

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre del Cliente</b>                       | <b>Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación – ICFES.</b>  |
| <b>Ciudad/País</b>                              | <b>BOGOTÁ – COLOMBIA</b>   |
| <b>Nombre del Auditor(es)</b>                   | <b>LINA MARIA CRUZ PEREZ (AUDITOR LIDER)<br/>LUZ FANNY CASTILLO (AUDITOR EQUIPO)<br/>MARTHA ESTRADA (EQUIPO AUDITOR)</b> |
| <b>Sitios visitados</b>                         | <b><u>CALLE 26 No. 69 – 76 EDIFICIO ELEMENTO TORRE 2</u><br/><u>PISO 15,16,17 Y 18</u></b>                               |
| <b>Normas empleadas</b>                         | <b>NTC ISO 9001:2008 - NTC ISO GP 1000:2009</b>  |
| <b>Fechas Auditoría Interna y pre-auditoría</b> | <b>17, 18 y 19 de Mayo de 2017</b>   |

**1. Resumen de No conformidades**

0 No conformidades

**2. Resumen de Oportunidades de Mejora**

| <b>No.</b>       | <b>OM/ Observaciones</b>   |
|------------------|--|
| <b><u>1</u></b>  | Planeación estratégica: En la Caracterización del subproceso planeación estratégica y gestión operativa. Código A1- Versión 11, no corresponde al nombre del subproceso el cual se llama Planeación y desarrollo que aparece en el manual de calidad del Sistema Integrado de Gestión Organizacional M1.M01.   |
| <b><u>2.</u></b> | Planeación estratégica: Asegurar que el 100% de los servidores públicos y contratistas asignados a cada proceso entiendan, la política de calidad para aplicarla. Asegurar que los valores Éticos definidos por el ICFES, los conozcan el 100% de los servidores públicos y contratistas asignados a cada proceso.                                       |
| <b><u>3</u></b>  | Comunicación Publicación o imagen: El requisito 5.5.3 Comunicación interna no está establecido en la caracterización, solo de contempla los requisitos de la GP 1000:2009 mas no los de ISO 9001:2008  |
| <b><u>4</u></b>  | Comunicación Publicación o imagen: Se observa que el formato Código: A1.3.F02; Versión 7- AJUSTES PLAN DE ACCIÓN DEL PROCESO A1. PLANEACIÓN Y DESARROLLO. No está debidamente diligenciado y las firmas no corresponden a los responsables. Asegurar que el 100% de las comunicaciones estén aprobadas por correo electrónico por la Jefe de la Oficina. |
| <b><u>5</u></b>  | Proyectos especiales y nuevos negocios: Se revisó la caracterización del subproceso Gestión de nuevos negocios - Código A6, Versión 8, el cual no corresponde al nombre establecido en el manual de calidad del SIG organizacional allí aparece A6 Gestión de proyectos especiales.  |
| <b><u>6</u></b>  | Diseños de Instrumentos: Establecer quien hace la liberación del diseño.   |

