SECOP. La Entidad Estatal está obligada a publicar en el SECOP los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición. La oferta que debe ser publicada es la del adjudicatario del Proceso de Contratación. Los documentos de las operaciones que se realicen en bolsa de productos no tienen que ser publicados en el SECOP.”

CONDICIÓN

En la Resolución 2765 del 28 dic 2015 del IDEAM; en el artículo 1°, se adopta el perfil de los evaluadores líder y asistente que apoyan la Gestión del Grupo de Acreditación de la Subdirección de Estudios Ambientales del IDEAM, los cuales son:

EVALUADOR LIDER – ACREDITACION

Título profesional en Química, Química Farmacéutica, Ingeniería Química, Biología, Biología marina, Microbiología, Ingeniería Ambiental, Ingeniería Sanitaria, Ingeniería Ambiental y Sanitaria, con certificado de auditor líder en calidad y certificado de auditor interno en NTC-ISO/IEC 17025, con postgrado en áreas relacionadas (química, ambiental, calidad, análisis instrumental, estadística) y experiencia relacionada mínima de 26 meses en evaluación de conformidad y/o aseguramiento de la calidad y/o ejecución de ensayos y/o auditoría – interventoría de muestreos y/o ejecución de muestreos en matrices ambientales. La equivalencia del postgrado será mínimo de 24 meses adicionales de experiencia profesional relacionada con evaluación de la conformidad y/o aseguramiento de la calidad y/o ejecución de ensayos y/o auditoría – interventoría de nuestros y/o muestreos en matrices ambientales”.

Por lo anterior, se pudo evidenciar que en la carpeta física que reposa en la Oficina Asesora Jurídica del Instituto, mediante el expediente 20171020270590006E del contratista Jeison Duvan Peñaloza Bejarano, si cuenta con los certificados:

- Certificado de Auditor Interno NTC –ISO 17025:2005 expedido por SGS realizado 15/02/2012 al 17/02/2012 con una intensidad de 24 horas.
- Certificado de Auditor Líder NTC –ISO 17025:2005 expedido por Corporación Metrológica y Calidad CMC LTDA Certificado 2015-005 Fecha de expedición: 2015-02-06 Fecha de vencimiento: 2020-02-05.

Sin embargo; al corroborar los certificados físicos, con los publicados en el Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP II, estos no se encuentran publicados y es necesario publicar todos los documentos que dan cuenta de cumplir con el perfil requerido por el contratista y que posee la competencia necesaria para el desempeño de sus funciones contractuales con el IDEAM.

5. SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DE GESTIÓN Y CORRUPCIÓN

Para la vigencia 2018, el proceso Misional: Servicios - Grupo de Acreditación de Laboratorios de la Subdirección de Estudios Ambientales, estableció en el formato “*Mapa de Riesgos*” código: E-SGI-F006 versión 05 de fecha 02/05/2017, seguimiento asociado a los riesgos de gestión y corrupción del proceso en mención.

En la tabla 5, se realiza un resumen al seguimiento que realiza el proceso mencionado, en donde se

observan 4 riesgos, así: 2 correspondientes a riesgos de gestión (corte 30/04/2018) y 2 a riesgo de corrupción (corte 30/04/2018)

