



Somos **calidad**,  
somos **competitividad**,  
somos **confianza**.



F-PS-293  
Versión 09

Página 2 de 26

*Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la Organización y no será divulgado a terceros sin autorización de la Organización*



# icontec

Huella de confianza.

[icontec.org](http://icontec.org)

# INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

### 1.1. ORGANIZACIÓN

MINISTERIO DE CIENCIA, TECNOLOGIA E INNOVACION

**1.2. SITIO WEB:** [www.minciencias.gov.co](http://www.minciencias.gov.co)

### 1.3 LOCALIZACIÓN DEL SITIO PERMANENTE PRINCIPAL:

**ISO 9001:2015:**

**ISO 9001:2015 - SC-CER432026**

| #Sitios permanentes adicionales | Número de certificado | Sedes y direcciones de los sitios permanentes | Localización (Ciudad-País)          | Actividades del alcance del sistema de gestión, desarrollados en este sitio |
|---------------------------------|-----------------------|---|-------------------------------------|---|
| 1                               | SC-CER432026          | Calle 26 No. 57 83 Torre 8 Piso 2 al 6        | Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia | Todas las actividades y procesos  |

### 1.3.1 LOCALIZACIÓN OTROS SITIO PERMANENTES:

**ISO 9001:2015:**

### 1.4. ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN:

**ISO 9001:2015 - SC-CER432026**

|  |
|--|
| Formulación, orientación, dirección, coordinación, ejecución e implementación de la política de Estado en materia de ciencia, tecnología e innovación. |
| Formulation, guidance, direction, coordination, execution and implementation of the state policy on science, technology and innovation.                |

**1.5. CÓDIGO IAF:** 36 , CS 36-0

**1.6. REQUISITOS DE SISTEMA DE GESTIÓN:** ISO 9001:2015

### 1.7. REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN:

|                     |  |
|---------------------|--|
| Nombre:             | CÉSAR FABIÁN GÓMEZ VEGA  |
| Cargo:              | OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN E INNOVACIÓN INSTITUCIONAL                   |
| Correo electrónico: | <a href="mailto:cfgomez@minciencias.gov.co">cfgomez@minciencias.gov.co</a> |

### 1.8. TIPO DE AUDITORÍA:

**ISO 9001:2015 Renovación (con restauración)**

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Es organización multisitio: | No |
| Auditoría Integral: No,     | X  |
| Auditoría Combinada: No     |    |

| 1.9. Tiempo de auditoría                           | FECHA         | Días de auditoría |
|--|---------------|-------------------|
| Etapas 1 (Si aplica)                               | NA            | 0                 |
| Preparación de la auditoría y elaboración del plan | 2024-12-06    | 0.5               |
| Auditoría remota                                   | NA            | 0                 |
| Auditoría en sitio                                 | 2024-12-10/13 | 5.5               |

## 1.10. EQUIPO AUDITOR

|                 |  |
|-----------------|--|
| Auditor líder   | RODOLFO ENRIQUE ROLDAN<br>Coordinador<br>Lider ISO 9001:2015 |
| Auditor         | YANETH DOLORES CEBALLOS<br>ISO 9001:2015                     |
| Experto Técnico | N/A  |
| Observador      | N/A  |

## 1.11. DATOS DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN

|                               |              |
|-------------------------------|--------------|
| Código asignado por ICONTEC   | SC-CER432026 |
| Fecha de aprobación inicial   | 2015-11-27   |
| Fecha de próximo vencimiento: | 2024-11-26   |

## 2. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

- 2.1. Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.
- 2.2. Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la Organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables en el alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión
- 2.3. Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la Organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.
- 2.4. Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión.

## 3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- 3.1. Los criterios de la auditoría incluyen la norma de requisitos de sistema de gestión, la información documentada del sistema de gestión establecida por la organización para

cumplir los requisitos de la norma, otros requisitos aplicables que la organización suscriba y documentos de origen externo aplicables.

