

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

PROCESO, PROCEDIMIENTO(S) ACTIVIDAD(ES) Y/O DEPENDENCIA(S)	FECHAS DE REALIZACIÓN DEL CICLO DE AUDITORIAS INTERNAS	FECHA DEL INFORME
Todos los procesos institucionales	27 de abril al 7 de octubre de 2020	22 de octubre de 2020

ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Los Procesos Institucionales. Período comprendido entre el 1 abril de 2019 hasta el momento de la realización de la Auditoría de cada Proceso.

NO APLICABLES: Numeral 8.3 de la ISO 9001:2015, teniendo en cuenta que el Instituto no diseña ni desarrolla los servicios que presta y debe ajustar su actuar a las actividades misionales que la legislación sanitaria colombiana le asigna. Para la ISO/IEC 17025:2017 Numeral 7.3 Muestreo.

CRITERIO

- ISO 9001:2015
- NTC ISO / IEC 17025:2017
- ISO 14001:2015
- Informe 44 OMS/OPS
- Informe 45 OMS/OPS
- Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Titulo 4, capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.1 a 2.2.4.6.42 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo”
- Resolución 0312 de 2019 – Estándares Mínimos del SG-SST
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión
- Documentos del Sistema de Gestión

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

1. Evaluar la conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la ISO 9001:2015, ISO/IEC 17025:2017, Informe 44/45 de OMS/OPS para los Laboratorios, ISO 14001:2015, Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Titulo 4, capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.1 a 2.2.4.6.42 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo”, Resolución 0312 de 2019 Estándares Mínimos del SG-SST, requisitos Legales y los demás establecidos por la Entidad. y el MIPG.
2. Determinar la eficacia del Sistema de Gestión.
3. Identificar oportunidades de mejora

EQUIPO AUDITOR	Audidores Lideres - Interno	16
	Auditor Líder - Externo	1
	Audidores internos	23
	Audidores Externos	1
	Audidores en formación Internos	24
	Audidores en formación externos	0
	TOTAL	65
	Expertos Técnicos-Interno	7
	Expertos Técnicos-Externo	7
	TOTAL	14

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LAS AUDITORÍAS

1. Aprobación del Programa de Auditorías Internas por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en acta No.01 del 27 de febrero de 2020, programa elaboró teniendo en cuenta los criterios de la importancia de los procesos involucrados, y los resultados de las auditorías previas.
2. Propuesta y aprobación por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en acta No.03 del 18 de junio de 2020, de flexibilización del plan anual de auditoria, debido a la declaratoria de Emergencia Sanitaria declarada por el gobierno Nacional, causada por la pandemia del COVID-19.
3. Selección del Equipo de Auditores Internos, Auditores Líderes, Auditores en Formación y Expertos Técnicos.
4. Conformación de los Equipos Auditores por proceso.

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

Código: GSC-AUI-FM006

Versión: 01

Fecha de Emisión: 12/09/2019

Página 2 de 63

5. Revisión de GTTs y PAPF para Auditar (Fueron Seleccionados con base en el riesgo, los siguientes GTT: GTT CO1; GTT OCC1; GTT CO2; Aeropuerto Bogotá; Aeropuerto Medellín, Dentro de la auditorias al Proceso de Inspección en la Dirección de Operaciones Sanitarias, fueron auditas actividades específicas realizadas en el puerto de Buenaventura y en el puerto de Cartagena). acta No.03 del 18 de junio de 2020 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
6. Elaboración de Informe de auditoría por proceso.
7. Consolidación y comunicación de hallazgos detectados en otros procesos.
8. Elaboración de informe final del Ciclo de Auditorias.

ASPECTOS QUE APOYAN LA CONFORMIDAD Y EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

1. El apoyo de la Alta Dirección en la asignación de los recursos requeridos para la ejecución de los procesos permite alcanzar los objetivos institucionales estratégicos, de procesos y del sistema de gestión integrado, así como una dinámica adecuada de mejoramiento continuo en la Institución.
2. La disposición de los Auditores para la ejecución de la auditoría, y de los equipos auditados para atender dicha actividad.
3. La implementación de herramientas propias (Excel, bases de datos, etc.) para autocontrol en la ejecución de las actividades en las diferentes dependencias de la Entidad.
4. Mejora continua de los procesos auditados, mediante la implementación de acciones identificadas en auditorías internas, así como de autocontrol.
5. El conocimiento técnico y la experticia de los funcionarios de las Direcciones Misionales, aplicado en la ejecución de las actividades asignadas que permite que las mismas se realicen cumpliendo los requisitos especificados contribuyendo así al cumplimiento de la misión institucional de proteger la salud de la población.
6. La disponibilidad y disposición de la información permitió la trazabilidad de las actividades realizadas en las direcciones, oficinas y grupos auditados.
7. La disposición de los funcionarios auditados para dar respuesta y presentar evidencias de la auditoría.
8. La apropiación por parte de los diferentes grupos auditados de las herramientas tecnológicas dispuestas por el Invima para dar respuesta a la auditoría virtual.
9. Capacitación virtual para auditores Internos del Invima que se brindó en la presente vigencia, "curso de auditores internos en sistemas integrados de gestión ISO9001-ISO14001-ISO27001-ISO17025-ISO45001-ISO19011-ISO31000, desarrollado por el POLITECNICO ICAFT, Realizadas entre el 15 de julio y el 4 de agosto de 2020
10. Se evidenció sentido de pertenencia y compromiso con la Entidad por parte de los servidores públicos y Contratistas auditados.

ANÁLISIS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Fortalecer el seguimiento de la eficacia y eficiencia, y la evaluación de la efectividad de los procesos por medio de indicadores, como práctica de autocontrol de los dueños de macroproceso y líderes de los procesos, con el fin de que sean el soporte para la toma de decisiones.
2. Aunar esfuerzos con el fin de continuar el fortalecimiento de la cultura institucional de gestión del riesgo, teniendo en cuenta el propósito de la implementación de controles, encaminados al cumplimiento de los objetivos institucionales, sobre todo aplicando las tres líneas de defensa de la séptima dimensión de MIPG.
3. Continuar implementando la cultura del autocontrol, como estrategia para incrementar la eficiencia, eficacia y efectividad de cada uno de los procesos que se adelantan al interior del Instituto.
4. Tomar como permanentes algunas de las prácticas generadas durante la declaratoria de emergencia, por la pandemia del COVID-19, principalmente aquella que faciliten los trámites a los usuarios, y las que internamente faciliten y agilicen las gestiones operativas y administrativas al interior del instituto.
5. Afianzar el trabajo articulado entre las dependencias, con el fin de mejorar entradas de los procesos.

CONCLUSIONES DEL CICLO DE AUDITORIAS INTERNAS

1. Para la vigencia 2020 se cumplió con el objetivo del programa de auditorías internas, ya que se logró evidenciar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Sistema de Gestión Integrado con base en las normas que se auditaron (ISO 9001:2015, ISO/IEC 17025:2017 para los Laboratorios, ISO 14001:2015, Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.1 a 2.2.4.6.42 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo", Resolución 0312 de 2019 – Estándares Mínimos del SG-SST), así como los

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

Código: GSC-AUI-FM006

Versión: 01

Fecha de Emisión: 12/09/2019

Página 3 de 63

requisitos legales y demás establecidos por la entidad, por lo anterior y de acuerdo a las auditorías se puede concluir que el sistema de gestión es eficaz, eficiente, efectivo, conveniente y adecuado para el funcionamiento de la Entidad, satisfaciendo así las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

- Así: 1.- Eficaz porque se cumple con los objetivos propuestos en la plataforma estratégica, en el sistema de gestión integrado y además es conforme con los requisitos adoptados por el Invima. 2.-Eficiente porque se cumple con el mejoramiento continuo del Invima según los recursos disponibles. 3.-Efectivo dando cumplimiento a la planificación definida en diferentes instancias y se observa la mejora en el desempeño de los procesos auditados y la satisfacción de las partes interesadas. 4.-Conveniente porque se encuentra alineado con la Plataforma Estratégica de la Entidad (2018-2022), en donde se encuentran las bases para la gestión de los procesos, optimizando el uso de los recursos y fortaleciendo la capacidad administrativa de la Entidad en busca de la satisfacción de las partes interesadas. 5.- Adecuado por tener la capacidad para cumplir con los requisitos legales y normativos aplicables al Invima.
2. Por otra parte, se hace énfasis en algunas situaciones que requieren toma de decisiones: 1.-Mejorar la articulación y comunicación entre las dependencias para fortalecer el modelo de IVC SOA, para priorizar establecimientos objeto de visita y para priorizar inspección en puertos. 2.-Garantizar la cobertura de la inspección permanente en plantas de beneficio animal. 3.- Fortalecer los aplicativos de la Entidad con el fin de tener mayor seguridad de la Información. Esta situación se ha venido evidenciado en las auditorías de vigencias anteriores y son situaciones que afectan la gestión cotidiana de procesos misionales. 4.-Fortalecer la supervisión de los contratos de transporte y entrega de correspondencia, con el fin de que se garantice la notificación oportuna de los actos administrativos.
 3. Se destaca la implementación de las actividades requeridas para la obtención de la certificación como empresa familiarmente responsable, que aporta a mejorar el bienestar de los colaboradores del Instituto y reducir riesgos asociados a la situación sanitaria actual.

RIESGO IDENTIFICADOS PREVIOS EN EL PROGRAMA DE AUDITORIAS:

1. No determinar la conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la ISO 9001:2015, ISO/IEC 17025:2017, Informe 44/45 de OMS/OPS para los Laboratorios, ISO 14001:2015, Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.1 a 2.2.4.6.42 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo", Resolución 0312 de 2019 Estándares Mínimos del SG-SST, requisitos Legales y los demás establecidos por la Entidad y el MIPG, para identificar oportunidades de mejora.
2. Pérdida de información, datos o filtraciones de estos, plataformas de servicio como el correo electrónico, grupos de chats, software de trabajo remoto como TEAMS, TEAMVIEWER aumentan las probabilidades de que las informaciones compartidas sean de dominio público, aun cuando ésta no sea la intención de quien las transmite, teniendo en cuenta la información que se va a compartir de nivel confidencial.

CAUSAS:

1. Falta de formación, experiencia y competencia suficiente del auditor que realiza auditorías remotas.
2. Falta de compromiso en la participación en las auditorías programadas por parte de los funcionarios y/o jefes y directores.
3. Ausencia de documentación controlada o no formal, ya sea digital o electrónica dentro del Instituto.
4. Ausencia de colaboración y disposición por parte de los auditados para el proceso de la auditoría.
5. Ausencia de Equipos tecnológicos dotados con mecanismos de audio y video para la comunicación verbal entre las partes para la auditoría remota.
6. Ausencia de soporte técnico y de apoyo especializado en los casos que haya incidencias con relación a los equipos tecnológicos dispuestos para atender la auditoría.
7. Fallas en la conectividad en el canal de internet del Instituto dispuesto para la atención de la auditoría remota, que afecta la cobertura y efectividad de esta.
8. Ausencia de control tecnológico que ayuden a mitigar los tres pilares de seguridad de la información como son la confidencialidad, integridad y disponibilidad.
9. Ataques de ingeniería social, debido a que los nombres de usuarios van a estar expuestos y podemos sufrir de suplantación de identidad.
10. Falta de capacitación de las herramientas ofimáticas y de trabajo como TEAMS, SHAREPOINT, ONEDRIVE O YAMER

CONSECUENCIAS:

1. Ineficiencia en la recolección de las evidencias de la auditoría, con el objetivo de evaluar objetivamente.
2. No generar aportes al mejoramiento continuo.
3. No se podrá ejecutar la auditoría programada y no evaluará el nivel de conformidad de los criterios para el área.
4. incumplimiento en el cronograma del programa y de los objetivos de la auditoría por demoras en la atención de las incidencias.
5. Fuga de información confidencial, suplantación de identidad, afectación a la protección de datos personales e

instalación de malware o virus de la red corporativa que afecten la disponibilidad, integridad y confidencialidad del Instituto.

ACCION PREVENTIVA:

1. Actualizar a los auditores sobre la norma ISO 9001:2015
2. Verificar que los auditores diligencien el compromiso de participación en las auditorías programadas, dentro del formato de Inscripción y Selección de Auditores Internos GSC-AUI-FM010 y contar con el visto bueno de los jefes inmediatos de los funcionarios inscritos que participarán en las auditorías internas de la vigencia 2020.
3. Concurso de Méritos para suplir la necesidad del proceso de Control de Calidad de Productos – CCP cuyos laboratorios están acreditados bajo la norma ISO/IEC 17025. donde se evalúa la competencia del equipo auditor.

CONTROLES PROPUESTOS DESDE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

1. Capacitación y entrenamiento en las diferentes normas ISO al grupo de auditores seleccionado del Instituto.
2. Capacitación y entrenamiento de las diferentes herramientas tecnológicas para la ejecución de las auditorías remotas.
3. Compromiso de participación, registrado en el formato de inscripción.
4. Formalizar la documentación o registros del SGI del Instituto que a la fecha no se encuentre dentro del SGI.
5. Sensibilización desde los líderes o jefes de área con respecto a la atención de la auditoría.
6. Carta de representación firmada por la dirección general.
7. Dotar de los mecanismos de audio y video a los equipos de cómputo que van a usar las áreas evaluadas en la atención de la auditoría.
8. Delegar a un responsable de soporte tecnológico para la atención de las incidencias que se reporten por daños en los equipos de cómputo usados en la auditoría.
9. En el periodo de ejecución de la auditoría se active la contingencia en el canal de internet, en el caso de ser necesario.
10. Instalación de software de prevención de fuga de información, software de detección de intrusos, software de detección de phishing

DIFICULTADES PRESENTADAS EN LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORIAS:

Modificación del inicio del desarrollo del ciclo de auditorías internas, debido a la emergencia sanitaria, y teniendo en cuenta la misionalidad del Invima que como agencia sanitaria tuvo que redoblar esfuerzos en sus actividades, lo que ocasionó que para la gran mayoría las áreas misionales se incrementaran las solicitudes de servicios. Posteriormente se debió flexibilizar el plan de auditoría, aprobación realizada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, donde se decide realizar el ciclo de auditorías en dos meses, y con un tiempo máximo de 3 días por proceso

En situaciones localizadas, se presentó indisposición de los auditados hacia la auditoría.

No se tuvo el suficiente apoyo a través del soporte tecnológico.

OPORTUNIDAD DE MEJORA:

1. Respecto a la capacitación virtual para auditores internos, programada por el grupo de Talento Humano, se debe programar con más tiempo, ya que en la vigencia 2019 se inició dos semanas antes de empezar las auditorías, lo que ocasionó que el inicio del ciclo se tuviera que correr por una semana, al tener en cuenta que estas actividades deben ser previas a la ejecución de la actividad.
2. (Para el proceso de Auditoría Interna). Gestionar la consecución de profesionales en las áreas del derecho, contaduría y sistemas, con el fin de fortalecer el equipo auditor para las áreas relacionadas con estos temas.
3. Realizar taller informativo con los equipos auditados, previo a la realización del ejercicio de auditorías para los próximos ciclos, con el fin de profundizar en el entendimiento de fondo de las razones y beneficios que aporta la auditoría al mejoramiento continuo de los procesos.

RESUMEN AUDITORÍAS INTERNAS:

Vigencias ciclos de auditorías	2018	2019	2020
Número de No conformidades derivadas del ciclo	64	98	56
Número de Oportunidades de Mejora derivadas del ciclo 2018	200	306	212

Número de Auditorías Internas en cada una de las vigencias: 38

Nota: Los hallazgos se encuentran discriminados en la sección “RELACIÓN DE HALLAZGOS DEL CICLO DE AUDITORIAS INTERNAS” de la parte final del presente informe.

Nombre y firma del Auditor Líder



Norma Constanza García Ramírez
Jefe Oficina de Control Interno

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

“RELACIÓN DE LOS HALLAZGOS DEL CICLO DE AUDITORIAS INTERNAS”

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
1	ISO 9001:2015 9.1.3 Análisis y Evaluación. literal e)	Hallazgo: No se analizan y evalúan los datos y la información apropiada que surge por el seguimiento y la medición. Evidencias: Se evidencia que el GTT CO1 reporto 5 capacitaciones para los meses de mayo y junio de 2019, Dato que no está reportado en el indicador ID370. “Nivel de satisfacción de los asistentes en las actividades de capacitación realizadas por el Invima” y dato que en el ID265 “Nivel de asistencia a las actividades de Educación Sanitaria y Asistencia Técnica” solo refleja 3 capacitaciones en el primer semestre del 2019, de 5 reportadas por el GTT CO1.	NC		INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
2	ISO 9001:2015 8.51. Control de la Producción y de la provisión del servicio	Hallazgo: No se da cumplimiento al AIC-PQR-PR001 Procedimiento para la gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y sugerencias PQRDS. Evidencias: Aplicativo Antiguo: Sistema de Control de Correspondencia SQL Radicado 20191161709 de fecha 22 de agosto de 2019 se asigna a Dirección de Operaciones Sanitarias y se traslada el 23 de agosto de 2019 a la Dirección de Alimentos y en el aplicativo no evidencia respuesta. -Radicado 20191188296 de fecha 25 de septiembre de 2019 se asigna a Dirección de Operaciones Sanitarias y se traslada el 26 de septiembre de 2019 a la Dirección de Medicamentos y en el aplicativo no evidencia respuesta. -Radicado 20201030557 de fecha 17 de febrero de 2020 se asigna a Dirección de Operaciones Sanitarias, se traslada el 18 de febrero de 2020 a la Dirección de Alimentos y se devolvió a atención al ciudadano el 26 de febrero de 2020 y en el aplicativo no evidencia respuesta. Aplicativo Nuevo: Sesuite -Radicado 20201113985 (derecho de petición de consulta) de fecha 3 de julio de 2020 se asigna a Dirección de Operaciones Sanitarias, se traslada el 3 de julio de 2020 a la Dirección de Medicamentos y en el aplicativo no evidencia respuesta dentro de los términos (25 de agosto de 2020). -Radicado 20201118942 (derecho de petición particular) de fecha 11 de julio de 2020 se asigna a Dirección de Operaciones Sanitarias, se traslada el 5 de agosto de 2020 a la Dirección de Medicamentos y en el aplicativo no evidencia respuesta dentro de los términos (26 de agosto de 2020).	NC		INSPECCIÓN	ATENCIÓN DE PQRDS

