

Fecha	15	07	2019
Lugar	Sociedad Aguas del Huila S.A. E.S.P. – Sede principal (Neiva -H)		
Proceso auditado	Gestión de Mejora Continua		
Líder proceso Auditado	Juan Carlo Berján Bahamón – Auxiliar Administrativo II / Coordinador del SGC – Mejora continua		
Grupo Auditor	Melba Charry Mosquera – Asesora oficina de control interno (Coordinadora Auditoría)		
	Wilson Andrade González		

1. OBJETIVO

Realizar verificación de la operatividad del sistema de control interno institucional de cada uno de los procesos de la entidad, acorde al plan de acción y el programa de auditorías de control interno establecidos para la presente vigencia fiscal, adoptado por la entidad mediante resolución administrativa No. 028 de 2019 aplicando los instrumentos, normas, métodos y procedimientos dentro de los estándares exigibles a labor auditora en Colombia, que permitan documentar el diagnóstico y evaluación de los planes, programas, indicadores de gestión y las actividades misionales en general de cada proceso de la Sociedad Aguas del Huila S.A. E.S.P., y recomendar las acciones de mejora sobre todas las observaciones, desviaciones y no conformidades que establezca la oficina de control interno, acorde a los requisitos del modelo MECI:2014 y el modelo integrado de planeación y gestión MiPG que vaya desarrollando e implementando la organización.

2. ALCANCE

La auditoría se hace extensiva a las actividades y funciones a cargo del proceso auditado, con cubrimiento al periodo fiscal de 2018 y lo corrido de la vigencia 2019. El ámbito de la auditoría cubre el funcionamiento misional de esta dependencia y/o proceso., y otros aspectos fundamentales, tales como: Estado de los convenios, programas y proyectos a cargo de la dependencia; revisión de los contratos de apoyo derivados de los convenios, planes, programas y proyectos; Cumplimiento metas del plan de acción del proceso con alcance al plan de gestión y/o desarrollo institucional; Evaluación de informes e indicadores de gestión rendidos por el proceso; documentación y administración del mapa de riesgos operacionales y anticorrupción del proceso; Levantamiento (documentación) y cumplimiento de planes de mejoramiento, de acuerdo con las observaciones formuladas en auditorías y pruebas selectivas de control interno.

3. PROCEDIMIENTO

Examen de documentación de la dependencia y otros procesos proveedores, entrevistas con funcionarios del área, aplicación de listas de chequeo, encuestas, manual de procesos y procedimientos, revisión de contratos derivados de los convenios, programas y proyectos; y papeles de trabajo estandarizados para llevar a cabo la labor auditora.

4. RECURSOS

Documentación solicitada y puesta a disposición del auditor designado, manual de auditoria interna, estatuto y código de auditoría interna de la sociedad Aguas del Huila SA ESP; guías de control interno dispuestas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP

5. HALLAZGOS (NO CONFORMIDADES) ESTABLECIDOS EN LA AUDITORIA

De acuerdo con el proceso auditor y las revisiones llevadas a cabo, se establecen los siguientes hallazgos o no conformidades:

Ha1: No se evidencian procesos y/o actividades llevados a cabo en la articulación e integración del sistema de gestión de la calidad en la entidad en desarrollo e implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MiPG. El líder y/o coordinador de calidad refiere que hasta la fecha no ha sido convocado o integrado a los procesos o actividades entorno al MiPG liderados por el área de planeación de la entidad (Los atributos de calidad deben estar presentes y ser evidenciables en cada una de las dimensiones de MIPG, como marco en el cual deben gestionar las entidades, y pasa a ser una condición permanente y característica esencial del actuar institucional)