Tabla 5. Análisis de los riesgos de gestión y corrupción

Riesgo	Controles	Indicador	% Cumplimiento	Observaciones de auditoría
Demora en las respuestas o conceptos hacia el usuario, del proceso de acreditación. RIESGO DE GESTION	Se realiza seguimiento (excel con alimentación manual) de las solicitudes que tienen fijados tiempos de respuesta y un indicador de eficacia. Se asignó la responsabilidad en el profesional universitario del grupo para realizar este seguimiento y se fijó como objetivo de desempeño laboral	Tiempo promedio de trámite total/ Tiempo asignado en el SUIT	Aun no, se han generado datos que permitan realizar un cálculo del indicador, éste, se podrá establecer a corte (Agosto 30 de 2018)	Seguimiento a los tiempos reales de los trámites ejecutados en el año 2018: Revisando el formato Excel a corte 30 junio, archivo llamado: SEGUIMIENTOS SOLITUDES-COTIZACIONES"; se observan, 70 tramites en un tiempo establecido de 6 meses (junio). El tiempo real para tramite que registra SUIT es de 11 meses, se indica que para el segundo corte (agosto 30/2018) se realizaran cambios al planteamiento del indicador; con el objetivo de hacer un seguimiento en cada uno de los pasos establecidos en el Procedimiento y no al tiempo global del trámite; ya que la medición sería muy larga en el tiempo e ineficaz. Avance de la implementación del trámite ACREDITACION en la plataforma VITAL-SILA del ANLA. Por lo anterior, la OCIN evidencia los archivos: Carpeta llamada: "Evidencia implementar acciones racionalización". La cual contiene los siguientes archivos: <i>Cesión VITAL SILA Febrero 2018.pdf</i> <i>Correo resumen respuesta VITAL SILA.pdf</i> <i>Evidencia implementar acciones racionalizacion.zip</i> <i>ORFEO ANLA 20189910001482.tif</i> <i>Propuesta Formulario ANLA.xls</i> Se concluye, avances en la ejecución de la actividad.
Respuestas en contravención con normatividad vigente, el proceso o conceptos científicos	Auto de inicio de proceso, informes técnicos y el seguimiento a las Pruebas de Evaluación de Desempeño, son controles para	No. Recursos de reposición donde se acepte por lo menos un argumento presentado por el usuario	Se evidencia con ORFEO 20186010000913_00004 de fecha 02/05/2018	Retroalimentar al Grupo de evaluadores sobre los recursos otorgados a favor del usuario, para la evaluación de causas, la implementación de acciones tendientes a eliminarlas La OCIN, evidencia con radicado ORFEO 20186010000913_00004 de fecha

<p>RIESGO DE CORRUPCIÓN</p>	<p>mantener conceptos coherentes relacionados con la acreditación</p>			<p>02/05/2018 el envío del archivo: "HOJA DE INDICADORES"; donde se establece la medición del indicador: "No. Recursos de reposición donde se acepte por lo menos un argumento presentado por el usuario"; documento enviado a la Oficina Asesora de Planeación, quien es la dependencia encargada de hacer el monitoreo a los riesgos de corrupción.</p> <p>Se concluye, avances en la ejecución de la actividad.</p>
<p>No realización de visita de evaluación para acreditación</p> <p>RIESGO DE GESTION</p>	<p>Cotizaciones revisadas por parte de un evaluador líder para confirmar tiempos según los muestreos, o el desplazamiento Programación con dos meses de anticipación, programación a tiempo del PAC y de las comisiones</p>	<p>No. de visitas no realizadas por causa del IDEAM</p>		<p>Solicitar a los evaluadores información sobre fechas de bloqueo de la programación por asuntos personales para programar sobre seguro. Solicitar la información inmediata sobre incapacidades médicas o demás imprevistos para tener margen de programación.</p> <p>De acuerdo al testimonio dado, por parte del funcionario encargado del Grupo del Acreditación indicando que: "el riesgo, NO se ha materializado, dado que nunca se ha presentado (en el término de 2 años atrás), la falta de una visita programada a un OEC, por tal motivo, el riesgo se encuentra actualmente en la: "ZONA DE MANEJO: ASUMIR"; por lo anterior el riesgo continúa en su mínima calificación y se mantiene hasta el informe a corte agosto 30/2018.</p> <p><i>La OCIN, evidenció durante la auditoria la falta de envío de una cotización a un OEC, por lo cual se declaró desistimiento; si bien, esta situación no afecta el indicador debido a que la visita al OEC no se alcanzó a programar y no hubo afectación en el PAC y comisiones programadas; también es cierto que el Instituto dejó de percibir recursos por este concepto; situación que podría conducir a considerar que los controles establecidos para minimizar el riesgo, aparentemente, no han sido del todo efectivos; razón por la cual, se recomienda revisar los controles señalados a fin de determinar</i></p>