- 3.2. El alcance de la auditoría, las unidades organizacionales o procesos auditados se relacionan en el plan de auditoría, que hace parte de este informe.
- 3.3. La auditoría se realizó por toma de muestra de evidencias de las actividades y resultados de la Organización y por ello tiene asociada la incertidumbre, por no ser posible verificar toda la información documentada.
- 3.4. Se verificó la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales o reglamentarios aplicables en el alcance del sistema de gestión, establecidos mediante su identificación, la planificación de su cumplimiento, la implementación y la verificación por parte de la Organización de su cumplimiento.
- 3.5. El equipo auditor manejó la información suministrada por la Organización en forma confidencial y la retornó a la Organización, en forma física o eliminó la entregada en otro medio, solicitada antes y durante el proceso de auditoría.
- 3.6. Al haberse ejecutado la auditoría de acuerdo con lo establecido en el plan de auditoría, se cumplieron los objetivos de ésta.

3.7. ¿Se evidenciaron las acciones tomadas por la Organización para solucionar las áreas de preocupación, reportadas en el informe de la Etapa 1?

NA

3.8. Si se aplicó toma de muestra de múltiples sitios.

No

3.9. ¿En el caso del Sistema de Gestión auditado están justificados los requisitos no aplicables acordes con lo requerido por el respectivo referencial?

NA

3.10. ¿Se auditaron actividades en sitios temporales o fuera del sitio de acuerdo al listado de contratos o proyectos entregado por la Organización?

NA

3.11. Es una auditoría de ampliación o reducción de alcance de certificación o de cubrimiento de sitios permanentes

No

3.12. ¿En el caso de los esquemas en los que es aplicable el requisito de diseño y desarrollo del producto o servicio (Por ejemplo, el numeral 8.3, de la norma ISO 9001:2015), este se incluye en el alcance del certificado?

Si

Diseño de instrumentos y mecanismos de CTEI

3.13. ¿Existen requisitos legales para el funcionamiento u operación de la Organización o los proyectos que realiza, por ejemplo, habilitación, registro sanitario, licencia de funcionamiento, licencia de construcción, licencia o permisos ambientales en los que la Organización sea responsable?

Si

Ley 2162 del 6 de diciembre de 2021, por medio de la cual se crea el Ministerio de Ciencia,

Tecnología e Innovación,

Decreto 1449 del 03 de agosto de 2022, por el cual se adopta la estructura del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.

3.14. ¿Se evidencian cambios significativos en la Organización, desde la anterior auditoría, por ejemplo, relacionados con alta dirección, estructura organizacional, sitios permanentes bajo el alcance de la certificación, cambios en el alcance de la certificación diferentes a ampliación o reducción, entre otros?

No

3.15. ¿La organización consideró las cuestiones relativas al cambio climático dentro de la planificación del sistema de gestión?

Si

Análisis de contexto, revisión por la dirección, planes y proyectos

3.16. ¿Si la organización realiza actividades del alcance en turnos nocturnos que no pueden ser visitadas en el turno diurno, estas fueron auditadas en esta auditoría?

NA

3.17. ¿Se tienen actividades, productos y servicios declarados en el alcance del certificado que han sido tercerizados con proveedores o contratistas?

Si

3.17. ¿En caso afirmativo, se encontraron controlados los proveedores o contratistas de estas actividades, productos y servicios?

Si

| Actividades, productos y servicios incluidos en el alcance de certificación que son subcontratados:   | Proveedor/Contratista:                       | Requisito legal para el funcionamiento u operación (en caso de ser aplicable) |
|---|--|---|
| Asistencia técnica, asesoría y evaluación por externos en los planes, programas y proyectos para el desarrollo de la política pública ciencia y tecnología. | Diferentes personas naturales - contratistas | NA  |
|   |  |   |
|   |  |   |

3.18. ¿Se presentaron, durante la auditoría, cambios que hayan impedido cumplir con el plan de auditoría inicialmente acordado con la Organización?