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
3	ISO 9001:2015 8.5.1 a Control de la producción y provisión del servicio	<p>Hallazgo: No se cuenta con la disponibilidad de la información documentada que incluya las características de los productos a producir, los servicios a prestar o las actividades a desempeñar</p> <p>Evidencias: La actividad de inspección y vigilancia de bancos de sangre se ejecuta bajo lineamientos que no se encuentran incluidos en el procedimiento de Inspección en Sitio IVC-INS-PR001: La planeación de las visitas se realiza de manera anual mientras que el procedimiento establece la consolidación de manera trimestral.</p> <p>No se generó el documento IVC-INS-FM118 Formato de comunicación de la medida sanitaria para la comunicación del decomiso del producto Max Colon al establecimiento NT LABS SAS el día 6 de marzo de 2020.</p>	NC		INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
4	ISO 9001:2015 8.51. Control de la Producción y de la provisión del servicio	<p>Hallazgo: No se da cumplimiento a los tiempos de respuesta establecidos en el AIC-PQR-PR001 Procedimiento para la gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y sugerencias PQRDS.</p> <p>Evidencias: Radicado 20191132654 Derecho de Petición de Información con fecha de radicado el 12 de julio de 2019 asignada a Jennifer Juliana Gallo Fonseca, fecha esperada de respuesta de acuerdo con el aplicativo de correspondencia el 29 de julio de 2019 se da respuesta el 20 de agosto de 2019.</p>	NC		INSPECCIÓN	INSPECCIÓN

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
5	ISO 9001:2015 4.4.2 b conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.	<p>Hallazgo: No se conserva la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado: no se realiza el reporte del indicador dentro de los términos establecidos en el numeral 5 del procedimiento GSC-SEG-PR002 Gestión de Indicadores Institucionales ítem tiempo máximo del procedimiento.</p> <p>Evidencias: 1. Publicación del reporte del indicador ID 327, de corte al 31/12/2019 se reportó el día 5/03/2020. Fecha máxima según procedimiento 16/01/2020. 2. Publicación del reporte del indicador de gestión ID 328, de corte al 31/03/2020 se reportó el día 24/04/2020. Fecha máxima según procedimiento 16/04/2020. 3. Publicación del reporte del indicador de gestión ID 378, de corte al 31/07/2020 se reportó el día 24/08/2020 fecha máxima 17/08/2020 y de corte 30/06/2020 se reportó el día 04/08/2020 fecha máxima según procedimiento 14/07/2020. 4. Publicación del reporte del indicador de gestión ID 388, de corte al 30/06/2020 se reportó el día 29/07/2020. Fecha máxima según procedimiento 14/07/2020.</p>	NC		INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
6	ISO 9001:2015 7.5.3.1 Control de la información documentada	<p>Hallazgo: No se controla la información documentada en cuanto su disponibilidad, idoneidad de uso, donde, cuando se necesite y su protección adecuada.</p> <p>Evidencias: El número de lote 50320001 reportado en el IVC-INS-FM003 Formato cadena de custodia de objetos o productos bajo medida sanitaria de seguridad - decomiso no corresponde con el indicado 050320001 en el IVC-INS-FM054 Acta de visita – diligencia de inspección, vigilancia y control para el producto Max Colon decomisado el día 6 de marzo de 2020.</p> <p>No se firman todos los folios correspondientes al IVC-INS-FM127 Acta de inspección sanitaria con enfoque de riesgo en plantas de beneficio de aves bajo decreto 1975 de 2019 y resolución 2019049081 de 2019 diligenciadas en Excel al establecimiento Avícola Caicedo realizada entre el 16 al 21 de Julio de 2020.</p> <p>No se anula el espacio correspondiente al número de radicado en el IVC-INS-FM112 Acta de toma de muestras (ME – DI – COS) grupos de trabajo territorial para la muestra relacionada con el establecimiento Novamet visitado en julio 15 de 2020</p>	NC		INSPECCIÓN	INSPECCIÓN

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
7	ISO 9001:2015 8.5.1 Control de la producción y provisión del servicio	<p>Hallazgo: No se da cumplimiento a lo establecido en el Procedimiento para la Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias y Sugerencias PQRDS AIC-PQR-PR001.</p> <p>Evidencias: Para el Radicado 20191201562 no se encontró la petición inicial hecha por el usuario el 15 de octubre de 2019, Se da respuesta el 6 de noviembre de 2019, mediante oficio con consecutivo interno 7305-1377-19. Se clasifica como derecho de petición y una vez revisada la información aportada se evidencia una denuncia. Para esta solicitud se identifican 2 Radicados entrantes el 20191201562 y el 20192056577.</p> <p>Para el Radicado 20191215914 se recibe por buzón de sugerencias, con fecha de apertura 21 de octubre de 2019, y se realiza el radicado el 01 de noviembre de 2019, siete (7) días después de la apertura del buzón, así mismo en el formato consolidado AIC-PQR-FM001 FORMATO APERTURA BUZON DE SUGERENCIAS, se encuentra con fecha de Octubre de 2018.</p> <p>Para el Radicado 20191215951 llega por buzón de sugerencia, se realiza la apertura el 29 de octubre de 2019 y se radica el 1 de noviembre de 2019.</p> <p>Para las 2 anteriores solicitudes la radicación no se realiza dentro del tiempo establecido en el procedimiento.</p> <p>Para el Radicado 20191224563 de fecha 14 de noviembre de 2019, no se evidencia la continuidad de la gestión para la respuesta de la PQRDS, así mismo para esta solicitud se identifica otro radicado entrante 20191213549 del 30 de octubre de 2019, que no permite la trazabilidad de la respuesta. En el aplicativo se evidencia que para esta solicitud se da respuesta desde la Dirección de Alimentos y Bebidas con radicado de salida 20192061488.</p>	NC		INSPECCIÓN	INSPECCIÓN

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
8	Decreto 1072 de 2015 8.1. PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL. Literal d.	Hallazgo: No se da cumplimiento a lo establecido en el Procedimiento Asistencia Técnica ASS-ESA-PR002 Evidencias: En la solicitud de Asistencia Técnica de la Secretaría de Salud del municipio de Caldas Antioquia que se realizó el día 12 de diciembre de 2019 mediante radicado 20191246946, sobre el tema de rotulado general y nutricional, no se evidencia el diligenciamiento del Formato de Asistencia Técnica (ASS-ESA-FM005). No se cumple con el diligenciamiento del Formato ASS-ESA FM005 contemplado en la actividad "Realizar la Asistencia Técnica".	NC		INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
9	ISO 9001:2015 7.1.3 Infraestructura	Hallazgo: El funcionamiento del dispositivo Tablet no es efectivo para la totalidad de las situaciones presentadas en el procedimiento de Inspección en Sitio, lo que genera reprocesos, pérdida de información, pérdida de la credibilidad institucional y riesgo jurídico. Evidencias: • De acuerdo con lo manifestado durante entrevista con el facilitador de alimentos del GTT Occidente 1, este indica que en consenso el equipo de alimentos tomó la decisión de no emplear el dispositivo para generar acta de visita para establecimiento con varias líneas de proceso, y establecimientos a los que se les debe aplicar medida sanitaria, Acta 04-19 CA Comité Técnico de Alimentos GTT Occidente 1 de fecha 06-09-2019. • Correo con reporte de Falla del dispositivo del 21-10-2019 para el acta generada en el Establecimientos SUSI SAS, en la que las firmas de uno de los funcionarios se repiten en los dos campos, en la firma del representante legal suplente del Establecimiento aparece una línea en ese espacio y en el espacio de la firma del jefe de calidad aparece una firma que no corresponde a ninguna de las personas que intervienen en la visita • Correo de fecha 07-10-2019 donde se reporta la no evaluación de una línea de proceso por error presentado en el dispositivo, el cual se identifica "Row Index,2,out off bounds"	NC		INSPECCIÓN	Gestión de la infraestructura y servicios tecnológicos

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
10	Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12 numeral 12. Art. 2.2.4.6.25. Prevención, preparación y respuesta ante emergencias Numeral 11	Hallazgo: No se garantiza el mantenimiento de los equipos y el suministro de los insumos necesarios para atender emergencias en la sede física del GTT Occidente 1 y en la Oficina Aeropuerto Rionegro. Evidencias: El aeropuerto Rionegro no cuenta con botiquín y con matriz de identificación de peligros. los extintores de la sede del GTT Occidente 1 se encuentran vencidos (mes de septiembre de 2020) y el del aeropuerto se encuentra dañado. Registro fotográfico enviado vía WhatsApp	NC		INSPECCIÓN	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Gestión de Bienes y Servicios Administrativos
11	ISO 9001:2015 8.51. Control de la Producción y de la provisión del servicio	Hallazgo: No se tienen en cuenta la totalidad de los requisitos establecidos en el Procedimiento de Toma de muestras IVC-INS-PR002 cuando se realizan en Plantas de Beneficio Animal, ya que no se realiza Oficio Comisorio cada vez que se ejecuta una toma de muestra. Evidencias: No se elaboró Oficio Comisorio para la toma de muestras realizadas en las Plantas de Beneficio Animal durante el periodo auditado de junio del 2019 a septiembre del 2020, tal como lo establece el alcance del Procedimiento que aplica para la totalidad de productos competencia del Invima. 23 de octubre del 2019 en el establecimiento Villada Álvarez Jesenia – Planta de beneficio la Rinconada; Operadora FRIGOURABA S.A.S. el 08/10/2019; PAULANDIA S.A.S. del 06/03/20; FRIGOANTIOQUIA S.A. del 28/07/2020; Cooperativa FRIGOCOLANTA – FRIGOCOLANTA del 29/10/2019 y del 27/08/2019.	NC		INSPECCIÓN	INSPECCIÓN VIGILANCIA
12	NTC ISO/IEC 17025:2017 RAC-3.0-03 5.4	Hallazgo: El laboratorio no asegura que se cumplan los requisitos de las organizaciones que otorgan reconocimiento Evidencias: Informe 20201136 emitido el 2020-03-25 para el ensayo Determinación del grado Alcohólico en una bebida alcohólica con reporte 0,0 mL etanol/100 mL de muestra dato que está por debajo del intervalo acreditado (1 mL etanol/100 mL a 99 mL etanol/100 mL)	NC		CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
13	NTC ISO/IEC 17025:2017 7.2.1.3.a	Hallazgo: Cuando es necesario, el laboratorio no complementa la aplicación del método con detalles adicionales para asegurar su aplicación de forma coherente Evidencias: a. El procedimiento PO04-DS-602-P010 para la identificación por cromatografía en capa delgada (CCD) de TrimetropinSulfametoxazol suspensión, incluye la opción de revelado mediante reactivo revelador, sin embargo, no se especifica claramente el material requerido para la aspersion del reactivo, la distancia para realizar esta actividad, y el instrumento de medición trazable para determinar el Rf de cada analito.	NC		CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
14	NTC ISO/IEC 17025:2017 7.5.1 y 8.4.1	Hallazgo: El laboratorio no asegura que los registros contengan la información actualizada en todos los casos y que se diligencie la totalidad de los campos con la información adecuada como lo indica su procedimiento para control de información documentada Evidencias: a. Registro Declaración de imparcialidad y conflicto de interés GDI-DIE-FM008 sin fecha completa firmada por Maritza Orozco, Jenny Carolina Fonseca, Mauricio Rocha, Edna Diaz, sin indicar si es actualización, ingreso o novedad firmado por Carol Arévalo b. Registro Verificación de recepción de bienes, suministros y servicios PA04-GS-LABS-F003 para la recepción de gases en el laboratorio fisicoquímico de alimentos y bebidas del 2019-11-12 no tiene diligenciada la totalidad de los campos como certificado de calidad y una de las fechas. c. En el laboratorio microbiología de alimentos y bebidas el formato PA06-GM-LABS-F003, versión 3 "Plan de control de equipos o instrumentos no tiene incluidas todas las verificaciones intermedias de equipos realizadas en el 2019, la fecha de calibración de la pipeta código # 7899 certificado # MTKV-0707-19 del 2019-11-07 aparece como 2019-11-09 y la fecha de calibración de la incubadora código # 18604 certificado CLT-652519 del 2019-12-26 aparece como 201901-26	NC		CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
15	NTC ISO/IEC 17025:2017 7.8.6.1 y 7.8.6.2.c	Hallazgo: Cuando se suministra una declaración de conformidad con una especificación o norma para un ensayo o calibración, el laboratorio no documenta la regla de decisión aplicada Evidencias: Informe 20201645 emitido el 2020-05-12 de cafeína, Informe 20201454 emitido el 2020-03-25 de mercurio en atún	NC		CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
16	NTC ISO/IEC 17025:2017	Hallazgo: El laboratorio no asegura que el sistema de gestión de la información es mantenido de manera que asegure la integridad de los datos y de la información Evidencias: en el laboratorio fisicoquímico de productos farmacéuticos durante la revisión de los datos primarios del equipo HPTLC EQ-FQ-076, pertenecientes a la muestra 27807, que el reporte	NC		CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
	7.11.3. d	incluye fechas del sábado 16 junio 2001 (el equipo llegó al Invima en el año 2010) y el ensayo fue ejecutado el jueves 09 de mayo del 2019.				
17	NTC ISO/IEC 17025:2017 8.3.2. a	Hallazgo: El laboratorio no asegura que los documentos se aprueben adecuadamente en cuanto a su adecuación antes de su emisión por personal autorizado Evidencias: a. En los procedimientos de los métodos de ensayo del laboratorio fisicoquímico de alimentos se hace uso indistintamente de punto o coma como separador decimal en el mismo documento por ejemplo: PO04-DS-403-P172, v3, 201909-30 Determinación de Histamina en atún por HPLC en el numeral 7.6.2 se indica flujo de la bomba del sistema de derivatización 0.5 ml/min y en el numeral 7.6.3 cálculos se indica $C = \frac{50}{2,5} = 20$ PO04-DS-403-P211, v2, 2020-03-06 Determinación de Ivermectina, doramectina y moxidectina en tejido de hígado bovino y porcino en el numeral 7.6 Condiciones cromatográficas de indica flujo 0,4 ml/min y ancho de pico 0.2 min b. En dispositivos médicos la matriz de autorizaciones PA03-GPLABS-F004 v06 actualizada el 2019-11-05 está para el método ISO 4074 con versión anterior (2002/Cor.2:2008) y no la vigente que es 2015 (la aplicación del método no tuvo variación)	NC		CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
18	NTC ISO/IEC 17025:2017 8.7.1. b	Hallazgo: El laboratorio no asegura cuando ocurre una no conformidad se evalúe completamente y se planteen acciones con el fin que no vuelva a ocurrir. Evidencias: Para el laboratorio de fisicoquímico de productos farmacéuticos en el análisis del ensayo de aptitud para la identificación de Mebendazol polimorfo por IR que dio resultado no conforme se detecta que en la valoración de las posibles causas encontradas no se incluyeron todas las descritas en el trabajo no conforme, y que las acciones correctivas tomadas no responden a las causas valoradas como principales	NC		CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
19	ISO 9001:2015 8.5.2 Identificación y Trazabilidad	Hallazgo: La entidad no está asegurando el control de identificación y trazabilidad en el procedimiento Adquisición de Bienes, Servicios y Suministros GAD-ABS-PR002 con respecto a las Actas de Comité Asesor de Contratación Evidencias: Ausencia de firmas en los siguientes: • Contrato 051 de 2020 – Acta de Comité Asesor de enero de 2016 Contratación No. 03 de fecha 15 de enero 2020. • Contrato 437 de 2019 – Acta de comité Asesor de Contratación No. 031 del 16 de mayo de 2019	NC		ADQUISICIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y SUMINISTROS	ADQUISICIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y SUMINISTROS
20	ISO	Hallazgo: No se asegura la producción y prestación del servicio bajo condiciones	NC		ADQUISICIÓN	ATENCIÓN DE PQRDS