|           |   |
|-----------|---|
| <u>7</u>  | Análisis y divulgación. Incluir en el manual de calidad del SIG Organizacional Código M1.M01 Versión 1, el procedimiento B3.P.3. Versión. 1 Análisis para la generación de información agregada sobre las evaluaciones que realiza o implementa el ICFES y sus resultados.  |
| <u>8</u>  | Resultados: Al revisar el procedimiento de Publicación de resultados, Código C7.P.1- Versión 6 ítem 8 información del documento no contempla el cambio de versión 4. Esta se identifica en este proceso, corresponde al SGC; ítem 8 Información del documento de lista de chequeo, no contempla el cambio de versión de la lista de chequeo, realizado en el 2016 y en el documento aparece última actualización en 2015.   |
| <u>9</u>  | Resultados: Incluir el procedimiento emigración en el SGC; Revisar el repositorio documental e identificar los documentos del SGC para incluirlos.  |
| <u>10</u> | Resultados. Al revisar el control de contrato 336 de 2015, asegurar que el control de consumo mensual de los servicios de nube corresponden al mismo. Se observó que los consumos corresponden al contrato No.2975 de 2014.   |
| <u>11</u> | Proceso resultados: Al realizar el análisis de indicadores complementar la información, se cuenta con la misma para los diferentes periodos vistos.   |
| <u>12</u> | Proceso Resultado: Aunque se abordan hallazgos de mejora derivados de una acción de tipo correctivo, este reporte se debe hacer en el formato o aplicativo establecido para tal fin.  |
| <u>13</u> | Ejecución de Proyectos Educativos: Se cuenta con una ficha de indicadores identificada con el código: J1.I01 V.3, caracterización, indicador de Eficiencia el cual es medido con una periodicidad anual, Unidad de medida % y con una meta 5 %. Asistentes de seminarios, talleres / sobre los asistentes de seminario del año pasado x 100 %<br>Se obtiene un resultado del 261% y su meta es del 5%; el auditado refiere que se va reformular el indicador, ya que el resultado de la meta no es coherente y no permite evaluar las condiciones y causas de las desviaciones en las actividades del subproceso.   |
| <u>14</u> | Servicios y trámites: Revisar meta definida de los indicadores planteados ya que se está cumpliendo desde el año 2015 y no se evidencia reformulación de metas que permitan contribuir a la mejora.   |
| <u>15</u> | Gestión de la calidad: El alcance identificado del SGC no concuerda con el que se dispone en el certificado.<br><br>El alcance definido en el Manual se calidad difiere del documentado en la certificación del ente certificador ICONTEC Certificado No. SC7132-1 Fecha de vencimiento 26/07/2019.<br><br>Alcance documento en el manual de calidad Numeral: 6.3.1 página 24 La gestión para la prestación del servicio de evaluación de la calidad de la educación en todos sus niveles y la gestión de la investigación sobre los factores que afectan la calidad misma".<br><br>Alcance del certificado:<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño y aplicación de evaluaciones, análisis y divulgación de información y gestión de</li> </ul> |

|           |  |
|-----------|--|
|           | <p>investigación sobre los factores que afectan la calidad de la educación en todos sus niveles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestación de servicios de evaluación de conocimientos , competencias y aptitudes</li> </ul>   |
| <b>16</b> | Gestión de la calidad: Aunque se han realizado actividades para la gestión de indicadores cuando se desvían de la meta, es pertinente revisar el análisis del indicador y la estructura planteada para los planes de acciones acordados cuando se presentan desviaciones.  |
| <b>17</b> | Control y seguimiento: Revisar los objetivos establecidos en la hoja de vida del informe Código K1.2.FO2; Versión 1. Qué hace y para qué se hace.<br>En el informe Código K1.2.FO2; Versión 1, se evidencian recomendaciones, el auditor no da recomendaciones estas no se encuentran en los tipos de hallazgos.     |
| <b>18</b> | Control y seguimiento: Los puntos del control establecidos en los documentos, deben estar alineados con los riesgos. Estos controles no evidencian que se controla, cuando controla, quien controla y evidencia del control información que se utiliza en la matriz de riesgos                                       |
| <b>19</b> | Control y seguimiento: Se debe establecer un programa de auditorías el cual corresponde al plan de acción. Cambiar el nombre por programa de auditorías K1.I.FO1, Versión 1.   |
| <b>20</b> | Defensa de los intereses: Asegurar el diligenciamiento de la lista de verificación para pago de sentencias judiciales y conciliaciones en tinta indeleble, porque esta se encontraba escrita con lápiz.  |
| <b>21</b> | Talento Humano: Para los indicadores del proceso revisar la meta planteada no está siendo exigente frente a lo relevado en los resultados  |
| <b>22</b> | Gestión Documental: La recuperación de los registros físicos no se tiene contemplado en el procedimiento interno, sin embargo, ya se tiene un plan de trabajo donde se contempla el Reglamento interno de archivo y los procedimientos específicos de la gestión documental la espera de aprobación y cierre eficaz. |
| <b>23</b> | Control interno: Programar y/o contemplar auditoria in situ de archivo central que se dispone en la sede del centro con el objeto de verificar cumplimiento de procedimiento interno establecido por el proceso.   |
| <b>24</b> | Servicios de Infraestructura: Para el indicador Resolución de incidentes de red, se revisa un análisis de causa pero no es clara la solución planteada en caso de que se vuelva a presentar, es importante redefinir meta del indicador visto  |
| <b>25</b> | Desarrollo y mantenimiento de software: Dejar evidencia de los demos realizados de la aceptación por parte de los usuarios que indica la validación por parte de los mismos.   |
| <b>26</b> | Proyectos tecnología e informática: Visto ID 3990 DENOMINADO INCUMPLIR LA EJECUCIÓN OPORTUNA DE ACTIVIDADES se identifico el riesgo pero no se ha evaluado fue generado en marzo de 2017   |
| <b>27</b> | Proyectos tecnología e informática: Para el indicador cumplimiento de la ejecución a proyectos, se debe considerar revisar la meta definida para el indicador y análisis de datos  |