No

3.19. ¿Existen aspectos o resultados significativos de esta auditoría, que incidan en el programa de auditoría del ciclo de certificación?

No

3.20. ¿Quedaron puntos no resueltos en los casos en los cuales se presentaron diferencias de opinión sobre las NC identificadas durante la auditoría?

No



3.21. ¿Aplica reactivación para este servicio?

No

3.22. Se verificó si la Organización implementó o no, el plan de acción establecido para solucionar las no conformidades menores pendientes de la auditoría anterior de ICONTEC y si fueron eficaces.

NA

3.23. Esta auditoría fue testificada por el Organismo de acreditación

No

## 4. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

Como resultado de la auditoría, el equipo auditor declara la conformidad y eficacia del sistema de gestión auditado basados en el muestreo realizado. A continuación, se hace relación de los hallazgos de auditoría.

### 4.1. Hallazgos que apoyan la conformidad del sistema de gestión con los requisitos.

Plan estratégico Institucional con focalización en territorio y grupos poblacionales vulnerables en cumplimiento del PND en busca de lograr la Justicia Social, Ambiental y Económica.

Importante Oferta Institucional (plan de mecanismos) y coordinación del Sistema Nacional de Ciencias Innovación que asegura el avance de las estrategias de gobierno y de la nación en los temas de interés.

El enfoque de identificación de necesidades de las partes interesadas para la presentación de la oferta institucional

Excelentes resultados en el índice de desempeño institucional que les ha permitido avanzar rápidamente y cumplir con las metas de desempeño anticipadamente, ubicándolos en los primeros puesto entre las entidades participantes.

Cuentan con diferentes instancias y comités de resolución, con la activa participación de la ministra de la cartera donde se realiza el seguimiento, ajuste de las estrategias y toma de decisiones que les permita el logro de los objetivos institucionales.

Cuentan con diferentes mesas técnicas (mejora continua, transparencia e integridad, transformación, cultura e innovación, etc) que aseguran la rigurosidad necesaria y la información actualizada en las diferentes temáticas que son abordadas desde los procesos.

Identificación y análisis de riesgos, así como actualización de Política de gestión del riesgo en 2024, en alineación con los ajustes metodológicos emitidos desde el DAFP

Diagnostico integral realizado por procesos que ha permitido la definición de un plan ajustado a las particularidades de los mismos.

Acciones definidas y en implementación que buscan fortalecer la cultura de la innovación para lograr la mejora continua en la gestión.

Plan de gestión del cambio con 5 líneas o enfoques que impactan de manera significativa el sistema de gestión y la transformación de la entidad.



## PLANEACIÓN / GESTIÓN DE COMUNICACIONES

Fortalecimiento del mapa de riesgos con la metodología DAFP, ya que permite identificar, diseñar controles y establecer un seguimiento periódico, visualizando los avances en las líneas de defensa a través de GINA trimestralmente.

Guía para la planeación de participación ciudadana, porque facilita espacios nuevos y descentralizados, como asambleas populares científicas, acercando la política de ciencia a las comunidades.

Indicador asociado al objetivo 5 del índice de desempeño en FURAG, ya que mide la efectividad del modelo integrado de gestión, consolidando la posición en el puesto 7.

Definición de un procedimiento nuevo para Auditoría interna, porque separa claramente las responsabilidades entre la gestión del sistema y el control interno, fortaleciendo su eficiencia.

Fortalecimiento de controles para riesgos fiscales con encuestas, ya que mejora la claridad de la información, la agilidad de trámites y la gestión de canales de comunicación.

Alineación estratégica de políticas nacionales y misiones (CONPES y Plan Nacional de Desarrollo), porque orienta las acciones hacia objetivos específicos, como la bioeconomía y la transición energética, y las refleja en planes anuales.

Registro del fortalecimiento organizacional en intranet, ya que promueve la integración del conocimiento y el aprendizaje en toda la organización.

## GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA

Análisis de tendencias comparativas entre periodos, ya que permite ajustar estrategias de comunicación con base en indicadores, como el incremento de publicaciones o la reducción de vistas en plataformas específicas.

Boletín semanal integrando temas internos, porque fortalece el tráfico en redes internas y externas mientras informa sobre temas clave a los colaboradores.

Estrategia de mailing con diseño de piezas comunicacionales, ya que apoya la difusión de políticas institucionales y misiones, promoviendo la apropiación social del conocimiento.

Evaluación en la matriz de comunicaciones en mesas de transformación cultural, porque identifica retos y fortalezas, ajustando la comunicación a las necesidades actuales.

Encuesta de clima organizacional en comunicaciones, ya que mide la cohesión interna y la efectividad de los canales para fomentar mejoras.

Evaluación de encuestas de diagnóstico en comunicación, porque identifica áreas de mejora en atención, alcance y efectividad de los productos comunicacionales.

## TRÁMITES Y SERVICIOS - PQRS

Formulación del programa de transparencia y ética pública, ya que fortalece el cumplimiento de la Ley 2195 de 2022, mejorando el acceso ciudadano y la experiencia de usuario.

Verificación trimestral de actividades y ajustes necesarios, porque asegura la completitud y la adecuación de nuevas acciones en tiempo real.

Plan de migración a sistema de gestión documental ORFEO, ya que facilita la transición a un entorno digital completo con seguimiento e informes trimestrales.

Publicación del formato de evaluación de lenguaje claro en GINA, porque estandariza criterios para mejorar la comunicación escrita institucional.

Reuniones con OAPII y actividades de co-creación para el servicio al ciudadano, ya que promueven estrategias inclusivas y transparentes para mejorar la atención.

Estrategia de servicio al ciudadano con enfoque innovador, porque integra dependencias y actores del Ministerio para satisfacer necesidades de grupos de interés.

Evaluación en IDI para políticas de atención al ciudadano y gobierno digital, ya que evidencia mejoras en transparencia, participación y gestión.

#### GESTIÓN FINANCIERA - ADMINISTRATIVA - DOCUMENTAL

Satisfacción de usuarios del Ministerio en un 99,85% según Servidesk, porque demuestra la idoneidad y competencia del equipo de apoyo logístico.

Controles aplicados a riesgos identificados en GINA, ya que aseguran el cumplimiento de cronogramas, arqueos y seguimiento de recursos.

Producción de AZ digital con capacitación y acompañamiento, porque optimiza la gestión documental y el uso de herramientas digitales.

Seguimiento mensual de riesgos financieros y controles asociados, ya que permite tomar decisiones oportunas para mitigar riesgos.

#### GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Cursos orientados a la gestión de conocimiento y políticas públicas, porque fortalecen las capacidades de los empleados y registran resultados clave en el mapa de conocimiento.

Acompañamiento en reuniones y mesas técnicas, ya que impulsa la transformación cultural y la implementación de iniciativas en toda la Entidad.

Encuentros con agentes C4 para construir capacidades organizacionales, porque refuerzan la simplificación administrativa y la transferencia de conocimiento.

### 4.2. Oportunidades de mejora

#### GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA

Garantizar flujo de información sobre los resultados de evaluación del sistema de gestión de calidad, a fin de fortalecer la transparencia y la comprensión del desempeño del sistema mediante las mediciones establecidas.

Realizar análisis de la matriz diligenciada para mapear los medios de comunicación, con el fin de aprovechar la información recopilada para optimizar y fortalecer los canales y estrategias de comunicación.

#### TRÁMITES Y SERVICIOS - PQRS

Ajustar los indicadores de oportunidad en la atención de PQRS, a fin de definir plazos claros para las respuestas internas, garantizar alertas previas al vencimiento y realizar un seguimiento semanal de los términos legales.