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
	9001:2015 8.5.1. Control de la Producción y de la Provisión del Servicio.	controladas Evidencias: 1, Radicado 20201006931 del 16 de enero (Radicación inicial fue el 16 de enero de 2020, fecha esperada de respuesta 6 de febrero de 2020 y fecha final en donde aparece estado resuelto 17 de febrero de 2020, revisando la fecha de entrada fue el 10 de enero de 2020). 2, Radicado 20201011497 del 22 de enero de 2020. (Fecha inicial de radicación 22 de enero de 2020, allegada realmente el 17 de enero, fecha esperada de respuesta 12 de febrero de 2020, y se responde de acuerdo con la evidencia por parte del Grupo de Gestión contractual el 27 de enero de 2020, adjuntando la certificación correspondiente expedida con fecha 27 de enero 2020)			DE BIENES, SERVICIOS Y SUMINISTROS	
21	ISO 9001:2015 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio literal c y d	Hallazgo: La entidad no está asegurando el control frente a la trazabilidad de la información Evidencias: · Radicado 20191213597 del 30 de octubre de 2019 (Petición realizada por la usuaria el 13 de Agosto de 2019 a través del correo Invima quejas y reclamos, la Oficina de atención al usuario realizó radicación el día 30 de Octubre 2019, misma fecha en que allegó al Grupo de Gestión contractual, quien a su vez responde con radicado 20192057271 del 07 de Noviembre de 2019, sin embargo la certificación fue expedida el 08 de noviembre 2019).	NC		ADQUISICIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y SUMINISTROS	ATENCIÓN DE PQRDS
22	ISO 9001:2015 7.5.3 Control de la información documentada.	Hallazgo: No se evidencia publicación en página web del Instituto, la información documentada requerida por el sistema Evidencias: No se encuentra publicada: matriz de riesgo del GTT CCT1 vigencia 2020, Manual de SST Vigencia 2019; Planes de emergencia de la Vigencia 2020 de GTT Barranquilla, Puerto Santa Marta, Puerto Cartagena. Numeral 7.5.3.1, la información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta norma se debe controlar para asegurarse que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.	NC		Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
23	ISO 9001:2015 8.2.2. Determinación de los requisitos para los productos y servicios	Hallazgo: Proceso de Gestión del Cambio. No se evidencia el uso del proceso de gestión del cambio respecto de las modificaciones generadas por el cambio de legislación vigente. Evidencias: ü Procedimiento GTH-DPE-PR005 PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL Versión 4. Se encuentra formulado con referencia en el Acuerdo 565 del 2016 y en la actualidad los procedimientos se realizan bajo lo establecido en el Acuerdo 617 de 2018 mediante el aplicativo de la CNSC EDL-APP. Procedimiento de Selección y Vinculación. El procedimiento de encargos previsto en el Instituto no se encuentra actualizado con la Ley 1960 de 2019 y aún se menciona como soporte normativo del procedimiento la Ley 909 de 2004.	NC		Desarrollo de Personal	Desarrollo de Personal
24	ISO 9001:2015 8.5.1.c Implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.	Hallazgo: No se realiza reporte de los indicadores dentro de los términos establecidos en el numeral 5 del procedimiento GSC-SEG-PR002 Gestión de Indicadores Institucionales ítem tiempo máximo del procedimiento y se presenta diferencias en el reporte de datos respecto a los datos de la fuente. Evidencias: ü Publicación y análisis del reporte del indicador ID 315, de corte al 31/12/2019. Se reportó el día 03/02/2020. Fecha máxima según procedimiento 16/01/2020, y presenta error en los datos de medición del indicador de la última vigencia. ü Publicación y análisis del reporte del indicador de gestión ID 318, de corte al 31/12/2019. Se reportó el día 18/03/2020. Fecha máxima según procedimiento 16/01/2020, y presenta error en los datos de medición del indicador de la última vigencia. ü Publicación y análisis del reporte del indicador de gestión ID313, de corte al 31/12/2019. Se reportó el día 18/03/2020 fecha máxima 16/01/2020 ü Publicación y análisis del reporte del indicador de gestión ID 316, de corte al 31/12/2019. Se reportó el día 03/02/2020. Fecha máxima según procedimiento 16/01/2020. ü Publicación y análisis del reporte del indicador de gestión ID 317, de corte al 31/12/2019. Se reportó el día 03/02/2020. Fecha máxima según procedimiento 16/01/2020	NC		Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
25	ISO 9001:2015 8.51. Control de la Producción y de la provisión del servicio	Hallazgo No se asegura la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas, al evidenciarse la posesión de un funcionario sin estar con cobertura de ARL. Evidencias: Formulario de inscripción de ARL de LILIANA ROCIO ARIZA ARIZA, cotejada con el acta de posesión. DECRETO 723 DE 2013. Artículo 6°. Inicio y finalización de la cobertura. La cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales se inicia el día calendario siguiente al de la afiliación; para tal efecto, dicha afiliación al Sistema debe surtirse como mínimo un día antes del inicio de la ejecución de la labor contratada.	NC		Selección y Vinculación	Selección y Vinculación
26	ISO 9001:2015 7.5.3 Información documentada.	Hallazgo: No se asegura la actualización de la información documentada generando riesgo de utilización de formatos desactualizados. Evidencias: El formato GTH-SST-FM005 Lista de Chequeo Inspección, por el control de cambios debe ser la versión 3, en las inspecciones realizadas a partir de la fecha de actualización de la versión 3, es decir; 26 de marzo de 2020 se sigue utilizando la versión 2, presenta incongruencia en la versión del formato desde el control de cambios de INTEGRA. Numeral: 7.5.3.2 "Para poder controlar toda la información documentada, la empresa tiene que abordar todas las actividades que realice, según corresponda: inciso c) Control de cambios (por ejemplo, control de versión)."	NC		Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo Planeación del Sistema de Gestión Integrado.
27	ISO 9001:2015 8.51. Control de la Producción y de la provisión del servicio	Hallazgo: No se asegura la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas, al evidenciarse la respuesta fuera de término de una PQRDS. Evidencias: Radicado 20201089024, Fecha de radicación de la PQRDS 19 de mayo de 2020, fecha vencimiento del término de 35 días hábiles para dar respuesta 13 de julio de 2020, fecha de respuesta efectiva al peticionario de acuerdo con la evidencia exhibida 6 de agosto de 2020. Artículo 5 Decreto 491 de 2020: "[...](ii) Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta y cinco (35) días siguientes a su recepción." [...].	NC		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA															
			NC	OM																	
28	ISO 9001:2015 8.51. Control de la Producción y de la provisión del servicio	<p>Hallazgo: No se asegura la producción y prestación del servicio bajo condiciones controlada, al evidenciarse que en la información exógena que se debe reportar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN correspondiente al año 2019; no se reportó el valor correspondiente a cesantías reconocidas, pagadas y consignadas. Evidencias: Se evidencia el hallazgo descrito en la información reportada de los siguientes funcionarios:</p> <table border="0"> <tr> <td>52.832.238</td> <td>ESPINOSA</td> <td>GUTIERREZ,</td> <td>GINNA</td> <td>MELISSA</td> </tr> <tr> <td>51.984.538</td> <td>ISAZA</td> <td>ROMERO,</td> <td>MONICA</td> <td>LUCIA</td> </tr> <tr> <td>79.156.794</td> <td>VEGA</td> <td>ACEVEDO,</td> <td>HECTOR</td> <td>JULIO.</td> </tr> </table> <p>Además, el Grupo Financiero y Presupuestal, revisó y confirmó que efectivamente no se incluyeron los valores por este concepto.</p> <p>RESOLUCIÓN NÚMERO 011004 de 29 de octubre de 2018 Hoja No. 51, por la cual se establece el grupo de obligados a suministrar información tributaria a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN, por el año gravable 2019, se señala el contenido, características técnicas para la presentación y se fijan los plazos para la entrega.</p> <p>TÍTULO VII INFORMACIÓN SOLICITADA EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 631-3 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO CAPÍTULO 1 INGRESOS Y RETENCIONES POR RENTAS DE TRABAJO Y DE PENSIONES ARTÍCULO 36. INFORMACIÓN DE INGRESOS Y RETENCIONES POR RENTAS DE TRABAJO Y DE PENSIONES. Las personas y entidades señaladas en el artículo 1 de la presente resolución, que realicen pagos o abono en cuenta por concepto de rentas de trabajo y de pensiones, durante el año gravable, deberán reportar la siguiente información, de acuerdo con los parámetros establecidos en el Formato 2276 Versión 2: 16. Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas, consignadas o reconocidas en el período. 79.156.794 VEGA ACEVEDO, HECTOR JULIO. Además, el Grupo Financiero y Presupuestal, revisó y confirmó que efectivamente no se incluyeron los valores por este concepto.</p> <p>RESOLUCIÓN NÚMERO 011004 de 29 de octubre de 2018 Hoja No. 51, por la cual se establece el grupo de obligados a suministrar información tributaria a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN, por el año gravable 2019, se</p>	52.832.238	ESPINOSA	GUTIERREZ,	GINNA	MELISSA	51.984.538	ISAZA	ROMERO,	MONICA	LUCIA	79.156.794	VEGA	ACEVEDO,	HECTOR	JULIO.	NC		NOMINA	Gestión de Nómina Gestión Contable.
52.832.238	ESPINOSA	GUTIERREZ,	GINNA	MELISSA																	
51.984.538	ISAZA	ROMERO,	MONICA	LUCIA																	
79.156.794	VEGA	ACEVEDO,	HECTOR	JULIO.																	



INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		señala el contenido, características técnicas para la presentación y se fijan los plazos para la entrega. TÍTULO VII INFORMACIÓN SOLICITADA EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 631-3 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO				

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
29	ISO 9001:2015 10.2 No Conformidad y Acción de Mejora	<p>Hallazgo: No Conformidad. Proceso de Formulación y seguimiento de planes operativos. No se evidencia la documentación de acciones de mejora para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de evitar que vuelva a ocurrir. Evidencias:</p> <p>1. Acta No.17/2019 Tema: Reunión para socializar al Macroproceso de Gestión Directiva, los hallazgos y oportunidades de mejora detectados en la auditoría interna de otros procesos. Donde se socializo la siguiente No Conformidad HALLAZGO DETECTADO EN GTT'S – PAPF NOTA: Los números que se encuentran a la izquierda de cada oportunidad de mejora y no conformidad, detectada en GTT's y PAPF, se dejan como trazabilidad al origen del hallazgo y corresponden al consecutivo de la base de datos de Excel CONSOLIDADO AUDITORIAS 2019, de la O.C.I. Hallazgo: No se establecen controles frente a la ejecución del plan anual de inversión para la realización de las asistencias técnicas. Requisito Vulnerado: ISO 9001-2015: Numeral 8.1 Planificación y Control Operacional. Evidencias: Dentro del POAI para la vigencia 2019 en asistencias técnicas se tienen planificadas la realización de 10 actividades para la vigencia, al verificar la auditoría se ha ejecutado el 70% de las actividades planificadas, sin embargo, al verificar el presupuesto asignado inicialmente a la fecha de la auditoría se ha ejecutado un 143%, sobrepasando el presupuesto asignado. OBSERVACIÓN DEL DÍA 23 de agosto de 2019: QUEDA EN FIRME En la Plataforma Institucional Integra no se evidencia la elaboración de acción de mejora respecto de la No Conformidad. No se documentó el plan de acción, sobre la No Conformidad detectada en la auditoria del año anterior frente a la ejecución de controles del POAI. No se encuentra evidencia información documentada, ni migración al Sistema Integra del Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>2. Informe de seguimiento a la gestión Institucional Radicado 20193007566 del 30/08/2019 "Revisión de procesos de cobro coactivo que hacen parte de la propuesta de venta de cartera a CISA". Donde se detectó la siguiente No Conformidad: "No se cumple con algunas funciones asignadas al Grupo de Cobro Coactivo, en la Resolución No. 2016000350 del 08 de enero de 2016, que tienen como finalidad la gestión de las acciones necesarias para el recaudo de acreencias a favor del Invima mediante el cobro coactivo. Criterio: Resolución No. 2016000350 del 08 de enero de 2016, numerales: 2. Adelantar los procesos y/o trámites de cobro persuasivo y/o coactivo para hacer efectivas las acreencias a favor del INVIMA. 3. Estudiar y sustanciar todas las etapas correspondientes al cobro pre jurídico y jurídico. 7. Librar el mandamiento de pago en caso de ser procedente, así como tomar las medidas cautelares pertinentes para efectuar el cobro de la obligación y proyectar todos los actos tendientes al cobro." En la Plataforma Institucional Integra no se evidencia la elaboración de acción de mejora respecto de la No Conformidad.</p>	NC		FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES OPERATIVOS	<p>1.-Evaluación del Mejoramiento Continuo</p> <p>2.-Gestión del proceso Administrativo de Cobro Coactivo</p>

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
30	ISO 9001:2015 8.5.1. Control de la Producción y de la provisión del servicio	Hallazgo: No se da cumplimiento al Procedimiento para la gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y sugerencias PQRDS, Código AIC-PQR-PR001 Evidencias: Aplicativo Antiguo: Sistema de Control de Correspondencia SQL Radicado 20191073273 se radica el 22/04/2019 con respuesta del 29/07/2019 la cual fue por fuera de los términos (14/05/2019) Radicado 20191093130 se radica el 17/05/2019 con respuesta del 12/12/2019 la cual fue por fuera de los términos (10/06/2019) Radicado 20191245393 se radica el 10/12/2019 con respuesta del 22/09/2020 la cual fue por fuera de los términos Aplicativo Nuevo de Correspondencia- Sesuite Radicado 20201095057 se radica el 29/05/2020 con respuesta del 23/07/2020 la cual fue por fuera de los términos	NC		DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
31	ISO 9001:2015 8.5.2. Identificación y trazabilidad	PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS: Hallazgo: no se consigna en la Matriz de Seguimiento de cada vacuna diseñada y administrada por el grupo de Farmacovigilancia del Invima, los resultados de la socialización de acuerdo con lo establecido en el Instructivo para el trámite de sospecha de eventos supuestamente atribuidos a vacunación o inmunización ESAVI, IVC-VIG-IN024 En la actividad: "Mesa de Análisis" convenio 646/2013 INS - Invima Evidencias: el Grupo de Farmacovigilancia informa en la entrevista realizada durante la auditoría, que esta matriz de seguimiento no se está realizando.	NC		VIGILANCIA	VIGILANCIA
32	ISO 9001:2015 9.1.3. Análisis y Evaluación. literal e)	PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS: Hallazgo: No se han determinado los métodos de medición necesarios para el Proceso de Vigilancia. Evidencia: No se ha elaborado el Plan de acción propuesto para la mejora, teniendo en cuenta el Informe de Auditoría interna 2019 para el Proceso de Vigilancia, que propone en el Análisis del Indicador No.337. Porcentaje de Cierre efectivo de Alertas, Informes de Seguridad y Recalls, implementar un plan de acción enfocado a la actualización de los Indicadores. Con los Indicadores actuales no se evidencia la toma de decisiones.	NC		VIGILANCIA	VIGILANCIA
33	ISO 9001:2015 8.2. Comunicación con el	Hallazgo: La información publicada en la página web del Invima no se encuentra actualizada. Evidencias: No se utiliza versión vigente del logo institucional en el formato de informe de eventos adversos asociados al uso de medicamentos FOREAM utilizado para el reporte en línea en la página Web del Invima ni se tienen actualizados los informes trimestrales del modelo (IVC-SOA) que sirven como soporte para la rendición de cuentas periódicas.	NC		VIGILANCIA	Gestión Informática y de la Información Unidad de Riesgos (Vigilancia)

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
	cliente literal a).	En el desarrollo de la actividad "Recepción de los reportes" establecida en el numeral 7 del instructivo IVC-VIG- IN024 para el trámite de sospecha supuestamente atribuidos a vacunación o comunicación, se utiliza una versión obsoleta del logo institucional. En la página web del Invima en el link https://www.invima.gov.co/documents/20143/611185/0_Informe_trimestral_IVC_SOA_Corte_septiembre_30_2019_VF.pdf se evidencia la publicación desactualizada del informe trimestral del modelo (IVC-SOA): a Septiembre del 2019, Establecido en el Procedimiento de gestión de la vigilancia sanitaria "IVC-VIG-PR007"				
34	ISO 9001:2015 7.5.3.2. Control de la información documentada. literal c).	Hallazgo: No se realiza control de los cambios de versión de la información documentada. ISO 9001: 2015 7.5.3.2. Control de la información documentada. literal c). Evidencias: En el Procedimiento Para la Elaboración, Seguimiento y Comunicación de los Planes Nacionales Subsectoriales de Vigilancia y Control de Residuos Químicos en Alimentos y Bebidas. Código: IVC-VIG-PR003. Se evidencia que estipula el uso del formato de documentación de programas y proyectos GDI-DIE-FM015, el cual fue eliminado del listado maestro de documentos en el Sistema de Gestión Integral, teniendo en cuenta que dentro del Procedimiento se incluye el formato de Documentación de Programas y Proyectos. Código: GDI-DIE-FM019, que es el que se encuentra actualmente como documento controlado en Sistema de Gestión Integrado "INTEGRA".	NC		VIGILANCIA	Planeación del Sistema de Gestión Integrado
35	ISO 9001:2015 8.1 Planificación y Control Operacional	Hallazgo: No se cumple con los procedimientos internos establecidos dentro del sistema de gestión de calidad. No se implementa y controla el proceso necesario para cumplir los requisitos para la provisión del servicio. Evidencias: En el procedimiento de procesos sancionatorios IVC-CTL-PR001, se evidencia que no se cumple con los pasos señalados en el Instructivo de actas y radicados DRS-IVC-CTL-IN002, puesto que el acta no es revisada de manera previa a la firma por el facilitador de calidad. Esta afirmación se sustenta en la respuesta recibida en la entrevista con los auditados que indicaron que el procedimiento tenía un control posterior y no previo como lo establece en el procedimiento. Grabación 2 sesión de auditoría 31 de agosto de 2020. En la revisión de la ejecución del Procedimientos de Procesos Sancionatorios IVC-CTL-PR001 y Procedimiento para la ejecución en casos de renuencia IVC-CTL-PR002, se evidencia que las actividades no se están realizando en los tiempos y movimientos descritos en la caracterización del proceso, incumpliendo el procedimiento establecido, como se	NC		CONTROL SANITARIO	CONTROL SANITARIO

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		evidencia dentro del soporte digital -grabación de la sesión 1 y 2 de 31 de agosto de 2020.				
36	ISO 9001:2015 7.5.3 Información Documentada.	<p>Hallazgo: No se cumple con la salvaguarda y control de la información documentada respecto de disponibilidad y perdida de la integridad.</p> <p>Evidencias: -No se tiene claridad disponible e inmediata respecto de la totalidad de procesos a cargo y la etapa procesal en que se encuentran. El archivo de Excel remitido para la auditoria no estaba actualizado respecto del proceso 201607022, el cual fue reportado como activo sin movimientos y actualmente se encuentra en cobro coactivo en la Oficina Asesora Jurídica de acuerdo con lo informado por los auditados.</p> <p>-Se evidenció el uso de archivos de Excel que no se encuentra caracterizados en el procedimiento para realizar el control de las actividades a cargo, lo cual no garantiza la confidencialidad y disponibilidad de la información, como se encuentra en la grabación de la primera sesión de auditoria del 31 de agosto de 2020. Los referidos archivos personales ajenos al SGC también contravienen el lineamiento impartido por el Comité de Control Interno respecto de integridad y salvaguarda de la información respecto de información controlada y carpetas compartidas.</p>	NC		CONTROL SANITARIO	CONTROL SANITARIO
37	ISO 9001:2015 8.51. Control de la Producción y de la provisión del servicio	<p>No conformidad: Procedimiento de procesos sancionatorios. No se realizan la totalidad de las actividades del proceso sancionatorio dentro del tiempo establecido de 3 años</p> <p>□Evidencias: PROCESO 201604838: Fecha de acta de IVC 22 de noviembre de 2016, fecha de cesación del procedimiento 23 de junio de 2020 – (3,6 años) PROCESO 201605494: Fecha de acta de IVC 22 de diciembre de 2016, fecha de abstención del procedimiento 31 de agosto de 2020. (3,7 años) PROCESO 201600383: Fecha de acta de IVC 28 de abril de 2016, fecha de cesación</p>	NC		CONTROL SANITARIO	CONTROL SANITARIO



INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
38	ISO 9001:2015 7.5.3 Control de la información documentada	<p>Hallazgo: Se identificó incumplimiento al omitir la firma de Director Técnico del establecimiento en el acta de visita de certificación, sin embargo, posteriormente se realizó emisión de la respectiva certificación de Apertura y Funcionamiento de mismo, sin la verificación del cumplimiento de dicho requisito.</p> <p>Evidencias: Acta de visita realizada al establecimiento LABORATORIO ORTOPEDICO ORTHOFENIX S.A.S. con código de Expediente 0041 (Radicado: 20191102477), se evidenció sin la respectiva firma del Director Técnico del establecimiento. Certificación # 0618 del 24 de septiembre de 2019</p>	NC		AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES	AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
39	ISO 9001:2015 8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios Actividad "Verificar documentación"	Hallazgo: No se asegura la implementación oportuna del uso de documentos (formatos) actualizados o modificados, por las partes interesadas, tanto al interior del Instituto como por parte de los usuarios externos, en las Direcciones de Alimentos y Bebidas, y de Medicamentos y Productos Biológicos Evidencias: 1- Certificación HACCP UE para el BUQUE ENTERPRISE, ubicado en Cartagena – Bolívar, con fechas de solicitud de certificación del 19 de Noviembre de 2019 y fechas de visita del 17,22 y 24 de Julio de 2020 en la cual se evidencia el uso del FORMATO SOLICITUD DE TRÁMITES (VISITAS,CERTIFICACIONES Y CERTIFICADOS) (ASS-AYCFM033) con fecha de emisión 08/09/2015 y versión 02, cuando para la fecha tanto de la solicitud como de la visita se encontraba vigente el documento con fecha de emisión del 21/08/2018 y en versión 07 2- Autorización de Materiales reciclados utilizados en la fabricación de materiales, objetos, envases y equipamientos destinados a entrar en contacto con alimentos y bebidas para el establecimiento CARVAJAL S.A con radicado Invima 20191101092 ubicado en Tocancipá – Cundinamarca con fechas de solicitud 28 de Mayo de 2019 y fechas de visitas: visita 1 (04,05 y 06 de Septiembre de 2019) y visita 2 (26 y 27 de Diciembre de 2019) en la cual se evidencia el uso del documento FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACION DE MATERIALES PLASTICOS RECICLADOS/OBJETOS/ENVASES FABRICADOS CON MATERIAL PLASTIVO RECICLADO – NUEVAS MATERIAS PRIMAS PARA LA FABRICACION DE MATERIALES, OBJETOS, ENVASES O EQUIPAMIENTOS DESTINADOS A ENTRAR EN CONTACTO CON ALIMENTOS Y BEBIDAS (MOE) código FM59-PM07-AC, versión 1, fecha de emisión 10/03/2014, cuando para la fecha tanto de solicitud como de visitas se encontraba vigente el documento FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIONES RELACIONADAS CON MATERIALES, OBJETOS, ENVASES Y EQUIPAMIENTOS DESTINADOS AL CONTACTO CON ALIMENTOS Y BEBIDAS código ASS-AYC-FM057, versión 00, fecha de emisión 01/04/2015 3- En visita de certificación de Buenas Prácticas de Manufactura de Productos Biológicos realizada los días 01 al 05 de Julio de 2019, al establecimiento BIOSIDUS S.A. Planta Bernal, identificada con radicado 20191059643, se empleó el Formato Acta de Inspección al cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura farmacéutica ASS-AYC-FM005 versión 01, fecha de emisión 15/03/2018, el cual para la fecha de la visita no correspondía al vigente. El formato actual y que se debió emplear se encuentra en versión 02 del 02/05/2018. Expediente # 135E	NC		AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES	AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		4- En Visita de ampliación para el producto biológico, realizada al establecimiento MABXIENCE S.A.U. del 29 de julio al 2 de agosto de 2019, se empleó el Formato Acta de Inspección al cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura farmacéutica ASS-AYC-FM005 versión 01, fecha de emisión 5/03/2018, el cual para la fecha de la visita no correspondía al vigente. El formato actual y				
40	Decreto 1072 de 2015 Capítulo VI, Artículo 2.2.4.6.24, "Entrega de elementos de protección personal – EPP y capacitación en uso adecuado"	Hallazgo: Los funcionarios del grupo técnico de carnes no cuentan con elementos de protección personal. Evidencias: Se evidencian solicitudes a través de correos electrónicos con los respectivos formatos de solicitud debidamente diligenciados, desde agosto 26 de 2019 solicitando elementos de protección personal – EPP para los funcionarios. Quien atiende la auditoría informa que a la fecha la funcionaria Laura Cristina Castro no ha recibido estos elementos desde su ingreso al Instituto.	NC		AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES	Seguridad y Salud en el Trabajo



INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
41	ISO 9001:2015 10.3 Mejora continua	<p>Hallazgo: Proceso de planeación del sistema de gestión integrado / Procedimiento de creación, actualización y control de la información documentada SGI-PSI-PR001 No se consideran los resultados del análisis y la evaluación del incumplimiento de la meta planteada en el indicador durante los ocho primeros meses del 2020, para controlar o corregir, teniendo en cuenta la mejora continua. Evidencias: Se evidencia en el mapa de procesos dispuesto en la herramienta Integra, el indicador ID # 398 denominado "Porcentaje de documentos aprobados en la herramienta integra oportunamente". El cual fue implementado desde el año 2020, con una meta de mayor igual al 80%. Sus resultados han sido:</p> <ul style="list-style-type: none">ü enero 41,94%ü Febrero 65,96%ü Marzo 29,41%ü Abril 68,42%ü Mayo 82,35%ü Junio 69,05%ü Julio 75,00%ü Agosto 58,33%	NC		Planeación del sistema de gestión integrado	Planeación del sistema de gestión integrado

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
42	ISO 9001:2015 7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos, literal c	<p>Hallazgo: No se evidencia inicio de adecuación del espacio de almacenamiento de residuos peligroso, Incumplimiento requisitos ambientales evidenciados por la Secretaria de Ambiente del Distrito Capital en la visita de inspección realizada a las instalaciones del Instituto sede Montevideo el 26/11/2019.</p> <p>Durante la visita ejecutada por la Secretaria de Ambiente del Distrito Capital del 26/11/2019, levantó un "Acta de visita de evaluación control y seguimiento, de las entidades públicas en el Distrito Capital", se evidenció el siguiente requerimiento, numeral 7 del acta, "Las condiciones de almacenamiento de residuos de origen de laboratorio cumple, sin embargo el espacio de residuos peligrosos de origen administrativo no cumple con los ítems" 12-4-7 (condiciones locativas) y 1-3-4 (condiciones operativas). Actualmente se tiene adecuado un espacio que cuenta con riesgo de humedad y bajo una carpa."</p> <p>Se evidencia que la Oficina Asesora de Planeación, informo al Grupo de Gestión Administrativa según correo electrónico del 16/12/2019, donde se orienta en el manejo adecuado de la situación requerida; sin embargo no se obtuvo una respuesta por parte de este grupo.</p> <p>Evidencias: Acta de visita de inspección, seguimiento y control a las entidades públicas en el distrito del 26/11/2019.</p> <p>Radicado Invima 20201074829 del 20/04/2020 – dirigido al Director General del Invima, acerca de la visita de control al cumplimiento normativo ambiental.</p> <p>La Oficina Asesora de Planeación, reporta durante la auditoría interna, que su solicitud presentada frente al requerimiento no ha tenido respuesta.</p>	NC		Planeación del sistema de gestión integrado	Gestión de Bienes y Servicios Administrativos

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
43	ISO 9001:2015 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio	<p>Hallazgo: No se asegura el uso del correo electrónico institucional comunicaciones@invima.gov.co, para la solicitud, revisión, ajustes y aprobación de las publicaciones de usuarios externos como internos, como se establece en los documentos AIC-GCM-PR001 – PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE COMUNICACIONES, AIC-GCM-PR002-PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE PRENSA y AIC-GCM-PR003-PROCEDIMIENTO MANEJO DE REDES SOCIALES, lo cual no permite realizar seguimiento al curso que ha tenido la publicación, ni fomenta el manejo seguro de la información</p> <p>Evidencias:</p> <p>1- Para el comunicado Ejército Nacional en colaboración con Invima desmantelan dos mataderos ilegales de ganado en la Guajira, año 2019, no se presenta evidencia de la solicitud ni la aprobación de la publicación en el correo electrónico comunicaciones@invima.gov.co</p> <p>2- Para la solicitud de prensa sobre desabastecimiento de aspirina de Caracol Radio Agosto 2020, no se presentan soportes de revisión, ajustes y aprobación de la publicación en el correo electrónico comunicaciones@invima.gov.co</p> <p>3- Para el material audiovisual Pieza para redes Dirección General - Como cuidar tu salud mental de Julio 2020, los soportes de solicitud y envío que se presentan no se encuentran en el correo electrónico comunicaciones@invima.gov.co</p> <p>4- Para los eventos Socialización de la circular conjunta 03 de 2019 – Manejo y disposición de los productos decomisados en los operativos anticontrabando de Febrero 2020 y Evento Plasma de Convaleciente Rueda de Prensa - Simposio Virtual – INS, del 11 de Agosto de 2020, no se presentan soportes de solicitud y aprobación en el correo electrónico comunicaciones@invima.gov.co</p>	NC		GESTION DE COMUNICACIONES	GESTION DE COMUNICACIONES
44	ISO 9001:2015 8.5.1 Control de la Producción y de la provisión	<p>Hallazgo: No se da cumplimiento a los tiempos de respuesta establecidos en el AIC-PQR-PR001 Procedimiento para la gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y sugerencias PQRDS.</p> <p>Evidencias: Radicado 20201035898 fecha de radicado 21 de febrero de 2020 fecha esperada de respuesta de acuerdo al aplicativo de correspondencia el 13 de Marzo de 2020 se da respuesta el 18 de Marzo de 2020, Radicado 20191163754 fecha de radicado 26/08/2019 fecha esperada de respuesta de acuerdo al aplicativo de correspondencia el 16 de Septiembre de 2019 se da respuesta el 20 de Septiembre de 2019 con radicado 20192047036.</p>	NC		SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
	del servicio					
45	ISO 9001:2015 8.5.1 Control de la Producción y de la previsión del servicio	Oficina Asesora de Planeación: Hallazgo: No se cumple con lo establecido en la actividad Nota 1 Formalización de acuerdos de gestión "los acuerdos de gestión de los gerentes antiguos deben suscribirse antes de finalizar el primer trimestre del año" descrito en el Procedimiento de Concertación, seguimiento y evaluación del acuerdo de gestión GSC-SEG-PR004 evaluación del acuerdo de Gestión de los gerentes públicos para el año 2020 se evidencia que la concertación publicada en la página del Invima del Dr. Carlos Robles Cocuyame Director de Alimentos y bebidas fue firmada el día 16 de abril de 2020 y la concertación publicada de la doctora Judith del Carmen Mestre Arellano Directora de Medicamentos y productos Biológicos para este mismo año se firmó el día 12/06/2020, por fuera del tiempo máximo establecido de tres meses de cada vigencia para gerente público antiguo establecido en el procedimiento.	NC		SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL
46	ISO 9001:2015 8.5.1 Control de la Producción y de la previsión del servicio	Hallazgo: No se realiza una asignación adecuada a las PQRDS de acuerdo con las definiciones establecidas en el procedimiento para una adecuada gestión de la respuesta Evidencias: Clasificación inadecuada de las PQRS por parte de la oficina de Atención al ciudadano (radicados 20191224074,20201035898), se envían a control interno cuando deben ir a control interno disciplinario	NC		SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	ATENCION DE PQRDS

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
47	ISO 9001:2015 8.51. Control de la Producción y de la provisión del servicio	Hallazgo: No conformidad: GRUPO PERSUASIVO Y COACTIVO. No se asegura la producción y prestación del servicio bajo condiciones controlada, al evidenciarse la prescripción de procesos de la jurisdicción coactiva. Evidencias: PROCESO 2014-747: En firme y ejecutoriado el 13 de mayo de 2015, operó la prescripción en mayo de 2020. PROCESO 2009-418: Ejecutoriado y en firme el 18 de julio de 2011. PROCESO 2015-00220, prescribe en septiembre de 2020 sin haber investigado bienes. PROCESO 2015-00245, Prescribe en el mes de septiembre de 2020, con última actuación del 26 de abril de 2017. PROCESO: 2008-1043, está prescrito, el día 27 de enero de 2015, se le envió al deudor una comunicación de saldo pendiente y no se evidencian más movimientos. PROCESO: 2012- 397, se encuentra prescrito, Auto que decreta embargo de cuentas bancarias. Folio 98 se pide realizar concurrencia de embargo al juzgado 19 civil municipal de oralidad de Medellín y no se evidencian más actuaciones. Expediente: 2006-112, Actualmente el expediente se encuentra prescrito y la última actuación es un auto que libra mandamiento de pago de un remanente.	NC		Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo
48	ISO 9001:2015 8.5.2. Identificación y trazabilidad	Hallazgo: No conformidad: GRUPO PERSUASIVO Y COACTIVO. No se conserva la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad de cobro, para el recaudo de acreencias a favor del Invima, mediante el cobro persuasivo y coactivo. Evidencias: PROCESO 2015-00026: Ejecutoriado del 11 de marzo de 2016, auto de requerimiento de pago del 27 de septiembre de 2016, se libra mandamiento de pago del 20 de marzo de 2018, se suscribe acuerdo de pago el 6 de junio de 2019, a la fecha de la auditoria no se tiene en el expediente evidencia de si se ha realizado algún pago de lo del acuerdo de pago. PROCESO 2009-418: Se oficia a Secretaria de Movilidad el día 9 de noviembre de 2016 y a la oficina de instrumentos públicos el mismo día, ellos Informaron sobre un bien el 16 de diciembre de 2016 y no se hizo el análisis sobre la situación del bien, y sobre la actuación a seguir. (folio 158, y a la fecha sigue vigente el expediente). 200600112, En los expedientes no se evidencia el día en que el deudor realiza los pagos y los abonos, sino que aparece una constancia por parte de presupuestal donde indican que se abonó o se pagó	NC		Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
49	ISO 9001:2015 8.5.6. Control de Cambios	No Conformidad. GRUPO PERSUASIVO Y COACTIVO. No se realizaron los cambios para actualizar el proceso persuasivo y coactivo, para dar continuidad con los requisitos, de acuerdo con la ley 1437 de 2011, artículo 69. Evidencia. Procedimiento, actividad Notificaciones:” ... En caso contrario, conocida la devolución del correo certificado con que se pretende notificar las actuaciones que deben conocer los ejecutados para el uso del derecho de defensa, el funcionario a cargo del trámite de cobro del respectivo proceso, inmediatamente elaborará el aviso emplazatorio para su publicación en diario de amplia circulación.”, y la Ley 1437 de 2011, artículo 69, establece para el caso de devoluciones: “...Cuando se desconozca la información sobre el destinatario, el aviso, con copia íntegra del acto administrativo, se publicará en la página electrónica y en todo caso en un lugar de acceso al público de la respectiva entidad por el término de cinco (5) días, con la advertencia de que la notificación se considerará surtida al finalizar el día siguiente al retiro del aviso”.	NC		Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo
50	ISO 9001:2015 7.5.3 Control de la Información Documentada.	Hallazgo: No Conformidad. GRUPO PESUASIVO Y COACTIVO y DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA. Se evidenció información documentada que no reúne los requisitos por carecer de firma, siendo necesaria para la eficacia del sistema de gestión de calidad. Evidencias: PROCESO 201600270-1 Se evidencia a folio 161 la notificación por aviso No.2019000218 del 18 de febrero de 2019, sin firma de la Coordinadora Secretaria Técnica de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria y no se evidencia en este expediente la respuesta al recurso de reposición a la calificación de la sanción PROCESO: 2008-1043 en el expediente Acuerdo de Pago que no está suscrito por el deudor.	NC		Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo
51	ISO 9001:2015 7.5.3.2. Control de la información documentada. Literal b)	Hallazgo: Se evidencia falta de control en la preservación y conservación de la información de la entidad, debido a la poca capacidad de almacenamiento. Evidencias: 1.las cajas de archivos donde se encuentran las carpetas de los expedientes que están a cargo de cada profesional son almacenadas en las áreas de trabajo de cada uno de ellos, carecen de archivadores o de un área donde se puedan almacenar, lo que amenaza la preservación de esta información 2.Verificación del área de trabajo por TEAMS. Los puestos de trabajo están rodeados de cajas con expedientes.	NC		Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo	Gestión Documental y Correspondencia

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
52	ISO 9001:2015 8.5.1. Control de la producción y de la provisión del servicio literal a). Numeral 1.	Hallazgo: Proceso de Registro Sanitario Dirección de Dispositivos Médicos: No se asegura el cumplimiento con lo establecido en la actividad seleccionar, revisar la documentación y elaborar agenda, del procedimiento ASS-RSA-PR013-PROCEDIMIENTO TÉCNICA CIENTIFICA. Evidencias: Para el Proceso de Registro Sanitario de la Dirección de Dispositivos Médicos, no se implementa el Formato de agenda de las salas especializadas de comisión revisora ASS-RSA-FM044 según la sesión realizada del 15- 17 de abril 2020	NC		REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS	REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS
53	ISO 9001:2015 8.5.1. Control de la producción y de la provisión del servicio literal a). Numeral 1.	Hallazgo: No se asegura el cumplimiento del objetivo definido en el procedimiento de notificaciones (AIC-NOT-PR001), conforme a los requisitos de los servicios ofertados por el Instituto. Evidencias: -No se presentan soportes del seguimiento de reporte de tramites (número de radicados) con resoluciones pendientes por notificar cuando se surte notificación por aviso.	NC		REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS	PROCESO DE NOTIFICACIÓN REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS
54	ISO 9001:2015 7.5.3.1 Control de la información documentada	Hallazgo: No se realiza la estandarización de los mecanismos de almacenamiento, difusión y control de la información del instituto, para garantizar la integridad y confidencialidad de la misma, por cuanto se está usando un software que genera riesgos de seguridad de información Evidencias: -Se soporta envío de información a los comisionados de la sala especializada de Dispositivos médicos de la sesión realizada del 15- 17 de abril 2020, mediante software wetransfer.	NC		REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS	Gestión de la Infraestructura y servicios tecnológico Planeación del Sistema de Gestión Integrado