				<i>sus respectivos ajustes.</i>
Decisiones ajustadas a intereses particulares	<p>*Registró activo de conflicto de intereses, más el registro de compromiso de confidencialidad, e independencia de todo el grupo.</p> <p>*Confirmación de impedimentos previo a la visita in situ.</p> <p>*Confirmación de impedimentos previo a la visita in situ.</p>	Numero de documentos de normalización generados para la unificación de criterios de acreditación	14	<p>Diagnóstico del estado del Sistema de gestión documental del grupo de acreditación, comparado con los requisitos de la Norma.</p> <p>Asignación de la revisión documental con base en el diagnóstico.</p> <p>La OCIN, evidencia que mediante correo electrónico de fecha 16/05/2018, se envía el archivo: <i>"Indicador No Documentos normalizados"</i></p> <p>Por lo anterior, se evidencia cumplimiento en la medición del indicador, dado que una de las oportunidades de mejoras de este informe, da como resultado, las debilidades que el Grupo de Acreditación presenta frente a el Sistema de Gestión Integrado.</p>

Fuente. Auditor OCIN. Proceso de Autorización.


Por lo anterior; se recomienda en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación, adelantar una nueva definición de riesgos, acorde a los lineamientos establecidos en la nueva guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, de fecha Agosto de 2018, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública; la cual se encuentra publicada en la página web de esta entidad <https://goo.gl/2kBqHC>.

Nota: El ítem "7. NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES DETECTADAS", del presente informe de auditoría: no es diligenciado, debido a que en el ítem "5. METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA AUDITORIA INTERNA", explica al detalle cada una de las oportunidades de mejora, observadas durante la ejecución de la auditoría.

6. FORTALEZAS

En el proceso de auditoría, fueron detectadas las siguientes fortalezas:

- | |
|--|
| 1. Buena disposición de los funcionarios para atender los requerimientos de la auditoría y brindar la información en el desarrollo de la misma |
| 2. Orden en que se presenta la información |
| 3. Adecuado manejo de los controles frente a los tiempos en el trámite de Autorización. |

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Código: C-EM-F003
		Versión: 05
		Fecha: 29/09/2017
		Página 24 de 25

7. NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES DETECTADAS

NC	OBS	DESCRIPCIÓN (Debe contener criterio afectado)	RECOMENDACIONES

Nota: Tanto las No Conformidades como las Observaciones identificadas se encuentran establecidos como “hallazgos de auditoría”.

8. CONCLUSIONES

Describir de manera breve los aspectos a rescatar de la auditoría Interna y/o los cambios que afecte a la organización

El objetivo de la auditoría se cumplió; resaltando el compromiso del Grupo de Acreditación y Autorización, en el cumplimiento y presentación de la información y los expedientes a auditar.

MEPJ

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR ESTE INFORME:

Este informe se comunicará después de la auditoría y posterior a la revisión por parte del Auditor Líder, aplicará únicamente a los procesos involucrados y no será divulgado a terceros sin su autorización.

Nombre completo	Responsabilidad	Firma
Nombre: LUZ YENNY GRANADOS Cargo: Contratista Oficina de Control Interno	Auditor Líder	
Nombre: NESTOR ALEJANDRO GÓMEZ GUERRERO Cargo: COORDINADOR GRUPO DE ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS	Líder del Proceso	

9. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

10. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
01	30/10/2012	Creación del documento
02	19/11/2014	Revisión y ajustes identificados en el desarrollo de la autoevaluación del proceso.
03	05/12/2014	Revisión y ajustes identificados en el desarrollo de la autoevaluación del proceso.
04	27/04/2015	Revisión y ajustes identificados en el desarrollo de la autoevaluación del proceso, en donde se suprime el ítem de recomendaciones.
05	29/09/2017	Revisión y ajustes identificados en el desarrollo de la autoevaluación del proceso.



Instituto de Hidrología,
Meteorología y
Estudios Ambientales

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código: C-EM-F003

Versión: 05

Fecha: 29/09/2017

Página 25 de 25

ELABORÓ:

María Eugenia Patiño Jurado
Jefe Oficina Control Interno.

REVISÓ:

Sirley Corredor Monsalve
Profesional de Calidad de la Oficina Asesora
de Planeación.

APROBÓ:

Juan Carlos Lobo T.
Jefe Oficina Asesora de Planeación.