#### GESTIÓN FINANCIERA - ADMINISTRATIVA - DOCUMENTAL

Revisar la pertinencia de reducir el número de indicadores actuales, con el fin de enfocarse en métricas de mayor impacto que reflejen mejor los objetivos estratégicos.

Dejar registro de los análisis realizados sobre el cumplimiento de los indicadores, para documentar las acciones tomadas y aprender de situaciones como el faltante de inventario de 2023.

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Desagregar el organigrama para cada una de las dependencias, a fin de facilitar la comprensión de las funciones y responsabilidades específicas de cada área.

Revisar la pertinencia de rediseñar los indicadores existentes, con el fin de priorizar aquellos que midan aspectos significativos del desempeño.

Incluir en el acta firmada por el funcionario entrante las responsabilidades en materia de SST, a fin de garantizar el cumplimiento de las disposiciones institucionales y legales.

Recoger las necesidades de fortalecimiento del desempeño en un documento diseñado para este propósito, con el fin de identificar oportunidades de mejora y trazar planes de acción específicos.

5. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

5.1.1. Incluir las reclamaciones o quejas válidas del cliente en los sistemas de gestión que aplique durante el último año.

| Principales quejas o reclamaciones recurrentes | Principal causa   | Acciones tomadas   |
|--|---|--|
| Durante 2024 se han recibido 46.461 PQRDS      | La mayoría representada por peticiones, tramites e información de interés relacionadas con: Convocatorias, Red ScientTi (portal para registro de actividad de producción científica), actualización de información. | Se asigna numero único para trazabilidad y control de respuestas en tiempos de ley; se da respuesta según procedimiento de atención de PQRS.<br>Trimestralmente se refuerza capacitación en manejo de PQRSD y actualización de AZ digital. |
| Durante 2023 se recibieron 69.909 PQRDS        | representada por peticiones, tramites e información de interés  | Se asigna numero único para trazabilidad y control de respuestas en tiempos de ley; se da respuesta según procedimiento de atención de PQRS.   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

5.1.2. Incluir las solicitudes o comunicaciones de partes interesadas, por ejemplo, para ISO 14001, ISO 45001

No se han presentado

5.1.3. Incluir las retiradas de producto del mercado para ISO 9001, NTC 5830, ISO 22000 y FSSC 22000

NA

5.1.4. Incluir la ocurrencia de incidentes (accidentes o emergencias) en los sistemas de gestión que aplique y explique brevemente cómo fueron tratados

NA

5.1.5. En los casos que aplique verificar que la Organización haya informado a ICONTEC durante los plazos especificados en el Reglamento R-PS-007 REGLAMENTO DE LA CERTIFICACIÓN ICONTEC DE SISTEMAS DE GESTIÓN, eventos que hayan afectado el desempeño del sistema de gestión certificado, relacionados con el alcance de certificación que sean de conocimiento público. El auditor verificará las acciones pertinentes tomadas por la Organización para evitar su recurrencia y describirá brevemente cómo fueron atendidas.

No se han presentado

5.1.6. ¿Existen quejas de usuarios de la certificación recibidas por ICONTEC durante el último periodo evaluado?

No

5.1.7. ¿Se evidencia la capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados?

Si

5.1.8. ¿Se concluye que el alcance del sistema de gestión es apropiado frente a los requisitos que la Organización debe cumplir? (consultar E-PS-080 ALCANCE DE CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION)

Si

5.2. Relación de no conformidades detectadas durante el ciclo de certificación.

¿Se evidencia recurrencia de no conformidades detectadas en las auditorías de ICONTEC en el último ciclo de certificación?