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
55	ISO 9001:2015 7.5.3.2 Actividad Identificar y analizar las necesidades de capacitación - Nota 1	Hallazgo: No se controla la información documentada de origen externo que la organización determine como necesaria para la planificación. Evidencias: Se evidencia que no se está radicando las solicitudes de Capacitación en el aplicativo de correspondencia establecido por el Instituto. 1. Capacitación sobre el tema Proyecto de Pedagogía, prevención y Responsabilidad Sanitaria 2019 ejecutada el 5 de septiembre de 2019 para el público objetivo Secretarías Departamentales del Choco, se evidencio que la solicitud realizada el 26 de agosto del 2019 no fue radicada en el aplicativo correspondencia. 2. Se evidenció correo electrónico del 23 de julio de 2020 con solicitud de capacitación por parte de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas que no cuenta con radicación en el aplicativo correspondencia. Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos 3. Capacitación sobre el tema Notificación Sanitaria y Vigilancia en Cosméticos / Autorizaciones de comercialización de Alimentos ejecutada el 13/feb/20 para el público objetivo Universidad Piloto en la ciudad de Bogotá no presenta radicación en el aplicativo correspondencia. 4. Solicitud de capacitación por parte de la Secretaría de Salud del Guainía a la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías; informan que la solicitud se realizó vía telefónica, se da respuesta por correo electrónico del 30 de junio de 2020 y se ejecuta el 14 de agosto 2020.	NC		EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
56	ISO 9001:2015 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio	Hallazgo: No se implementaron las actividades de seguimiento y medición que garanticen las condiciones controladas para la realización de las conciliaciones de software y licencias, en el suministro de la información para la elaboración de estas. Evidencias: A la fecha no se han ejecutado las conciliaciones de software y licencias de los meses de junio y julio de 2020 de acuerdo con la periodicidad mensual del procedimiento. Se evidencia acta reunión N° 01 de fecha 3/09/2020 se pudo constatar que la Grupo de Soporte Tecnológico y Gestión Administrativa no han entregado la información necesaria para iniciar el procedimiento de la conciliación.	NC		GESTION DEL PRESUPUESTO, TESORERIA Y GESTION CONTABLE	Gestión de la Infraestructura y Servicios Tecnológicos Gestión de Bienes y Servicios Administrativos Gestión Contable
57		Incluir dentro del formato de tabulación de las encuestas los nombres de los funcionarios que realizan la capacitación.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
58		Garantizar el adecuado diligenciamiento de los formatos de acta de aplicación de Medida Sanitaria de Seguridad en los espacios de la toma de muestras.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
59		Verificar la pertinencia de utilizar medios diferentes a los establecidos dentro del sistema de gestión integrado para obtener información respecto a los usuarios para canalizar la información de manera segura.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
60		Proceso de Inspección- Proceso de Vigilancia: Documentar oportunamente las nuevas acciones que se han venido implementando durante la emergencia sanitaria tendientes a mejorar la respuesta a la necesidad de los usuarios (Inspección a establecimientos, plantas de beneficio animal).		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN - VIGILANCIA
61		Verificar los controles de los riesgos del proceso asegurando que el diseño de control cumpla con lo estipulado en el sistema de gestión integrado y Ajustar la definición de las causas, controles y acciones de contingencia frente a los riesgos, con el objeto de mejorar su control y seguimiento para lograr que las acciones correctivas sean eficaces.		OM	INSPECCIÓN DESARROLLO DE PERSONAL	Evaluación de Mejoramiento Continuo
62		Proceso de Evaluación de Mejoramiento Continuo: Fortalecer la definición de planes de acción asegurando que se elimine o minimice la causa raíz identificada y Verificar la implementación de actividades de control para asegurar que los tiempos de ejecución de los planes de acción sean acordes a la actividad planteada.		OM	INSPECCIÓN	Evaluación de Mejoramiento Continuo
63		Documentar según corresponda las mejoras desarrolladas al interior del grupo tendientes a aumentar la satisfacción de los usuarios, mejorar la eficacia del proceso, etc. Para mantener la trazabilidad y facilitar la implementación de mejores prácticas para los otros grupos que hacen parte del proceso.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
64		Establecer mecanismos de control que aseguren la respuesta oportuna a las diferentes solicitudes que hacen los usuarios (PQRDS y seguimiento a trámites).		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
65		Verificar la conveniencia de registrar la justificación técnica de los cambios realizados durante el tiempo de emergencia sanitaria en el tipo de inspección a ejecutar (de inspección exhaustiva con toma de muestra a inspección documental) que asegure que el Invima realiza inspección basado en el riesgo.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
66		Garantizar la adecuada asignación y clasificación de las PQRDS con el fin de que sean allegadas a la Dirección o Grupo correspondiente.		OM	INSPECCIÓN GESTION DEL PRESUPUESTO, TESORERIA Y GESTION CONTABLE	Atención de PQRDS
67		Verificar la forma adecuada para el versionamiento de los formatos que se generan a partir de los aplicativos institucionales que asegure que los funcionarios utilicen las versiones vigentes de los formatos.		OM	INSPECCIÓN	Planeación del Sistema de Gestión Integrado y Proceso Gestión

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
						Informática y de la Información
68		Realizar capacitaciones para que la totalidad de funcionarios conozcan la matriz de Elementos de Protección Personal de acuerdo con su cargo, para el adecuado uso de estos.		OM	INSPECCIÓN	Seguridad y Salud en el Trabajo
69		Verificar la posibilidad de implementar nuevos indicadores para el proceso de inspección que permitan la toma de decisiones para la mejora continua.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN Seguimiento a la Gestión Institucional:
70		Verificar la conveniencia de documentar en capítulo aparte del procedimiento de Inspección en sitio, las actividades correspondientes a inspección, vigilancia y control de tráfico postal y mensajería expresa para dar mayor claridad a los funcionarios que realizan las actividades.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
71		Solicitar concepto a la Oficial de Seguridad sobre la encriptación de correos que se envían de manera oculta a los funcionarios que realizan la actividad de inspección, vigilancia y control de tráfico postal y mensajería expresa, con el fin de garantizar la confidencialidad de la información.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
72		Se recomienda replantear el porcentaje de Salidas No Conformes de las actas de inspección, para garantizar su adecuado control.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
73		Establecer mecanismos de control adicionales a los existentes que aseguren la respuesta oportuna a las diferentes solicitudes que hacen los usuarios (PQRDS y seguimiento a trámites).		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
74		Revisar y analizar, la matriz de elementos de Protección personal, para el personal que cumple actividades de Inspección, Vigilancia y Control de Tráfico Postal y Mensajería Expresa de acuerdo con los factores de riesgos a los que se encuentran expuestos.		OM	INSPECCIÓN	Seguridad y Salud en el Trabajo
75		Verificar en el Grupo de Inspección Vigilancia, en el de Control de Tráfico Postal y Mensajería Expresa, y demás dependencias del Instituto cuenten con la cantidad de funcionarios competentes para el cumplimiento de sus actividades. Y Verificar que los funcionarios asignados al Grupo de Inspección Vigilancia y Control de Tráfico Postal y Mensajería Expresa, y a la Dirección de Responsabilidad Sanitaria sea el requerido para el cumplimiento de las actividades		OM	INSPECCIÓN	Proceso de Direccionamiento Estratégico y Proceso de Selección y Vinculación
76		Aseguran la actualización de la información documentada generada en Tablet, Versiónamiento de formatos		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
77		Evaluar la necesidad para que los GTT tengan acceso a la carpeta compartida del POA consolidado y publicado, donde está la información reportada por cada GTT en los diferentes		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		indicadores.				
78		Actualizar el procedimiento de Capacitación ASS-ESA-PR001, anexo 6 que hace referencia al aplicativo de correspondencia para que se enuncie el vigente.		OM	INSPECCIÓN	Educación Sanitaria y Asistencia Técnica:
79		Realizar actividades de apropiación y acompañamiento permanente del Nuevo Aplicativo de Correspondencia y PQRDS SeSuite, en los GTT's y PAPP.		OM	INSPECCIÓN	Gestión de Tecnología de la Información y las Comunicaciones
80		Realizar retroalimentación de las encuestas trimestrales que mide la satisfacción y la percepción del ciudadano a los GTT y PAPP.		OM	INSPECCIÓN	Atención de Solicitudes y Tramites
81		Evaluar la posibilidad de acoger de manera permanente las acciones implementadas por la emergencia sanitaria para mejorar la respuesta a las necesidades de los usuarios.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
82		Centralizar la información relacionada con respecto a las evidencias del tratamiento de las salidas no conformes, para garantizar su trazabilidad y acceso a la información en cualquier momento.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
83		Mejorar la descripción en los campos del plan de tratamiento en la plataforma INTEGRAL, correspondiente a la ficha de Gestión de salidas no conformes.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN - EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO CONTINUO
84		Entregar oportunamente la documentación correspondiente de la ejecución de los contratos para que repose en el expediente contractual dadas las sanciones que pueden generarse por el incumplimiento.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
85		Realizar la disposición de las evidencias de las acciones de mejora y los riesgos del proceso de inspección en la carpeta compartida destinada para almacenar la información.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
86		Incluir dentro de los indicadores de Gestión del proceso, los datos que son base para alimentar el indicador.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
87		Profundizar en el análisis de indicadores principalmente cuando se obtengan resultados no aceptables definidos por el mismo proceso.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
88		Evaluar la pertinencia de independizar los datos fuente que alimentan el indicador de SNC por GTT, que permitan evaluar y tomar acciones sobre desviaciones puntuales en caso de que se presentaran.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
89		Mejorar la comunicación desde el grupo de Sistema Integrados de Gestión a los Facilitadores de Calidad de los procesos sobre el estado de la migración de los riesgos al		OM	INSPECCIÓN	Planeación del Sistema de Gestión Integrado

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		módulo de riesgos en Integra.				
90		Proceso de inspección - Grupo de Trabajo Territorial Occidente 1 – Gestión de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Verificar la viabilidad de crear un correo Institucional (a través de Office 365) con la capacidad suficiente para reemplazar el uso de Correos no Institucionales (Gmail) para el reporte de actividades como por ejemplo el envío del informe de comisión, decomisos, para garantizar la recepción y seguridad de la información recibida.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN - GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA
91		Proceso de inspección - Grupo de Trabajo Territorial Occidente 1 - Incluir en la solicitud del formato de comisiones y/o autorización de viaje, en el objetivo de la comisión, la totalidad de actividades a realizar y especificar en el informe de Comisión que deben presentar los servidores públicos: el objeto, actividades realizadas y resultados obtenidos.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
92		Proceso de inspección - Grupo de Trabajo Territorial Occidente 1 - Diligenciar la totalidad de los espacios en la Actas y formatos y cerrar los espacios en blanco, consignar todas las notas que aplique según el producto y la actividad.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
93		Proceso de inspección – Dirección de Operaciones Sanitarias – Realizar la revisión de todos los documentos trabajados desde las diferentes herramientas informáticas (Capturados de IVC – Sivicos) en lo referente a las versiones, codificación, empleo de plantilla oficial, entre otros.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
94		Proceso de inspección - Dirección de Operaciones Sanitarias – Evaluar la pertinencia del Formato Comunicación de la Medida Sanitaria (IVC-INS-FM118) de acuerdo con el riesgo y el impacto sobre las actividades del procedimiento.		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
95		Proceso de inspección - Dirección de Operaciones Sanitarias – Evaluar la Tipificación y el tratamiento realizado a las Salidas No Conformes de los Certificados de Inspección Sanitario		OM	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN
96		Proceso Atención Integral al Ciudadano - Retroalimentar por parte de la Oficina de Atención al Ciudadano a los funcionarios del GTT Occidente 1 sobre los consolidados de los resultados de las encuestas de percepción del servicio.		OM	INSPECCIÓN	ATENCIÓN DE SOLICITUDES Y TRAMITES
97		IVC-CCP-PR006-PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS: Revisar la inclusión de tiempos para el envío de los lineamientos a través del correo electrónico a los Laboratorios de Salud Pública con el fin de tener claridad cuando se deben de enviar.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
98		IVC-CCP-PR006-PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS: Considerar la inserción de tiempos máximos para la notificación de resultados rechazados que afecta la inocuidad del Producto, en las siguientes etapas:· Desde los Laboratorios de Salud Pública a la Red Nacional de Laboratorios, una vez que los Laboratorios de Salud Pública genere el resultado.· Posteriormente desde la Red Nacional de Laboratorios a la Dirección de Alimentos y Bebidas Con el fin de tener una acción oportuna en la entrega de información y posterior tratamiento.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
99		IVC-CCP-PR006-PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS: Indicar los tiempos de ejecución para cada una de las etapas en la actividad “ <i>verificar registros</i> ”, para tener la claridad en el desarrollo de esta actividad.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
100		IVC-CCP-PR006-PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS: Aclarar donde se enuncia “ <i>cuando es necesario</i> ” la consolidación de los resultados de control de calidad de productos competencia del Invima y los enviados por cada Laboratorio de Salud Publica en la actividad “ <i>Consolidar los resultados por Laboratorios de Salud Pública</i> ”.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
101		IVC-CCP-PR006-PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS: Establecer tiempos para las siguientes actividades:· Elaboración y envío para revisión de los Informes, análisis, Oficio de gestión y de remisión.· Revisión y corrección de los Informes, análisis, Oficio de gestión.· Aprobación y suscripción de los informes y los oficios remisorios, análisis, oficio de gestión.· Envío de informes y los oficios remisorios, análisis, oficio de gestión.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
102		IVC-CCP-PR006-PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS: Adaptar la plantilla de comunicaciones externa del Instituto a:· Lineamientos para notificación de resultados de Laboratorios de Salud Pública · Informes de gestión y análisis de resultados para los Laboratorios de Salud Publica		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
103		IVC-CCP-PR006-PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA RED NACIONAL		OM	CONTROL DE CALIDAD DE	CONTROL DE CALIDAD DE

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		DE LABORATORIOS: Codificar los documentos asociados a este procedimiento como es el caso del formato "Notificación de Resultado Rechazado que afecta la inocuidad del producto" con el fin de garantizar el correcto flujo, almacenamiento y utilización de la documentación dentro del Sistema de Gestión Integrado.			PRODUCTOS	PRODUCTOS
104		GSC-SEG-PR002 GESTIÓN DE INDICADORES INSTITUCIONALES: Evaluar la pertinencia de establecer nuevos indicadores que le ayuden a la toma decisiones.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
105		SGI-PSI-PR001 PROCEDIMIENTO DE CREACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA: Documentar las actividades relacionadas con toda la gestión interlaboratorios en el marco del Sistema de Gestión Integrado por parte de la Red Nacional de Laboratorios, con el fin de asegurar que la información documentada esté disponible y sea idónea para su uso.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
106		General: Para el riesgo de imparcialidad revisar la calificación inicial de probabilidad ya que el control aplicado está enfocado directamente a la probabilidad, pero en la calificación final no se modifica		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
107		General: Evaluar empezar a migrar los documentos a archivos digitales para dar cumplimiento a la política de cero papeles		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
108		General: Asegurarse que se aplica correctamente el control de registros electrónicos establecido en el procedimiento.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
109		General: En el acta de revisión por la dirección organizar la información de salidas y compromisos de la revisión por la dirección, de manera que se ubique fácilmente los elementos del requisito.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
110		Laboratorio Físico-Mecánico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías: incluir en los informes el código del documento donde tienen definida la regla de decisión aplicada.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
111		Laboratorio Físico-Mecánico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías: cuando se reporte la incertidumbre en los informes colocar el mismo nivel de confianza que utilizan para la estimación (95,45% para k=2 y no 95%)		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
112		Laboratorio Físico-Mecánico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías: evaluar el cuantificar la incertidumbre de ensayos cualitativos que utilizan equipos de medición ya que se cuenta con un error e incertidumbre asociada al instrumento		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
113		Laboratorio Físico-Mecánico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías: Revisar previamente los resultados de los instrumentos de medición antes de ser intervenidos o ajustados con el fin de conocer la deriva instrumental del equipo		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
114		Laboratorio Físico-Mecánico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías: Describir en el procedimiento interno del laboratorio que las supervisiones se realizarán al iniciar las campañas.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
115		Laboratorio Físico-Mecánico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías: Documentar como se realizan las verificaciones intermedias del banco para detección de agujeros y de la máquina de ensayos utilizando items retenidos de condiciones conocidas		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
116		Laboratorio Físico-Mecánico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías: Realizar búsqueda de proveedores nacionales de calibración para crear un método para la calibración de los bancos de pruebas utilizados en los ensayos físico – mecánicos		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
117		Laboratorio Físico-Mecánico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías: En los análisis de tendencias cuando se utiliza como estadístico prueba Z-score revisar y analizar los resultados que son iguales a 2		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
118		Laboratorios de Microbiología y Físicoquímico de Productos Farmacéuticos y Otras Tecnologías: aunque no aplica la declaración de la incertidumbre y no se declara la regla de decisión, es importante dejar esta observación dentro del informe de resultados ya que por directrices del informe 44 y 45 de la OMS se declara la conformidad		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
119		Laboratorio Microbiología De Alimentos Y Bebidas, hacer referencia en los informes al documento en el que se tiene la aplicación de la regla de decisión		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
120		Laboratorio Microbiología De Alimentos Y Bebidas documentar más detalladamente las acciones que se toman para evitar los ajustes no previstos a sus equipos.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
121		Laboratorio Microbiología De Alimentos Y Bebidas definir claramente en la en la guía PO05-ER-402-G001, versión 6 “Elaboración y modificación de informes de resultados” que el laboratorio no emite opiniones e interpretaciones.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
122		Para los laboratorios que aplican regla de decisión: Físico-Mecánico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías y Físicoquímico de Alimentos y Bebidas incluir en la guía donde		OM	CONTROL DE CALIDAD DE	CONTROL DE CALIDAD DE

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		establecen la regla de decisión la evaluación de riesgo que han hecho.			PRODUCTOS	PRODUCTOS
123		Laboratorio Productos Biológicos: Evaluar un mecanismo para recoger o asegurar que los certificados que deben corregirse y han sido entregados al cliente por correo electrónico se recojan o se asegure que no van a ser usados.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
124		Laboratorio Productos Biológicos: Es conveniente para trazabilidad histórica de las validaciones incluir en el CERTIFICADOS INTERNOS DE VALIDACIÓN PA02-PM-603-F001 las fechas correspondientes a las actualizaciones de las validaciones, ajustes realizados, concepto final de la misma, así como de la incertidumbre de los métodos puesto que los mismos también son actualizados		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
125		Laboratorio Productos Biológicos: asegurar que los certificados de salud de los animales emitidos por el INS y que son utilizados en los ensayos de INOCUIDAD PARA VACUNAS Y SUEROS DE ORIGEN ANIMAL y TITULO NEUTRALIZANTE DE SUERO ANTIOFIDICO permitan realizar toda la trazabilidad del ensayo puesto que estos no registran lote y en un mismo día puede entregar varios animales a diferentes o mismo laboratorio		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
126		Laboratorio Físicoquímico De Alimentos Y Bebidas: evaluar la opción de tener alertas en las cartas de control y no solo el límite superior o inferior.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
127		Laboratorio Físicoquímico De Alimentos Y Bebidas y Físico-Mecánico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías: evaluar el relacionar en los informes de incertidumbre cómo hacen las agrupaciones finales de manera que no se tenga que consultar el procedimiento general para entender el informe.		OM	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS	CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS
128		Diligenciar de acuerdo con el procedimiento Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Bienes, muebles e inmuebles GAD-GBS-PR001, todos los formatos asociados al mismo, con el fin de tener trazabilidad en cuanto al mantenimiento de los vehículos independientemente del uso regular o no de los vehículos del Invima.		OM	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
129		Realizar la actualización del procedimiento Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Bienes, muebles e inmuebles GAD-GBS-PR001, lo anterior en cuanto a la actividad "Verificar el mantenimiento" ya que no se encuentra documentado el tiempo que tiene el usuario para responder la encuesta de satisfacción por el cliente.		OM	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
130		Generar una alerta para los grupos de Gestión Contractual y Gestión de Talento Humano posterior a los 5 días hábiles en donde dichos grupos deben reportar los funcionarios y contratistas que ingresan o se retiran, lo anterior con el fin de que el Grupo de Gestión Administrativa pueda realizar las actividades de actualización pertinentes al procedimiento de Inventarios de activos y baja de bienes GAD-GBS-PR003		OM	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
131		Implementar en el numeral 5. Puntos de Control del procedimiento Gestión Integral de Residuos GAD-GBS-PR006, un documento en donde se pueda realizar la evidencia en cuanto a la "Separación adecuada haciendo uso correcto de recipientes de acuerdo con el código de colores establecido por el Invima".		OM	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
132		Realizar de manera oportuna la actualización de los procedimientos frente a la adquisición de nuevas herramientas para el mejoramiento continuo de la entidad.		OM	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS, GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA, ADQUISICIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y SUMINISTROS	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS, GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA, ADQUISICIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y SUMINISTROS
133		Revisar algunas actividades de los procedimientos de inventarios de activos y bajas de bienes GAD-GBS-PR003 y Procedimiento Transferencia Documental GAD-GDO-PR006, para definir la periodicidad en el desarrollo de las actividades del proceso.		OM	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS – GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS – GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA
134		Definir en el numeral 6. Punto de control del procedimiento Adquisición de Bienes, Servicios y Suministros, GAD-ABS-Pr002, versión 11, la frecuencia de realizar los controles.		OM	ADQUISICIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y SUMINISTROS	ADQUISICIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y SUMINISTROS
135		Establecer controles para verificar la implementación de las Tablas de Retención Documental TRD a los GTT's		OM	GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA	GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA
136		Actualizar los procedimientos pertenecientes a la entidad con apoyo de los procesos, en cuanto a los hipervínculos que se encuentran dentro de los mismos.		OM	GESTIÓN DOCUMENTAL	PLANEACIÓN DEL SISTEMA DE