|                  |  |
|------------------|--|
| <b><u>28</u></b> | Gestión de la Información: Se dispone en el proceso indicadores que presentaron desviaciones y fueron remitidos a análisis de causas y planes de acción, pero en el reporte visto no se evidencia un análisis de causas consecuente al hallazgo presentado   |
| <b><u>29</u></b> | Proceso de Proyectos Especiales: Al revisar la carpeta física del contrato 1421 de 2017, realizado con la Secretaria de Educación del Distrito, se encuentran tres contratos con el mismo objeto contractual y el mismo contratista. Sin embargo actualmente la organización dispone de una oportunidad de mejora de fecha 12/05/2017 donde esta abordando las TRD tablas de retención documental, a la espera de la aprobación por parte del archivo general de la nación para dar cierre eficaz a la acción planteada. |
| <b><u>30</u></b> | Proceso de calidad: Visto procedimiento Acción preventiva y de mejora M1.P.6 Versión 02 fecha del 27 Octubre de 2016. Se evidencia control de cambios en el documento. No se dispone en el momento de la auditoria de la divulgación de la actualización de documentos bajo el listado de asistencia según lo indica el procedimiento interno de la organización   |
| <b><u>31</u></b> | Proceso de control interno: En el momento de la auditoria al proceso de control interno, no se dio a conocer ni la política ni los objetivos de riesgos que tiene definida la organización, Se refiere una política en el plan de anticorrupción y atención al ciudadano, sin embargo, es importante verificar que la política y objetivos este alineado a la metodología del DAFP, actualmente la organización cita esta metodología como referente.  |
| <b><u>32</u></b> | Todos los procesos: La organización debe abordar las oportunidades de mejora con acciones correctivas y preventivas teniendo en consideración un análisis previo si amerita un plan de acción, una acción correctiva y/o una acción de tipo preventivo que conlleve a la mejora de su sistema de gestión implementado  |

### **3. Observaciones en General**

- La organización dispone de un Sistema de Gestión de calidad con base en las normas ISO NTC 9001:2008 Y GP1000:2009 documentado e implementado.
- Se evidencia un Sistema de Gestión de Calidad adecuado y conveniente para la naturaleza y razón social de la organización
- La organización debe abordar las oportunidades de mejora con acciones correctivas y preventivas teniendo en consideración un análisis previo si amerita un plan de acción, una acción correctiva y/o una acción de tipo preventivo que conlleve a la mejora de su sistema de gestión implementado

**FORTALEZAS:**

A los largo de la auditoría realizada se dispone de varias fortalezas dentro del SGC implementado por la organización entre ellas:

- Desarrollo tecnológico y ejecución de proyectos de tecnología que proporcionan un control y enfoque en los proyectos ejecutados por la institución
- Proceso ambiental sostenido con un importante grado de madurez que puede llevar a una certificación en ISO 14001:2015
- Compromiso de la alta dirección evidenciando control y seguimientos a los procesos internos en pro de la mejora del SGC de la organización
- Análisis estratégico y DOFA implementado y ejecución de proyectos derivados de los objetivos estratégicos de la organización

|                                 |                              |   |                                      |
|---------------------------------|------------------------------|---|--------------------------------------|
| <b>Nombre del Auditor Líder</b> | <b>LINA MARIA CRUZ PÉREZ</b> | <b>Nombre del Representante de la Dirección</b> | <b>DEYRA ALEJANDRA RAMIREZ LÓPEZ</b> |
| <b>Fecha</b>                    | <b>31 MAYO DE 2017</b>       | <b>Fecha</b>                                    | <b>31 MAYO DE 2017</b>               |