Si

| Auditoría  | Número de no conformidades | Requisitos              |
|--|----------------------------|-------------------------|
| Otorgamiento   | #NA                        | NA                      |
| 1ª de seguimiento del ciclo 2022                     | #3                         | 8.1 d) e); 8.3.6; 8.4.2 |
| 2ª de seguimiento del ciclo 2023                     | #0                         | NA                      |
| Renovación 2024                                      | #3                         | 8.1 d, e, 9.1.1 b, 10.3 |
| Auditorias especiales (Extraordinaria, reactivación) | # NA                       | NA                      |
| Auditoría de ampliación                              | #NA                        | NA                      |

5.3. Análisis del proceso de auditoría interna

Auditoría realizada entre el 19 noviembre y el 6 de diciembre de 2024, con resultado de 10 fortalezas, 4 NC y 50 oportunidades de mejora, las cuales son cargadas a sistema que permite la asignación de responsables y fechas de ejecución y seguimiento. Ejercicio de auditoria contratado

y realizado por firma externa; liderada por la ingeniera Yaneth Ontibon, Ing industrial esp. en gerencia de calidad, con certificado de auditor interno en calidad de diciembre de 2015 y amplia experiencia en auditorias; en alineación en su mayoría con lo establecido por la Norma ISO 19011, que incluye plan y programa de auditoria, con cubrimiento a todos los requisitos de norma, procesos y dependencias de la entidad.

#### 5.4. Análisis de la revisión del sistema por la dirección

Revisión por la dirección realizada en dos sesiones los días 13 y 22 de agosto de 2024, con la participación del liderazgo efectivo dentro de las sesiones del comité de gestión y desempeño institucional, donde se incluyeron todas las entradas y salidas solicitadas por norma, como elemento relevante de la revisión por la dirección esta la determinación del inicio de rediseño institucional de acuerdo a lo solicitado por decreto 1449, así como el establecimiento de acciones que permitan el fortalecimiento y mejora de la percepción de la entidad por parte del cliente interno y externo, la rendición de cuentas en mesas técnicas con participación ciudadana y la aplicación de la normativa de identidad visual.

## 6. USO DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTIÓN Y DE LA MARCA O LOGO DE LA CERTIFICACIÓN

6.1. ¿El logo o la marca de conformidad de certificación de sistema de gestión de ICONTEC se usa en publicidad (página web, brochure, papelería, facturas, etc...)?

No

6.2. ¿La publicidad realizada por la Organización está de acuerdo con lo establecido en el reglamento R-PS-007 y el Manual de aplicación E-GM-001 USO DE LA MARCA DE CONFORMIDAD DE LA CERTIFICACIÓN ICONTEC PARA SISTEMAS DE GESTIÓN?

NA

6.3. ¿El logo o la marca de conformidad se usa sobre el producto o sobre el empaque o el

envase o el embalaje del producto, o de cualquier otra forma que denote conformidad del producto?

No

6.4. ¿Se evidencia la adecuación de la información contenida en el certificado (¿vigencia del certificado, logo de organismo de acreditación, razón social registrada en documentos de existencia y representación legal, direcciones de sitios permanentes cubiertos por la certificación, alcance, etc.?)

Si

## **7. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PARA LAS NO CONFORMIDADES MAYORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORÍA, MENORES QUE GENERARON COMPLEMENTARIA Y, MENORES DETECTADAS EN ESTA AUDITORÍA QUE POR SOLICITUD DEL CLIENTE FUERON REVISADAS**

¿Se presentaron no conformidades mayores?

No.

¿Se presentaron no conformidades menores de la auditoria anterior que no pudieron ser cerradas en esta auditoría?

No.

¿Se presentaron no conformidades menores detectadas en esta auditoría que por solicitud del cliente fueron revisadas durante la complementaria?

NA.