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
					Y CORRESPONDENCIA	INTEGRADO DE GESTIÓN
137		Diligenciar el formato de claves de usuario de base de datos TIC-GIN-FM004. Se debe actualizar según corresponda este listado, del Procedimiento de Administración y Mantenimiento de Base de datos TIC-GIN-PR003, en la actividad creación de usuarios de aplicación de base de datos.		OM	Gestión Informática y de la Información	Gestión Informática y de la Información
138		Actualizar del procedimiento de Solicitud de Requerimientos Nuevos y Solicitudes de Control de Cambios de los Sistemas de Información TIC-GIN-PR001, Teniendo en cuenta que los requerimientos que llegan al área de sistemas de información no se contempla una fecha de entrega debido al escaso recurso humano disponible, exponiendo a la organización a demoras en los procesos e incumplimiento en los acuerdos de niveles de servicio.		OM	Gestión Informática y de la Información	Gestión Informática y de la Información
139		Mejorar las actividades de pruebas de software incluyendo las buenas prácticas de calidad de software según el estándar internacional ISTQB, del procedimiento Gestión de Requerimientos Nuevos y Solicitudes de Control Cambios de los Sistemas de Información. TIC-GIN-PR001, con el fin de asegurar que desde la dirección de tecnología se entreguen productos de software de la mejor calidad, con esto se minimiza los posibles riesgos que tengan los productos de software en producción.		OM	Gestión Informática y de la Información	Gestión Informática y de la Información
140		Garantizar la participación en las actividades de gestión de cambios a la oficial de seguridad de la información del Instituto, con el fin de poder gestionar y mitigar los posibles riesgos de integridad, disponibilidad y confidencialidad; minimizando el impacto del cambio de los activos que van a ser objeto de cambio. A los procedimientos Gestión de Requerimientos Nuevos y Solicitudes de Control Cambios de los Sistemas de Información. TIC-GIN-PR001 y Gestión de Entregas y despliegues TIC-GTI-PR010.		OM	Gestión Informática y de la Información - Gestión de la Infraestructura y Servicios Tecnológicos	Gestión Informática y de la Información - Gestión de la Infraestructura y Servicios Tecnológicos
141		Establecer un indicador que mida cuantas veces al mes los procesos programados y automáticos generan errores, ya que se identificó que la administradora de bases de datos toma como referencia los logs de eventos y no se tiene una estadística formal para la toma de decisiones, para el mejoramiento continuo de esta actividad. en el Procedimiento de Administración y Mantenimiento de Bases de Datos TIC-GIN-PR003.		OM	Gestión Informática y de la Información	Gestión Informática y de la Información
142		Asegurar la firma y/o el pie de páginas de los participantes en los documentos correspondientes, a las reuniones Grupo Primario y de más reuniones que realicen en los procesos.		OM	Todos los procesos TICS	Todos los procesos TICS
143		Actualizar en el Procedimiento Gestión de Servicios Tecnológicos TIC-GTI-PR001, la nueva		OM	Gestión de la	Gestión de la

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		dirección web de la mesa de ayuda https://invimagovservicedesk.arandasoft.com/USDKV8/#/login/ , socializada a todos los funcionarios del Instituto por Systemplus el 27/08/2020			Infraestructura y Servicios Tecnológicos	Infraestructura y Servicios Tecnológicos
144		Garantizar que las copias de respaldo del Procedimiento Generación de Copias de Respaldo de la Información de los Servidores del Centro De Cómputo TIC-GSI-PR003. Se resguarden en una entidad externa por razones de seguridad de la información, en momento de la presente auditoria, por razones de contratación las mencionadas copias se están custodiando en las dependencias del instituto.		OM	Gestión de la Seguridad Informática	Gestión de la Seguridad informática
145		Incluir en el listado de documentos controlados, el formato en Word que se emplea como apoyo el Procedimiento Generación de Copias de Respaldo de la Información TIC-GSI-PR003 debido a que dicha herramienta no se encuentra codificada dentro del sistema de gestión integrado.		OM	Gestión de la Infraestructura y Servicios Tecnológicos	Gestión de la Seguridad informática
146		Macroproceso de Gestión de Talento Humano: Publicar en la intranet la información actualizada y congruente con la publicada en la página web de acceso libre.		OM	Macroproceso de Gestión de Talento Humano	Macroproceso de Gestión de Talento Humano
147		Replantear las actividades identificadas como causa raíz e incluir una de seguimiento que involucre a las áreas que tienen injerencia en el hallazgo de la Acción de Mejora ID130.		OM	Seguridad y Salud en el Trabajo: SST	Seguridad y Salud en el Trabajo: SST
148		Macroproceso de Gestión de Talento Humano Establecer mecanismos de control que aseguren la respuesta oportuna a las diferentes solicitudes que hacen los usuarios (PQRDS y seguimiento a trámites) y el apropiamiento de la nueva herramienta de gestión de correspondencia vigente para el Instituto.		OM	Desarrollo de Personal	Macroproceso de Gestión de Talento Humano
149		Generar un indicador que permita controlar los tiempos de la ejecución de la actividad de vinculación definida en el procedimiento.		OM	Selección y Vinculación	Selección y Vinculación
150		Establecer dentro del procedimiento de vinculación un control en relación con el tema de conflicto de intereses. En el procedimiento de Reubicación y Traslado establecer responsable en el recibo de la solicitud, para mejorar el control de los tiempos.		OM	Selección y Vinculación	Selección y Vinculación
151		Implementar una solución tecnológica que permita el archivo, trámite y almacenamiento, que centralice los diferentes procesos y procedimientos del macroproceso de Gestión de Talento Humano y que centralice las diferentes bases de datos que pretende gestionar el Proceso de Control Sanitario. - Se envía correo desde la OCI a los procesos Dlo de Personal y Control Sanitario 21/10/2020		OM	Desarrollo de Personal CONTROL SANITARIO	Gestión de la Infraestructura y Servicios Tecnológicos
152		Establecer controles automáticos en la secuencia de la ejecución de cada actividad y fijar términos para las actividades del proceso; por ejemplo: 1 Para la asignación de expedientes.		OM	Control Disciplinario	Control Disciplinario Interno.

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		2.- Para la realización del reparto. 3. Para decretar pruebas. 4. Para hacer el estudio jurídico que se requiera en cada actividad.			Interno.	
153		Socializar con todos los funcionarios del Instituto la normatividad de la Ley 1952 de 2019, mediante la cual se promulga el Nuevo Código Disciplinario Único, cuya vigencia inicia el 1 de julio de 2021.		OM	Control Disciplinario Interno.	Control Disciplinario Interno.
154		Implementar nuevos controles para el seguimiento de los procesos de inducción, los cuales debido a la emergencia sanitaria se deben realizar de manera autodidáctica por los funcionarios por medio de las ayudas tecnológicas publicadas en la página web del instituto.		OM	Desarrollo de Personal	Desarrollo de Personal
155		Realizar un seguimiento periódico a los funcionarios que desarrollan comisión de estudios en el exterior.		OM	Desarrollo de Personal	Desarrollo de Personal
156		Registrar dentro de la matriz de peligros el cargo del responsable respectivo y no el nombre del funcionario.		OM	Seguridad y Salud en el Trabajo: SST	Seguridad y Salud en el Trabajo: SST
157		Incluir dentro de las matrices de peligros de los GTT OC2 y GTT OC1 las actividades específicas realizadas en los aeropuertos.		OM	Seguridad y Salud en el Trabajo: SST	Seguridad y Salud en el Trabajo: SST
158		Incluir dentro de las matrices de riesgos del Proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo en la explicación de controles, la necesidad de realizar actualización cuando se presenten emergencias y/o accidentes graves y cuando aplique la frecuencia de realización del respectivo control.		OM	Seguridad y Salud en el Trabajo: SST	Seguridad y Salud en el Trabajo: SST
159		Determinar dentro de la matriz de riesgos del Proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo, los controles sobre las carpetas de condiciones de salud que se encuentran en formatos digitales.		OM	Seguridad y Salud en el Trabajo: SST	Seguridad y Salud en el Trabajo: SST
160		Determinar en el procedimiento de vinculación de funcionarios de Libre Nombramiento y Remoción quien es el responsable de las pruebas realizadas por el DAFP para su trámite y archivo.		OM	Selección y Vinculación	Selección y Vinculación
161		Formular el Plan Operativo Anual de la siguiente vigencia teniendo en cuenta las observaciones realizadas por la oficina de control interno en el informe del Plan Operativo Anual de la vigencia anterior.		OM	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
162		Revisar y ajustar la redacción en los puntos de control de los procedimientos de los Planes Operativos, para diferenciar entre la actividad que registra el control y el producto final.		OM	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
163		Solicitar a oficina de Control Interno, validar la opción de realizar seguimiento semestral al Plan Operativo Anual.		OM	DIRECCIONAMIENTO	SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
					ESTRATÉGICO	INSTITUCIONAL
164		Asegurar el cumplimiento de las fechas estipuladas para la aprobación de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, como se establece en el procedimiento.		OM	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
165		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCIÓN DE COSMÉTICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA. "Procedimiento de gestión de la vigilancia sanitaria". Incluir el Formato IVC-INS-FM111 "Planeación y ejecución de visitas de inspección ME-DI-COS". y el "Manual de captura de información ME-DI-COS y Bancos de sangre" IVC-INS-MN16 dentro del "Procedimiento de gestión de la vigilancia sanitaria - IVC-VIG-PR007", ya que éste formato recoge la información para las actividades de inspección planeadas y que deben ser dirigidas a la Dirección de Operaciones Sanitarias, para su posterior programación y ejecución.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
166		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCIÓN DE COSMÉTICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA. "Procedimiento de gestión de la vigilancia sanitaria". Asegurar el entrenamiento y conocimiento del "Manual de captura de información ME-DI-COS y Bancos de sangre" IVC-INS-MN16, para garantizar que la información reportada en el Formato IVC-INS-FM111 "Planeación y ejecución de visitas de inspección ME-DI-COS"., sea correspondiente a la directriz del documento en mención. Teniendo en cuenta que se evidenció que información diligenciada en el formato no correspondiente a la directriz del manual.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
167		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCIÓN DE COSMÉTICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA. "Procedimiento de gestión de la vigilancia sanitaria". Incorporar dentro del "Procedimiento de gestión de la vigilancia sanitaria". IVC-VIG-PR007 en la actividad "Entregar actividades planeadas de Inspección", los programas de las actividades planeadas de inspección de la Dirección de cosméticos, aseo, plaguicidas, higiene doméstica y definir los criterios de clasificación para su inclusión en el programa y no clasificación en el plan trimestral de visitas y visitas extraordinarias. Dado que esta actividad se está realizando y no está establecido en el procedimiento.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
168		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCIÓN DE COSMÉTICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA. "Procedimiento Gestión de alertas sanitarias e informes de seguridad" IVC-VIG-PR002. Establecer dentro del "Instructivo de gestión de alertas sanitarias de productos cosméticos, productos de higiene doméstica, productos absorbentes de higiene personal y plaguicidas de uso doméstico" IVC-VIG-IN044, los reportes de información de alertas sanitarias o retiros de productos del mercado sobre productos competencia de la Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas, Higiene Domestica recibidas por parte de otras dependencias internas del Invima y que se ponga en conocimiento del director y surta similar tratamiento a las otras informaciones de alertas sanitarias de producto que ingresan a la dirección en cumplimiento al instructivo.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
169		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCIÓN DE COSMÉTICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA. "Procedimiento Gestión de alertas sanitarias e informes de seguridad" IVC-VIG-PR002. Incluir dentro del "Instructivo de gestión de alertas sanitarias de productos cosméticos, productos de higiene doméstica, productos absorbentes de higiene personal y plaguicidas de uso doméstico" IVC-VIG-IN044, el resultado y la conclusión de los análisis en un instrumento controlado y codificado dentro del Sistema integral de gestión, que permita trazar la totalidad de los estudios realizados para configurar la generación o no de una alerta sanitaria. Debido a que se cuenta con una base de datos que no está controlada por el sistema integral de gestión, donde solo reportan los resultados y conclusión de los análisis de las que finalmente se configuran como alertas sanitarias.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
170		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS: Incluir en el "Instructivo Gestión de eventos e incidentes adversos de Tecnovigilancia IVC-VIG-IN045 en la actividad "Gestionar los Reportes" adicional a la descripción, si es un evento o incidente adverso serio, el remitir este tipo de casos a la Dirección de Responsabilidad Sanitaria para su evaluación, investigación y sanción administrativa frente a la infracción sanitaria causada, debido que a en el instructivo IVC-INS-IN045 solo contempla en la actividad "Realizar Seguimiento Cierre al Caso, el Procedimiento para la ejecución en casos de Renuencia -IVC-CTL-PR002.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
171		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS: Incluir en los "Requisitos para importación de reactivos de diagnóstico COVID-19" establecidos en el link de la página Invima: https://www.invima.gov.co/coronavirus-covid-19 como requisito adicional, que los reactivos cuenten con una prueba de desempeño realizada por el Instituto Nacional de Salud – INS, teniendo en cuenta lo verificado en la alerta sanitaria No. 130-2020, presentada con el lote FJFB09201 del producto GenBody Covid19 IgM/IgG, que ingresó como vital no disponible, debido a que el "Protocolo de validación secundaria de desempeño de pruebas rápidas COVID19 IgG/IgM" y que en los resultados de la validación realizada por el INS a la prueba, se indicó que la prueba en estudio demostró un pobre desempeño en todos los escenarios evaluados, lo que determina una probabilidad de falsos negativos muy alta y podría comprometer su uso al clasificar inadecuadamente a un paciente.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
172		PROCESO DE VIGILANCIA -DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS: Realizar el envío trimestral vía correo electrónico a cada Director Misional del orden técnico con copia a la Unidad de Riesgo de la Dirección General, el archivo con el informe del consolidado de ejecución de visitas realizadas, de acuerdo con el Procedimiento IVC-VIG-PR007- Gestión de la Vigilancia Sanitaria.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
173		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS: Incluir en la carpeta de alertas 2020, la totalidad de la documentación, en orden cronológico de acuerdo con lo descrito en la actividad "almacenamiento de los casos" establecida en el Instructivo Gestión de Alertas de Seguridad de Farmacovigilancia IVC-VIG-IN001, dentro del Procedimiento Gestión de Alertas sanitarias e informes de seguridad-IVC-VIG-PR002.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
174		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS: Requerir a través de correo electrónico de la Dirección General o la instancia que se considere, al Instituto Nacional de Salud "INS", con el fin de que se realicen las reuniones bimensuales establecidas en el Instructivo para el Trámite de sospecha de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación o Inmunización IVC-VIG-IN024 y el convenio # 646 de 2013 entre INS-Invima, debido a la dificultad reportada por el INS para realizar el análisis de los datos de los ESAVI del año 2020, por la pandemia del COVID19.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
175		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS. "Procedimiento de gestión de la vigilancia sanitaria". IVC-VIG-PR007. Incorporar dentro del "Procedimiento de gestión de la vigilancia sanitaria". IVC-VIG-PR007, en la actividad "Entregar actividades planeadas de Inspección" como Plan Trimestral de		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		Visitas, el Formato IVC-VIG-FM057 "Formato Censo de Plantas de Beneficio, Desposte y Acondicionadores" usado por el grupo de carnes; de la misma manera para el grupo de alimentos y bebidas codificar el instrumento dentro del Sistema de Gestión Integrado que se está empleando en la actualidad como herramienta para proyectar el "Plan Trimestral de visitas".				
176		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS. "Procedimiento de gestión de la vigilancia sanitaria". IVC-VIG-PR007. Establecer un Código a la matriz de "Prioridad a la unidad de riesgo" que dentro del "Procedimiento de gestión de la vigilancia sanitaria". IVC-VIG-PR007, en la actividad "Remitir la matriz prioridad a la unidad de riesgo", determina que la información consolidada en este instrumento, se entrega a la unidad de riesgos de la Dirección General a través del correo electrónico a más tardar el día 45 calendario después del trimestre calificado, ya que si bien la matriz se entrega dentro de los tiempos estipulados, es de suma importancia dicha acción de codificación de la matriz en pro de la calidad de información registrada y estudio de análisis de riesgo IVC-SOA.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
177		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS. "Procedimiento Acciones de Inspección, Vigilancia y Control Relacionadas con Resultados de Análisis de Laboratorio de Alimentos y Bebidas, dirigidas a Grupos de Trabajo Territoriales y/o Articuladas con Entidades Territoriales de Salud". IVC-VIG-PR006. Establecer un Código a la base de datos "Registro de información resultados de laboratorio AAAA" que clasifica y registra la información de entrada, debido a que dicha herramienta no se encuentra codificada dentro del sistema de gestión integrado, por lo que se hace necesario la codificación de la misma, teniendo en cuenta que el "Procedimiento Acciones de Inspección, Vigilancia y Control Relacionadas con Resultados de Análisis de Laboratorio de Alimentos y Bebidas, dirigidas a Grupos de Trabajo Territoriales y/o Articuladas con Entidades Territoriales de Salud" IVC-VIG-PR006, en la actividad "Clasificar y Registrar la información de resultados rechazados", lo estipula.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
178		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS. "Procedimiento Gestión de alertas sanitarias e información de seguridad" IVC-VIG-PR002. Establecer un Código para el "FORMATO DE SEGUIMIENTO DE ALERTAS E INFORMES" que se encuentra establecido en el INSTRUCTIVO PARA LA ATENCIÓN DE ALERTAS E INFORMACIONES RELACIONADAS CON INOCUIDAD DE ALIMENTOS, BEBIDAS, MATERIAS PRIMAS E INSUMOS PARA ALIMENTOS, MATERIALES DE ENVASE PRIMARIO Y EQUIPAMIENTOS (IVC-VIG-IN008), Actividad "Registrar la información", debido a que dicha herramienta no se encuentra codificada dentro del sistema de gestión		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		integrado. Esta información es de mucha importancia en la gestión de las alertas sanitarias y permite realizar trazabilidad de la totalidad de los estudios realizados para configurar la generación o no de una alerta sanitaria.				
179		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS. Procedimiento para la elaboración, seguimiento y comunicación de los planes nacionales Subsectoriales de vigilancia y control de residuos químicos en Alimentos y Bebidas. Código: IVC-VIG-PR003. Incorporar en la actividad "Formular", todas las actividades que actualmente realizan como metodología empleada en la formulación y desarrollo del plan de muestreo de residuos químicos anual. Codificar la matriz llamada "REGULATORY PROGRAMME FOR CONTROL OF RESIDUES IN FOOD – SPLIT SYSTEM 2020" dentro del Sistema de Gestión Integrado debido que es una herramienta que facilita la definición de dicho plan.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
180		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS. Procedimiento para la elaboración, seguimiento y comunicación de los Planes Nacionales Subsectoriales de Vigilancia y Control de Residuos Químicos – PSCRV en Alimentos y Bebidas. Código: IVC-VIG-PR003. Determinar dentro del Procedimiento, en la actividad "comunicar", un tiempo específico para la publicación en la página web del Invima del informe final de cada PSCRV; teniendo en cuenta que una vez verificado en la página web del Instituto, la última publicación se realizó en los años 2015 y 2016. Es fundamental establecer un tiempo debido a que es un insumo importante para la actuación de otras instituciones de injerencia en el tema a fin de que se actúe de acuerdo con sus competencias.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
181		PROCESO DE VIGILANCIA - DIRECCIÓN DE COSMÉTICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA. DIRECCION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS: Procedimiento Gestión de Indicadores Institucionales GSC-SEG-PR002, Procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas - SGI-EMC-PR001, Procedimiento Control de Salidas No Conformes - SGI-EMC-PR002, Procedimiento Gestión de Riesgos Institucionales - SGI-EMC-PR003- Establecer las actividades para identificar, formular, definir, documentar, modificar, actualizar y consolidar las acciones de mejora, salidas no conformes e indicadores de gestión institucional para cada uno de los procedimientos con el fin que permitan la presentación, formulación y análisis de sus resultados para la toma de decisiones. Los indicadores, procedimiento de acciones correctivas, control de salidas no conformes y la gestión de riesgos institucionales, presentados en la presente auditoría son muy limitados		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		para la misión de la Institución y de las Direcciones misionales.				
182		GRUPO GESTION DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA: Remitir los documentos del archivo de la Dirección de Medicamentos al Archivo Central (Transferencia Primaria) de conformidad con los tiempos de retención establecidos en las Tablas de Retención Documental – TRD dado que no se cuenta con espacio para continuar con el archivo físico.		OM	VIGILANCIA	Gestión Documental y Correspondencia
183		PROCESO DE VIGILANCIA -DIRECCIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS - DIRECCIÓN DE COSMÉTICOS, ASEO, PLAGUICIDAS Y PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA. DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS. En la Caracterización del Proceso Vigilancia IVC-VIG-CR001. Establecer actividad de análisis y construcción de diferenciación entre el objetivo y el alcance de la caracterización, teniendo en cuenta que se encuentran iguales y no es coherente con los sistemas de gestión integrado.		OM	VIGILANCIA	VIGILANCIA
184		Proceso de Control Sanitario. Solicitar apoyo a la Oficial de Seguridad para la creación de carpetas compartidas que permita la identificación de roles y responsabilidades, cargue de información, con el fin de garantizar la disponibilidad y confidencialidad de la información.		OM	CONTROL SANITARIO	CONTROL SANITARIO
185		Proceso de Control Sanitario. Fortalecer la ejecución del Procedimiento Control de Salidas No Conformes SGI-EMC-PR002, para garantizar su adecuado control posterior diferenciado de los puntos de control de los procedimientos.		OM	CONTROL SANITARIO	CONTROL SANITARIO
186		Proceso de Control Sanitario. Establecer mecanismos de control adicionales a los existentes que aseguren la respuesta oportuna a las diferentes solicitudes que hacen los usuarios (PQRDS y seguimiento a trámites).		OM	CONTROL SANITARIO	CONTROL SANITARIO
187		Proceso de Vigilancia. Socializar periódicamente la actualización del Modelo de IVC SOA al Proceso de Control, que permita garantizar el trámite de los procesos sancionatorios.		OM	CONTROL SANITARIO	VIGILANCIA
188		Proceso de Educación Sanitaria y Asistencia Técnica. Ajustar los Procedimientos de capacitación ASS-ESA-PR001 y asistencia técnica ASS-ESA-PR002 en cumplimiento a las funciones de las dependencias del Instituto establecidas en el Decreto 2078 del 2012.		OM	CONTROL SANITARIO	Educación Sanitaria y Asistencia Técnica:
189		Proceso de Control Sanitario. Dejar el procedimiento de proceso sancionatorios y ejecución en casos de renuencia de acuerdo con la secuencia en la ejecución de cada actividad y fijar términos para las siguientes actividades: 1. Para que el encargado de la base de datos la actualice, desde el momento en que recibe los expedientes. 2. Para la asignación de expedientes. 3.- Para la realización del reparto. 4. Para decretar pruebas. 5.-Para hacer el estudio jurídico inicial en el momento de evaluar el proceso, dejando como evidencia una		OM	CONTROL SANITARIO	CONTROL SANITARIO