Ha2: Revisados los informes de no conformidades generados por la APPLUS COLOMBIA en su última visita de recertificación en la NTC ISO 9001:2015 realizada entre el 24 y 27 de julio de 2018, donde se originaron seis (06) no conformidades de clasificación menor, con afectación de las cláusulas 7.1.3; 7.1.5.2 a)b); 8.4.1; 6.1.2; 9.2.2 f; y 9.3.3, respectivamente, se encuentra que la empresa tiene documentados los correspondientes planes de acción y análisis de causa de estas no conformidades reportadas por APPLUS, pero independientemente que el ente certificador en posterior visita verifique el cumplimiento o implantación de los planes y acciones propuestas, es importante que se evidencie documentalmente por parte del líder del sistema de calidad de la institución y los líderes de procesos en ella involucrados la verificación que acciones propuestas permitan dar tratamiento efectivo a las no conformidades desde el punto de vista de solución del problema y eliminación de causas, siendo pertinente tener un cronograma y plan de cierre de cada no conformidad con cada líder de proceso o cada área donde fueron identificadas o establecidas dichas no conformidad, aspectos que deberían estar documentados para los siguientes aspectos o temas: plan de mantenimiento de los equipos de la PTAP del municipio de Paicol; formato de reporte de condiciones y/o actos inseguros por parte de operadores de planta de los municipios donde Aguas del Huila opera los servicios públicos; seguimiento al programa de calibración de los equipos de medición para evitar el vencimiento de sus certificados; verificación en sitio por parte de los operadores de planta respecto al funcionamiento correcto de los equipos de medición con el fin de comprobar que la medición sea exacta (existencia de formato); implementación del formato de evaluación de proveedores (ficha técnica de evaluación y establecimiento de requisitos) y de personal de contrato (evaluación de competencias y definición de su periodicidad); la actualización de las matrices de riesgo de cada uno de los procesos de la entidad, agregando la identificación de la oportunidad frente a los riesgos y las acciones para abordarlos (Los mapas de riesgo de la entidad continúan documentados al año 2017); y la verificación periódica de la implementación de las acciones correctivas en atención de todas las no conformidades, mejora o mitigación de riesgos no se materializa a través de actas de la concreción o revisión mensual por parte del comité de calidad quien debe realizar el seguimiento al sistema de gestión de la calidad y aplicar u orientar los correctivos que sean necesarios.

Ha3: No se observan acciones concretas que den cuenta del mantenimiento permanente del sistema de gestión de la calidad, la caracterización de los procesos y los mismos procesos y procedimientos se encuentran desactualizados, en estos instrumentos se cita como requisitos y numerales los que corresponden a la norma NTC GP 1000:2009 la cual no está vigente. Igualmente, en los formatos y manuales y demás instrumentos de la entidad se continúa usando este sello de calidad, cuando la entidad desde el año pasado quedo solamente certificada en la NTC ISO 9001:2015. Se deben documentar oportunidades de mejora para todos los procesos del sistema de gestión de la calidad, que no provengan exclusivamente de resultados de auditorías, sino que tengan también origen de retroalimentación del cliente, autoevaluación de procesos, resultados de indicadores, entre otras fuentes.

Ha4: La política calidad de la entidad se enuncia su desarrollo de gestión bajo los principios de: Satisfacción integral del cliente; Desarrollo de la gestión con personal competente y comprometido en la búsqueda de la eficacia y la eficiencia de los procesos de la entidad; Manejo eficiente y transparente de los recursos financieros, técnicos y

tecnológicos de la entidad; Administración integral, sistematizada, confiable y transparente de la información de la entidad; y el Mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad. Revisado el cumplimiento de dichas políticas se observa debilidades en cuanto a: No se tiene evidencia que sustente el control y la efectividad de la política de satisfacción integral del cliente; como tampoco evidencias de la concreción de la política de mejoramiento continuo del sistema de gestión de la calidad, como por ejemplo un plan de acción anual de su mantenimiento y fortalecimiento, indicadores de medición de cada una de las políticas adoptadas, y capacitación continuada a sus funcionarios en la sostenibilidad del sistema y la mejora continua.

Ha5: En la red no se encuentra información del año 2018 y las de 2019 aunque a comienzos del año se efectuó el alistamiento y disposición inicial de los respectivos SET de indicadores por cada proceso, se aprecia esta herramienta sin asignación de las líneas bases y metas de 2019 y sin registro alguno de sus cálculos, análisis mensualizados de sus resultados y acciones de mejora requeridas según cada situación de la evolución de los indicadores (Cumplimiento en cierre de acciones correctivas, preventivas y de mejora) para el proceso de mejora continua. Se recomienda mantener una copia en el escritorio de los computadores de cada proceso para garantizar diligenciamiento de los registros de los indicadores de forma más ágil, mantener una copia actualizada de los mismos, y facilitar periódicamente subir a la red interna su publicación compartida, evitando posibles pérdidas de su información.

Ha6: Como resultados de la presente auditoria, en revisión al cumplimiento de planes de mejoramiento al proceso de mejora continua se reiteran algunas no conformidades de vigencias anteriores, y debe documentar y cumplir de acuerdo con los hallazgos y observaciones, un plan de mejoramiento interno, y remitir copia a la oficina de control interno para seguimiento y evaluación de este, debido a los siguientes puntos:

1. Actualizar en la herramienta dispuesta por la entidad (Extranet), la información correspondiente a los mapas de riesgos institucionales para los diferentes procesos inherentes al sistema. (Los mapas de riesgos se encuentran documentados al año 2017, por lo tanto, deben ser objeto de actualización, y además incorporar al formato o instrumentos los espacios para el registro de administración del riesgo identificado por parte de los líderes del proceso, y las casillas para el seguimiento que debe realizar el grupo de planeación, como también las observaciones que pueda generar la oficina de control interno en sus revisiones y selectivas)
2. Actualizar el registro pertinente, de manera mensualizada de los indicadores del proceso de mejora continua, realizando la respectiva tabulación de las variables, así como también el registro de análisis de resultados y acciones de mejora; y Establecer el objetivo para cada indicador y así mismo, la metodología para la obtención de los datos. (El proceso no controla y coordina el cumplimiento del cálculo de los indicadores y la oportunidad de su publicidad en el sistema de gestión de calidad – extranet)

6. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES:

Obs1: El proceso de mejora continua debe controlar según su caracterización misional que se cumpla con la ejecución de un plan anual de auditoría interna de calidad, en cada vigencia fiscal, que permita realizar seguimiento y mejoras que requiera el sistema de gestión de la calidad – SGC de la sociedad.

Obs2: Los registros que proporcionan evidencia de la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad se controlaran a través de la **Matriz de Control de Documentos y Registros**, teniendo en cuenta su identificación, almacenamiento, protección, recuperación, retención y disposición. Se observo que este procedimiento tiene su

soporte legal en la norma técnica NTC GP 1000:2009, pero esta fue eliminada, en su lugar se debe citar en los manuales de procesos y procedimiento el modelo integrado de planeación o gestión y/o la norma técnica ISO 9001 con la cual está certificada la institucional en este momento.

Obs3: Revisada la información dispuesta en la extranet y en la red interna en lo referente al sistema de gestión de la calidad, no se encuentra a disposición de los usuarios internos o funcionarios el manual de calidad de la entidad, para su conocimiento y consulta frecuente. Igualmente, no se documenta o compendia la información que debería ser pública sobre los listados maestros o matriz de documentos y registros oficiales y/o validados del sistema de gestión de la calidad. Existe en el equipo de cómputo archivo que contiene el manual de calidad de la entidad en versión 3.0 que data de junio de 2018 dentro del proceso de implementación de la NTC ISO 9001 en su última versión 2015, pero este instrumento no se encuentra con evidencia de su socialización y fijación interna para conocimiento público de los demás funcionarios de la institución. En este nuevo manual se ha redefinido varios temas o componentes, entre ellos la misma política de calidad, la cual debe ser evaluada antes de cada revisión de certificación por la dirección para asegurar su entendimiento y establecer los ajustes necesarios a la misma. La política de calidad de aguas del Huila no toma en cuenta de ninguna manera lo concerniente al modelo integrado de planeación y gestión – MiPG a través del cual se deben articular los principios y objetivos de calidad hoy en día en las entidades del estado colombiano.

Obs4: Cada dependencia de la entidad debe conservar copia del acta respectiva de recibo de inventario de activos fijos y elementos devolutivos a su cargo, de tal manera que permita verificar y controlar los bienes asignados, tanto por el líder de proceso responsable de los mismos como su constatación dentro de los procesos auditores que se puedan efectuar. (Copia requerida del documento solicitado en la presente auditoria no fue aportado por la dependencia)

Obs5: Revisadas las acciones para el cumplimiento de los objetivos del plan de desarrollo de la entidad para el cuatrienio 2016-2019, se encuentra incumplimiento de metas en: Implementación del sistema de gestión integrado de calidad, cuya meta para el 2018 comprendía la certificación de la entidad en las normas ISO:14001 y OHSAS:18001; y para el 2019 se tiene pendiente, pero sin plan de acción diseñado y documentado para lograr el objetivo de ubicar a la sociedad en el ranking o top de las 25 mejores empresas del premio Colombiano a la calidad de la gestión. Por el año 2019 no se tiene individualmente un plan de acción del proceso de Gestión de Mejora Continua que permita en concreto visualizar y evaluar los objetivos, metas e indicadores de esta anualidad. (La entidad por el año 2019 no tiene fijados en página web institucional los respectivos planes de acción de sus dependencias y/o procesos)

NOTA: Se recuerda por parte de control interno que ya en marzo de 2021 deja de ser válida la norma La norma OHSAS 18001 toda vez que desde 2018 quedo reemplazada por la nueva norma ISO 45001 de 2018 la cual establece cambios fundamentales para la implementación del sistema de gestión que se pretende en seguridad y salud en el trabajo, y requisitos mínimos de mejores prácticas destacando la integración del bienestar personal de una organización a través de su sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.