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		lista de verificación como control: Operó caducidad, tiene constancia de ejecutoria.				
190		Proceso de Control Sanitario. Incluir en cada uno de los expedientes, dentro de la parte interna de la portada, un índice u hoja de ruta, que contenga los actos procesales más importantes y el folio en el cual se encuentran ubicados para permitir la evaluación correcta y expedita del proceso.		OM	CONTROL SANITARIO	CONTROL SANITARIO
191		<p>Profundizar en el conocimiento y la interiorización de conceptos generales del personal de los diferentes grupos, asociados al Sistema de Gestión del Instituto, al Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-, entre otros: OPORTUNIDADES DE MEJORA (Incluya tantas filas como sea requerido) Oportunidad Identificada</p> <p>Dirección de Dispositivos Médicos y otras tecnologías: Reforzar el conocimiento de los servidores públicos específicamente en la apropiación de los Riesgos asociados al proceso, la denominación del proceso y su ubicación en la herramienta Integra, así como interiorizar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.</p> <p>Dirección Alimentos y Bebidas: Reforzar el conocimiento de los servidores públicos en la apropiación de los valores institucionales, las políticas del Sistema Integrado de Gestión y las políticas en general, así como interiorizar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Se evidencia que los servidores públicos no reconocen los Riesgos asociados al proceso.</p> <p>Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos: Reforzar el conocimiento de los servidores públicos en la tipificación de las Salidas No Conformes, la apropiación de las políticas y objetivos estratégicos institucionales, así como la Misión-Visión del Instituto, objetivo del proceso e interiorizar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.</p> <p>Dirección De Cosméticos, Aseo, Plaguicidas Y Productos De Higiene Domestica: Reforzar el conocimiento de los servidores públicos en la apropiación de los valores institucionales, objetivos estratégicos institucionales, así como interiorizar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y la identificación de Salidas No Conformes del Proceso.</p>		OM	AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES	AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES



INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
192		Dirección de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías: Garantizar claridad para el caso de solicitudes de visita de condiciones sanitarias, buenas prácticas y centros de almacenamiento temporal por parte de Banco de Tejidos y Médula Ósea, relacionadas con establecimientos constituidos como Entidades sin Ánimo de Lucro, mediante documentos válidos expedidos por entidades competentes. Así mismo, garantizar claridad respecto del requerimiento de manual de calidad, para el mismo tipo de establecimientos relacionadas líneas arriba, con relación a si es opcional u obligatoria su presentación como parte de la documentación para solicitar visita de certificación.		OM	AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES	AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES
193		Direcciones de Dispositivos Médicos y otras tecnologías, y Medicamentos y Productos Biológicos: Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de los tiempos máximos para la ejecución de las visitas de certificación para Dispositivos Médicos y Reactivos de diagnóstico in vitro, y para la programación de las visitas para Medicamentos y Productos Biológicos.		OM	AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES	AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES
194		Direcciones de Dispositivos Médicos y otras tecnologías, y de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas Y Productos De Higiene Domestica: Fortalecer el reporte y la rastreabilidad de la información de las Salidas No Conformes en Integra.		OM	AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES	AUDITORIAS Y CERTIFICACIONES
195		Proceso de planeación del sistema de gestión integrado / Procedimiento de creación, actualización y control de la información documentada SGI-PSI-PR001: Fortalecer el enlace existente entre la Oficina Asesora de Planeación como responsable de la creación y actualización de la documentación concerniente al SGI, y la del Grupo de Gestión Documental, quienes administran las Tablas de Retención Documental, a fin de asegurar que estas sean actualizadas de manera paralela a las novedades gestionadas y evidenciadas en Integra; teniendo en cuenta que en estas tablas se encuentra información relacionada con la custodia, almacenamiento y disposición final de los documentos.		OM	Planeación del sistema de gestión integrado	Planeación del sistema de gestión integrado
196		Proceso de planeación del sistema de gestión integrado / Procedimiento de creación, actualización y control de la información documentada SGI-PSI-PR001: Establecer forma de visualización de los cambios realizados en la documentación (procedimientos, guías e instructivos) versión tras versión, y no únicamente dejando la descripción de las novedades de la última.		OM	Planeación del sistema de gestión integrado	Planeación del sistema de gestión integrado
197		Proceso de planeación del sistema de gestión integrado / Procedimiento para la identificación de aspectos y evaluación de impactos ambientales SGI-PSI-PR003: Socializar el Procedimiento para la identificación de aspectos y evaluación de impactos ambientales SGI-PSI-PR003, versión 3 y la Matriz de impactos ambientales a todos los funcionarios del Instituto, especialmente a los Líderes ambientales de los diferentes grupos y oficinas.		OM	Planeación del sistema de gestión integrado	Planeación del sistema de gestión integrado

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
198		Proceso de planeación del sistema de gestión integrado / Procedimiento para la identificación de aspectos y evaluación de impactos ambientales SGI-PSI-PR003: Ajustar en el Procedimiento para la identificación de aspectos y evaluación de impactos ambientales SGI-PSI-PR003 la actividad de realizar y ejecutar el cronograma de visitas para el seguimiento ambiental en todos los grupos del Instituto como estaba descrito en la versión 2 del mismo.		OM	Planeación del sistema de gestión integrado	Planeación del sistema de gestión integrado
199		Proceso de planeación del sistema de gestión integrado / Procedimiento para la identificación de aspectos y evaluación de impactos ambientales SGI-PSI-PR003: Socializar el Informe técnico de Asesoría generado por la ARL-Positiva del mes de Julio de 2020 a la Oficina de Laboratorios y Control de Calidad, para el manejo adecuado de los residuos peligrosos.		OM	Planeación del sistema de gestión integrado	Planeación del sistema de gestión integrado
200		Proceso de planeación del sistema de gestión integrado / Procedimiento gestión del cambio SGI-PSI-PR004: Definir un mecanismo estándar que permita evidenciar la trazabilidad de la gestión de los cambios que afecten el SGI, incluyendo su identificación, plan de acción determinado y seguimiento a éste.		OM	Planeación del sistema de gestión integrado	Planeación del sistema de gestión integrado
201		Proceso de evaluación del mejoramiento continuo / Procedimiento control de salidas no conformes SGI-EMC-PR002: Especificar en el Procedimiento control de salidas no conformes SGI-EMC-PR002, responsable y trámite de la actualización del cambio de Facilitador de calidad en los distintos grupos, definir el tiempo necesario para el desarrollo de las actividades de dichos Facilitadores de calidad en los grupos y garantizar su capacitación continua.		OM	Proceso de evaluación del mejoramiento continuo	Proceso de evaluación del mejoramiento continuo
202		Proceso de evaluación del mejoramiento continuo / Procedimiento control de salidas no conformes SGI-EMC-PR002: Incluir en el Procedimiento control de salidas no conformes SGI-EMC-PR002 el seguimiento realizado desde la Oficina Asesora de Planeación al cumplimiento del mismo en los todos los grupos y establecer una periodicidad.		OM	Proceso de evaluación del mejoramiento continuo	Proceso de evaluación del mejoramiento continuo
203		Proceso de planeación del sistema de gestión integrado y Proceso de evaluación del mejoramiento continuo: Establecer mecanismos de control que aseguren cumplimiento de términos para resolver las distintas modalidades de peticiones, la remisión de correspondencia por no competencia, y descargue de correspondencia que por inconvenientes de la herramienta de Sesuite se generen con doble radicación.		OM	Planeación del sistema de gestión integrado	Planeación del sistema de gestión integrado
204		Proceso de planeación del sistema de gestión integrado y Proceso de evaluación del mejoramiento continuo: Establecer y tramitar los roles de los funcionarios encargados del control de correspondencia y la generación de informes en uso de la herramienta Sesuite.		OM	Planeación del sistema de gestión integrado	Planeación del sistema de gestión integrado

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
205		Proceso de planeación del sistema de gestión integrado y Proceso de evaluación del mejoramiento continuo: Revisar el alcance de las actividades del procedimiento información y atención al ciudadano Código AIC-AST-PR001, a fin de precisar o excluir, los procesos que no tienen aplicabilidad de información y atención al ciudadano.		OM	Planeación del sistema de gestión integrado	Planeación del sistema de gestión integrado
206		Gestión de comunicaciones: Revisar la Información consignada en las bases de datos de solicitudes y organizar los informes de resultados mensuales de publicaciones en redes sociales con el propósito de facilitar el monitoreo y control de lo publicado por este medio		OM	GESTION DE COMUNICACIONES	GESTION DE COMUNICACIONES
207		Gestión de comunicaciones: Reevaluar el indicador "Reportes Divulgados" establecido en el Plan Anual POA, teniendo en cuenta que su planteamiento no es claro y conducente a la evaluación de aspectos claves en el proceso que faciliten la toma de decisiones.		OM	GESTION DE COMUNICACIONES	GESTION DE COMUNICACIONES
208		Atención de Solicitudes y Trámites: Evaluar la eficacia de las estrategias de seguimiento al cumplimiento de los tiempos máximos de ejecución para la recepción y estudio de solicitudes de intención de trámites contemplados en el plan de contingencia y en el AIC-AST-PR001-Procedimiento información y atención al ciudadano		OM	ATENCION DE SOLICITUDES Y TRAMITES	ATENCION DE SOLICITUDES Y TRAMITES
209		Atención de Solicitudes y Trámites: Fortalecer las actividades de socialización de directrices para el funcionamiento de la Oficina virtual, enfocadas en la categorización de los estados y clasificación por prioridad de las intenciones de trámites, así como también realizar seguimientos más rigurosos a los estados de los trámites, con el propósito de evitar que por errores en este aspecto se sobrepase el tiempo definido para surtir el proceso o se dejen de atender las solicitudes de los usuarios.		OM	ATENCION DE SOLICITUDES Y TRAMITES	ATENCION DE SOLICITUDES Y TRAMITES

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
210		Atención de Solicitudes y Trámites: Revisar el Indicador Porcentaje de Tramites devueltos por no cumplir con los requisitos mínimos para la radicación en los módulos de Atención al Ciudadano, respecto a la precisión de lo reportado y la oportunidad de su alimentación, con el fin de que se pueda reflejar el comportamiento de las variables de manera clara, incluso cuando se han presentado cambio en el proceso (Plan de contingencia)		OM	ATENCION DE SOLICITUDES Y TRAMITES	ATENCION DE SOLICITUDES Y TRAMITES
211		Administración de Información sobre presuntos actos de ilegalidad y Contrabando: Establecer canales de comunicación con las Direcciones Misionales para articular el seguimiento a las comunicaciones o solicitudes dirigidas a las entidades Territoriales de Salud en el Marco de las Competencias Institucionales.		OM	ATENCION DE PQRDS	ATENCION DE PQRDS
212		Administración de Información sobre presuntos actos de ilegalidad y Contrabando: Validar las competencias de las Entidades Territoriales de Salud frente a las actuaciones de Inspección, Vigilancia y Control requeridas en pro de garantizar la atención oportuna de los hechos trasladados a estas autoridades.		OM	ATENCION DE PQRDS	ATENCION DE PQRDS
213		Procedimiento para la Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias y Sugerencias – PQRDS: Considerar la parametrización de las Orientaciones al Ciudadano descritas en el Numeral 3 Nota 1 de la Actividad 1 del AIC-PQR-PR001-Procedimiento para la Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias y Sugerencias – PQRDS y su inclusión en la AIC-PQR-GU002-Guía para la clasificación de las PQRDS		OM	ATENCION DE PQRDS	ATENCION DE PQRDS
214		Notificaciones: Fortalecer los canales de comunicación entre la Oficina de Atención al Ciudadano y las diferentes dependencias notificadoras de Trámites, con el fin de conocer las particularidades de la no oportunidad en el Proceso de Notificación que permitan tomar acciones adecuadas como líderes del Proceso.		OM	NOTIFICACION	NOTIFICACION
215		Oficina Asesora de Planeación: Gestionar para que el aplicativo integra dentro de los tiempos establecidos pueda mostrar de forma más clara las fechas de identificación de		OM	SEGUIMIENTO A LA GESTION	SEGUIMIENTO A LA GESTION