Obs6: El último mapa de riesgos documentados del proceso de “Mejora Continua – Calidad” corresponden a la vigencia 2017, por lo tanto, es necesario actualizar para el año 2019 tanto los riesgos operacionales como los anticorrupción. Existen 3 riesgos documentados relacionados con: 1. descertificación por deficiencia en el seguimiento del cierre de no conformidades generadas en las auditorías externas, reiteración de estas, y desinterés

por parte de los líderes de proceso y la alta dirección; 2. Bajo compromiso de la alta dirección como causa del desinterés por el correcto funcionamiento del sistema de gestión de la calidad; 3. Productos no conformes, como causa de seguimiento a las acciones correctivas, falta de reinducción a los líderes de proceso acerca del cierre de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, el desconocimiento en la metodología para la identificación del riesgo, y desconocimiento de la documentación del sistema de gestión de la calidad (físico y herramienta extranet). Se establece que las acciones preventivas no se cumplen asertivamente, como la realización de un comité mensual de gestión de la calidad; impresión de una copia del listado maestro de documentos para el manejo de los funcionarios; y la realización del seguimiento periódico de los procedimientos de control de documentos y control de registros.

Los riesgos según la matriz documentada del año 2017 se estiman en niveles bajo y moderado; pero al constatar los registros de administración de evidencias, se observa la no fijación o conocimiento público de listado maestro de documentos, manual de calidad, programa o plan de acción de mantenimiento del sistema de gestión de la calidad, plan de auditorías internas de calidad para la vigencia, plan anual de capacitaciones con temáticas de calidad (hoy MiPG), inventario de no conformidades, cierres y reiteraciones, entre otros, que permitan las sostenibilidad, su fortalecimiento y la minimización de los riesgos identificados. La matriz establecida por la entidad para documentar sus riesgos carece de las secciones correspondientes para que los dueños de proceso efectúen sus registros de administración de sus riesgos, igualmente no cuentan con casillas especiales para documentar los seguimientos que periódicamente debe realizar el grupo de planeación de la entidad, y control interno en sus auditorías. Se recomienda a la administración (coordinador de calidad) revisar y rediseñar el formato bajo estos requerimientos expuestos.

Obs7: Realizado el seguimiento periódico de los procedimientos de control de documentos y control de registros por parte de calidad, se establece que la documentación actual que se utiliza por los diferentes usuarios de la entidad validados por el sistema de gestión de la calidad, todos los manuales de procesos y procedimientos, y formatos presentan ambigüedad ya que no ha sido eliminado el sello de certificación de la norma técnica NCTGP:1000 la cual desde hace un año quedo derogada. Todos los formatos, manuales de proceso y procedimientos, y demás instrumento del SGC deben editarse en una nueva versión que establezca en el control de documentos el ajuste del objetivo y alcance del proceso, que se actualizan los requisitos normativos de la ISO 9001:2008 a ISO 9001:2015, se elimina la NTCGP:1000:2009, se incluye el MIPG, y se indique entre otros que se incluye en las actividades de "actuar" la identificación de oportunidades.

Obs8: El mapa de procesos de la entidad debe ser objeto de redefinición, en la medida que los procesos de portafolio y gestión de oportunidades deberían estar inmersos en el proceso de direccionamiento estratégico por su afinidad funcional, y dentro de las unidades de negocios debe estar comercialización (Venta de productos).

Recomendaciones generales:

- Actualizar anualmente el mapa de riesgos operacionales, lo mismo que el anticorrupción, y consignar los registros periódicos de la administración de los riesgos de la dependencia.
- Efectuar la evaluación y seguimiento periódico a las metas y actividades que se documenten en el plan de acción a desarrollar en cada vigencia fiscal por la dependencia.

- Documentar y actualizar anualmente el normograma del proceso.
- Actualizar mensualmente el SET de indicadores del proceso, llevar al día los registros del análisis de los resultados de los indicadores de la dependencia, lo mismo que las acciones de mejora para los casos que así lo ameriten.
- Participar activamente en las actividades de desarrollo e implementación del modelo integrado de planeación y gestión – MiPG en la entidad, lo mismo que realizar el curso virtual de capacitación dispuesto por el departamento administrativo de la función pública – DAFP
- Documentar los planes de mejoramiento interno que requiera el proceso de acuerdo con los hallazgos y observaciones consignadas en el presente informe auditor.
- Efectuar en los eventos que le sea asignado en calidad de supervisor el seguimiento permanente y reportar de forma oportuna a la administración para los fines pertinentes los incumplimientos por parte de los prestadores de servicios cuyos objetos sociales no se estén llevando a cabo de acuerdo con los cronogramas y términos vinculantes.

ASESOR OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Melba Charry Mosquera

MELBA CHARRY MOSQUERA