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		hallazgo y de definición del plan de acción.2			INSTITUCIONAL	INSTITUCIONAL
216		Oficina Asesora de Planeación: Dar cumplimiento en el procedimiento Gestión del Cambio SGI-PSI-PR004 a las actividades de evaluación de los cambios que se ejecuten en el Sistema de Gestión Integral para todos los procesos y así determinar si fueron oportunos o el impacto generado.		OM	SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL
217		Oficina Asesora de Planeación: Gestionar la implementación del módulo de gestión del riesgo en el aplicativo integra para dar cumplimiento al numeral 5 "Tiempos máximos del Procedimiento" y al ítem 3 correspondiente a la actividad "Identificar y valorar los controles" con respecto a la periodicidad del Procedimiento de Gestión del Riesgo SGI-EMC-PR003.		OM	SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL
218		Oficina Asesora de Planeación: Gestionar ante la Oficina de Tecnologías de la Información (OTI) la continuidad del acceso a la plataforma de Integra para poder consultar la información cargada en el SIG ya que presenta intermitencias en su funcionamiento, la validación del proceso de migración y los controles necesarios para ello.		OM	SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL	SEGUIMIENTO A LA GESTION INSTITUCIONAL
219		Oficina de Control Interno: Validar el diligenciamiento completo por parte de los candidatos a asignar el rol de auditor en el FORMATO DE INSCRIPCIÓN Y SELECCIÓN DE AUDITORES INTERNOS GSC-AUI-FM010 para que en cada auditoría se pueda reflejar el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos en el GSC-AUI-IN001 INSTRUCTIVO SELECCIÓN DE AUDITORES INTERNOS especialmente en los criterios de selección del equipo auditor.		OM	AUDITORIA INTERNA	AUDITORIA INTERNA
220		Oficina de Control Interno: Gestionar y dotar los elementos, y equipos necesarios (diademas, audífonos, etc.) que faciliten la comunicación para optimizar el desarrollo de las auditorías y demás actividades virtuales.		OM	AUDITORIA INTERNA	AUDITORIA INTERNA
221		Oficina de Control Interno: Unificar el criterio de tipo de firma (Digital o electrónica) en las auditorías virtuales en el formato GSC-AUI-FM003 FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA con el cual se deja constancia de la aceptación de la información entre las partes, a fin de no generar reprocesos o firmas con fechas que no corresponde a la fecha real de cierre de la auditoría		OM	AUDITORIA INTERNA	AUDITORIA INTERNA
222		Oficina de Control Interno: Asegurar la entrega a la oficina de control interno del total de las evidencias que demuestren el cumplimiento del Procedimiento Auditorías Internas GSC-AUI-PR001 en especial el desarrollo de la reunión previa establecida en la Guía Para el desarrollo de Auditorías Remotas GSC –AUI-GU1 y las Listas de Verificación GSC-AUI-FM001 de los Procesos Auditados.		OM	AUDITORIA INTERNA	AUDITORIA INTERNA
223		Oficina de Control Interno: Verificar que la información reportada por las otras dependencias este ajustada a los documentos actualizados dentro del SIG y que estén diligenciadas en su		OM	SEGUIMIENTO A LA GESTION	AUDITORIA INTERNA

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		totalidad.			INSTITUCIONAL	
224		Determinar la cantidad real de procesos activos que tiene actualmente el Grupo, debido a que se relacionan 3.877, restando los que se vendieron a CISA, pero se repiten procesos según el número de sancionados en la base de datos, también se tienen procesos donde hay paz y salvo de pago, pero solo falta el archivo, y hay otros que se han archivado pero que no se han contabilizado.		OM	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo
225		Hacer investigación de bienes en todos los casos, tan pronto reciben los procesos, teniendo en cuenta no solo la investigación en bancos, sino también en movilidad, en Registro de Instrumentos Públicos y en la Superintendencia de Sociedades, una vez se suscriba nuevamente convenio interadministrativo la Súper. Tener en cuenta un tiempo prudencial para solicitar nuevamente información de bienes y solicitar embargo (con el acuerdo de pago se les garantiza que no se llevan a remate los bienes y se impide que los sancionados se insolventen).		OM	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo
226		Organizar la entrega de los procesos vendidos a CISA, aprovechando que no se les adelanta actuación por estar suspendidos por emergencia sanitaria.		OM	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo
227		Dejar el procedimiento de Cobro Coactivo y Persuasivo de acuerdo con la secuencia en la ejecución de cada actividad y fijar términos para las siguientes actividades: 1. Para que el encargado de la base de datos la actualice, desde el momento en que recibe los expedientes. 2. Para la asignación de expedientes. 3.- Para la realización del reparto. 4. Para solicitar información de bienes. 5.-Para hacer el estudio jurídico inicial en etapa persuasiva, dejando como evidencia una lista de verificación como control: Operó prescripción, tiene constancia de ejecutaría, personas sancionadas, representación legal consulta RUE, etc. 6. Para proyectar y notificar el mandamiento ejecutivo. 7. Para archivar una vez se cuente con el paz y salvo. 8. Contemplar dentro del procedimiento el término para decidir el recurso de reposición.		OM	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo
228		Llevar los procesos de cobro coactivo hasta las etapas de secuestro y remate de bienes, cuando éstos han sido identificados y no se ha dado el pago de la sanción.		OM	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo
229		Proceso de Cobro persuasivo y Coactivo. Archivar en el expediente las constancias, con fechas, de los pagos que realiza el deudor, los abonos, contando con constancias que se generen en Tesorería.		OM	Gestión del Proceso Administrativo de	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
					Cobro Coactivo	
230		Promocionar los servicios que presta el Grupo a través de encuestas, con el fin de que cualquier funcionario o contratista, quienes son los que aplican las normas, proponga temas que requieren de unificación de criterios.		OM	Asesoría en temas jurídicos	Asesoría en temas jurídicos
231		Proceso de Asesoría en Temas Jurídicos – procedimiento Unificación de Criterios, Procedimiento Directrices Jurídicas, Procedimiento de Asesoría en temas Jurídicos y otros. Rediseñar los controles que tiene el procedimiento, debido a que se contemplan actividades a ejecutar, que no encajan dentro de los verbos de control (revisar, verificar, etc.): tales como “Recepción y Remisión de las solicitudes”, “Recepción y Remisión de las solicitudes”. Se tiene otro control “Aprobación del documento que da respuesta a las solicitudes”, en este no se determina el término para dicha aprobación; se contempla también la Digitalización Evidencias que tampoco es control, entre otros.		OM	Asesoría en temas jurídicos	Asesoría en temas jurídicos
232		Proceso de Asesoría en Temas Jurídicos, Procedimiento Directrices Jurídicas. Agregar una casilla que contenga el TIPO DE PETICION en la base de datos que tiene la OAJ para la verificación de las evidencias de estos conceptos:” Copia de CONCEPTOS ABRIL 2019 a AGOSTO 2020”, con el fin de confirmar que el término de entrega del concepto y que la petición coincida con el tipo de requerimiento, según los términos establecidos en la Ley 1755 de 2015.		OM	Asesoría en temas jurídicos	Asesoría en temas jurídicos
233		Proceso Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo – Procedimiento Venta de Cartera. Contemplar dentro del procedimiento los criterios que se deben tener en cuenta para la venta de cartera, de manera expresa, clara, definidos los términos de manera concreta, ya que esto facilita la aplicación de la Ley 1599 de 2019, que permite vender la cartera con más de ciento ochenta (180) días de vencida, lo que procede con las causales determinadas en la Resolución 2018053023 del 06 de diciembre de 2018, que se relaciona a continuación, que se consideran de imposible recaudo: Prescripción, Caducidad de la Acción, Pérdida de ejecutoriedad del Acto administrativo que le dio origen, Inexistencia probada del deudor o su insolvencia demostrada, que impida ejercer o continuar ejerciendo los Derechos de cobro, cuando la relación de Costo- Beneficio al realizar su cobro no resulta eficiente		OM	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
234		Proceso Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo – Procedimiento Venta de Cartera. Contemplar dentro del procedimiento, para la selección y clasificación del expediente que será vendido a CISA: Cuantía (dividiendo por rango de valores para saber cuáles sí entran en la negociación), Viabilidad del Recaudo (dejar de manera expresa como se demuestra la viabilidad), Insolvencia del deudor (dejar escrito como se prueba esta insolvencia en cuanto a Persona Natural y jurídica) y Ubicación geográfica (los de qué regiones se venden, los alejados, lo que no tienen vías de acceso...).		OM	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo	Gestión del Proceso Administrativo de Cobro Coactivo
235		Procedimiento para la Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias y Sugerencias. Actualizar la información en el aplicativo de correspondencia, se da respuesta oportuna a los requerimientos, pero no se registra con inmediatez en el aplicativo; hecho que se advierte en los radicados que fueron remitidos por la Oficina de Control Interno para ser auditados en la presente vigencia.		OM	Gestión de Procesos Judiciales y extrajudiciales	Gestión Jurídica
236		Procedimiento Salida No Conforme. Evitar incongruencia en la información, en el aplicativo Integra por ruta de salidas no conformes-gestión de salidas no conformes- proceso (Armonización y Convergencia normativa) y en el archivo generado al exportar aparece ID 11 y 45 y en ID mostrar cerradas- mostrar aparece solamente ID 45; información que no coincide con la reportada por la ruta del macroproceso Armonización y Convergencia Normativa – salida no conforme se evidencian dos ID (11 y 45).		OM	Armonización y Convergencia normativa	Evaluación de Mejoramiento Continuo Armonización y Convergencia normativa
237		Procedimiento Representación Judicial en Procesos Contenciosos Administrativos y Otros - Representación Judicial en Procesos Contenciosos Administrativos y Otros. Ajustar el procedimiento de acuerdo con la nueva normatividad Decreto Legislativo 806 del 4 de junio de 2020.		OM	Gestión de Procesos Judiciales y extrajudiciales	Gestión de Procesos Judiciales y extrajudiciales
238		Secretaría General. Evaluar con la Oficina de Tecnologías de la Información la posibilidad de generar notificaciones automáticas al correo electrónico cuando se radiquen en Atención al Ciudadano cualquier tipo de comunicación y/o PQRDS dirigidas a la Oficina Asesora Jurídica, esto con el fin de dar un término de 24 horas para reclasificarlas si hay lugar a ello.		OM	Gestión de Procesos Judiciales y extrajudiciales	Gestión de Infraestructura y servicios tecnológicos
239		Procedimiento Representación Judicial en Procesos Contenciosos Administrativos y Otros - Representación Judicial en Procesos Contenciosos Administrativos y Otros – Secretaría General - Oficina de Tecnologías de la Información. Garantizar los recursos: cámaras y el respectivo audio en los computadores, así como las adecuaciones que sean necesarias para que se puedan llevar a cabo las audiencias virtuales, para dar cumplimiento al Decreto Legislativo 806 del 4 de junio de 2020, "Por el cual se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia, en el marco		OM	Gestión de Procesos Judiciales y extrajudiciales	Gestión de Procesos Judiciales y extrajudiciales / Gestión de Infraestructura y servicios tecnológicos

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”.				
240		GENERAL: GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS <ul style="list-style-type: none"> Realizar la actualización de los procedimientos: PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN, CESIÓN O MODIFICACIÓN DE USO EXCLUSIVO EN ALIMENTACIÓN Y SALUD HUMANA DE ORGANISMOS VIVOS MODIFICADOS - V3 - ASS-RSA-PR019; PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIONES RELACIONADAS CON MATERIALES, OBJETOS, ENVASES Y EQUIPAMIENTOS DESTINADOS A ENTRAR EN CONTACTO CON ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA CONSUMO HUMANO - V5 - ASS-RSA-PR016, para asegurar que se ejecuten conforme está documentado. 		OM	REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS	REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS
241		GENERAL: GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS <ul style="list-style-type: none"> Dirección de cosméticos – Dirección de Alimentos y bebidas. Realizar un análisis más detallado de la información generada en los indicadores relacionados con control de salidas no conformes (ID 379). 		OM	REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS	REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS
242		OTROS ATENCIÓN CIUDADANO- PROCESOS: OTI <ul style="list-style-type: none"> Generar un Link de acceso desde trámites y servicios para ingresar a la oficina virtual en la Página web del Invima, de tal manera que su acceso sea fácil, amigable y no genere confusiones al ciudadano 		OM	REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS	Atención de Solicitudes y Trámites / Gestión de la Infraestructura y servicios tecnológico
243		OTROS PROCESOS: Gestión documental- Correspondencia- Oficina de Tecnologías de Información- Atención al Ciudadano. <ul style="list-style-type: none"> Generar en el aplicativo de SESUITE, reportes de seguimiento a las PQRDS con el fin de tener la información disponible y realizar seguimiento a la respuesta oportuna de los trámites que se reciben en las dependencias. 		OM	REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS	Gestión Documental y Correspondencia / Gestión de la Infraestructura y servicios tecnológico /Atención de Solicitudes y Trámites
244		OTROS PROCESOS: Gestión documental- Correspondencia- Oficina de Tecnologías de Información- Atención al Ciudadano. <ul style="list-style-type: none"> Garantizar que la información relacionada con los trámites del aplicativo de correspondencia antiguo hayan sido cerrados 		OM	REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS	G. Documental y Correspondencia / G. de la Infraestructura y servicios tec /Atención de Solicit y Trámites

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
245		Realiza seguimiento a las acciones de mejora implementadas y cargadas en integra para asegurar el cumplimiento de las actividades contempladas en el plan de acción.		OM	REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS	EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO CONTINUO
246		Realizar la inclusión y análisis de las preguntas abiertas dentro del formato de tabulación y la consolidación de actividades de educación sanitaria y asistencia técnica, ya que son una entrada para el proceso.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
247		Considerar y gestionar como entradas para la identificación de necesidades de asistencia técnica y capacitaciones las oportunidades de mejora derivadas de la inspección y vigilancia sanitaria.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
248		Garantizar el uso y disponibilidad de la última versión de formatos y presentaciones tipo (plantillas) establecidas para el proceso, con el fin de diligenciar y dar cumplimiento a los lineamientos descritos en el procedimiento de control de documentos, dadas en las directrices definidas sobre la imagen institucional, divulgación y comunicaciones y que sean acordes al SIG.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
249		Establecer en el documento ASS-ESA- FM009 Formato de tabulación de asistencia técnica la cantidad de encuestas a aplicar con el fin de estandarizar la evaluación.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
250		Actualizar el procedimiento de Capacitación ASS-ESA- PR001 en lo referente a la utilización del aplicativo o herramienta de correspondencia para que corresponda al nuevo aplicativo.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
251		Revisar dentro de los procedimientos del Proceso de Educación Sanitaria y Asistencia Técnica la formación virtual como metodología y documentación asociada, así mismo aclarar las responsabilidades y alcance de las Direcciones involucradas en el proceso.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
252		Revisar que todos espacios de los formatos que se utilizan en el Proceso de Educación Sanitaria y Asistencia Técnica se diligencien en su totalidad.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
253		Asegurar el registro de datos en el Formato de Planificación y Consolidación de Actividades de Educación Sanitaria (ASS-ESA-FM008), de tal manera que esta sea completa y precisa.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
254		Gestionar la integración del proceso de capacitación de la Dirección de Operaciones Sanitarias con los GTTs y los PAPF con el fin que se unifique y se garantice la disponibilidad de la información mediante carpeta compartida.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA T.	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
255		Tramitar la modificación del formato de evaluación de la asistencia técnica con el fin de incluir fecha de realización de esta.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
256		Registrar en el campo de observaciones del Formato de Planificación y Consolidación de Actividades de Educación Sanitaria (ASS-ESA-FM008) resumen de los compromisos establecidos con los entes asistidos técnicamente de acuerdo con el Procedimiento Asistencia Técnica (ASS-ESA-PR002).		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
257		Mejorar los canales de comunicación cuando las solicitudes de Asistencias Técnicas y Capacitación se realizan en los GTT, con el fin de que se dé respuesta oportuna y efectiva al usuario		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
258		Verificar que los indicadores sirvan como herramientas de medición y control del proceso, así como base para planteamiento de acciones de mejora.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
259		Realizar el reporte oportuno del formato de planificación y consolidación al líder del proceso de Educación Sanitaria y Asistencia Técnica en los tiempos definidos.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA
260		PLANEACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO: Garantizar que la información generada del formato de lista de asistencia y formato de evaluación del evento de forma virtual, para la posible modificación de la información posterior al cierre.		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA TECNICA	Planeación del Sistema de Gestión Integrado
261		PLANEACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO: Revisar en el procedimiento Gestión del Cambio SGI-PSI-PR004, la inclusión del documento SGI-PSI-FM005 formato información cambios documentales en la Herramienta INTEGRA, y el vínculo de referencia		OM	EDUCACION SANITARIA Y ASISTENCIA	Planeación del Sistema de Gestión Integrado

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

No.	NUMERAL - NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	OM		
		en el procedimiento no funciona.			TECNICA	
262		Macroproceso Gestión Financiera y Presupuestal: Identificar y formular indicadores de los procesos de Gestión del Presupuesto, Gestión Contable y Gestión Tesorería para que facilite la toma decisiones.		OM	GESTION DEL PRESUPUESTO, TESORERIA Y GESTION CONTABLE	GESTION DEL PRESUPUESTO, TESORERIA Y GESTION CONTABLE
263		Procedimiento Actualización de Multas a Valor Futuro: Sistematizar el archivo en Excel que se utiliza para la liquidación de multas a valor futuro que sea un documento controlado por el Sistema de Gestión Integrado, para garantizar que la información se mantenga integra, disponible y confidencial.		OM	GESTION DEL PRESUPUESTO, TESORERIA Y G. CONTABLE	GESTION CONTABLE
264		Procedimiento Conciliaciones: Mejorar la redacción de la actividad generar conciliación de multas cuando se refiere al día 20 de cada mes y 10 días hábiles, para no crear confusión.		OM	GESTION DEL PRESUPUESTO, TESORERIA Y GESTION CONTABLE	GESTION CONTABLE
265		Procedimiento Conciliaciones: Incluir en el procedimiento de Conciliaciones el formato de Conciliación Software y Licencias con el fin de contar con la información dentro del procedimiento.		OM	GESTION DEL PRESUPUESTO, TESORERIA Y GESTION CONTABLE	GESTION CONTABLE
266		Procedimiento Recaudo e Ingresos por Ley de Tarifas, Multas y Sanciones: Actualizar el procedimiento de Recaudo e Ingresos por Ley de Tarifas, Multas y Sanciones, para que esté acorde con las nuevas actividades y lineamientos tecnológicos que están desarrollando actualmente.		OM	GESTION DEL PRESUPUESTO, TESORERIA Y GESTION CONTABLE	GESTION DE TESORERIA
267		Secretaria General: Revisar la resolución 020966 del 3/03/1.999 por el cual se fija el precio de las copias que expida el Instituto y otras disposiciones sobre la venta de servicios, para que esté acorde con la actualidad.		OM	GESTION DEL PRESUPUESTO, TESORERIA Y GESTION CONTABLE	GESTION DE TESORERIA
268		Tecnologías de la Información: Proveer de herramientas y accesos a audio y cámara a los equipos de cómputo de acuerdo con autorización previa del jefe, con el fin de facilitar actividades que se necesiten comunicarse por estos medios.		OM	GESTION DEL PRESUPUESTO, TESORERIA Y G. CONTABLE	Gestión de Infraestructura y servicios tecnológicos

NC: No conformidad

OM: Oportunidad de Mejora