Fecha de la verificación complementaria

NA.



| NC   | Descripción de la no conformidad (se relaciona el numeral de la norma y la evidencia del incumplimiento) | Evidencia obtenida que soporta la solución | ¿Fue eficaz la acción? |
|--|--|--|------------------------|
| <b>No conformidades mayores identificadas en esta auditoría</b>                    |  |  |                        |
| <b>No conformidades pendientes de la auditoría anterior que no se solucionaron</b> |  |  |                        |
| <b>No conformidades detectadas en esta auditoría que fueron cerradas</b>           |  |  |                        |

## 8. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR DE ACUERDO CON EL R-PS-007

|  |               |      |    |    |
|--|---------------|------|----|----|
| Se recomienda <b>Renovar y Restaurar el Certificado, una vez finalice el proceso de Renovación</b> | ISO 9001:2015 |      |    |    |
| <b>Nombre del auditor líder:</b> RODOLFO ENRIQUE ROLDAN<br>Coordinador<br>Lider ISO 9001:2015      | <b>Fecha:</b> | 2025 | 01 | 24 |

## 9. ANEXOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE INFORME

|         |  |     |
|---------|--|-----|
| Anexo 1 | Correcciones, análisis de causa y acciones correctivas   | X   |
| Anexo 2 | Información específica de esquemas de certificación de sistema de gestión  | N/A |
| Anexo 3 | Plan de auditoría F-PS-530 PLAN DE AUDITORIA EN SITIO – SISTEMAS DE GESTIÓN (Adjuntar el plan a este formato y el F-PS-654 FORMATO DE PROYECTOS EJECUTADOS Y EN EJECUCIÓN, cuando aplique) | X   |
| Anexo 4 | Aceptación de los resultados de la auditoria firmada por la organización.  | X   |
| Anexo 5 | Análisis de riesgos de auditorías de sistemas de gestión F-PS-946  | N/A |
| Anexo 6 | Confirmación de cumplimiento de los objetivos de la auditoria con el uso de las TIC  | N/A |
| Anexo 7 | Declaración de aplicación (solo para ISO 28001)  | N/A |
| Anexo 8 | Verificación de riesgos y requisitos para realizar auditorías con la participación de Expertos Técnicos  | N/A |

### ANEXO 1 CORRECCIONES, CAUSAS Y ACCIONES CORRECTIVAS

- ✓ Se recibió la propuesta de correcciones, análisis de causas y acciones correctivas para la solución de no conformidades el 2024-12-28 y recibieron observaciones por parte del auditor líder.
- ✓ Las correcciones, análisis de causas y acciones correctivas propuestas por la organización, fueron aceptadas por el auditor líder el 2025-01-10.

| <b>SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA</b>  |  |                                    | <b>No. 1 de 3</b>   |
|--|--|------------------------------------|---|
| <input style="width: 100%;" type="checkbox"/>  | No – Conformidad Mayor   | <b>Norma(s):</b><br>ISO 9001: 2015 | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <b>Requisito(s):</b><br/>8.1 d, e.         </div> |
| <input checked="" type="checkbox"/>  | No - Conformidad Menor   |                                    |   |
| <b>Descripción de la no conformidad:</b><br>La organización no se asegura de implementar el control de los procesos y conservar la información documentada en la extensión necesaria.  |  |                                    |   |
| <b>Evidencia:</b><br>Se _____ pudo _____ evidenciar _____ que: <p>-La organización no cuenta con evidencia objetiva y documentada de todos los ANS - Acuerdos de niveles de servicio (tiempos de respuesta, niveles de criticidad, etc.) con los que se parametriza el sistema de la mesa de ayuda – TIC que permitan demostrar la conformidad del servicio según lo planificado.</p> <p>Tickets de servicios muestreados con categorías no existentes en procedimiento:</p> <p>Ticket 138205 à 12 de julio de 2024 10.04 à Jesús Rusinque à alistamiento de auditorio. no incluido en categorías <span style="float: right;">ANS</span></p> <p>Ticket 139517. --&gt; 30 de julio 14:25 à asesoría generalà Vivian Gutiérrez, cerrado 2 de agosto 9:02. Asesoría general, tipo de servicio parametrizado con 8h en herramienta, no está definida como categoría <span style="float: right;">ANS</span></p> <p>Ticket 143781 à 18 de sept- 16:18 à Yuldana Córdoba -&gt; AZ digital administración. categoría AZ digital con 12 horas. Categoría no existe en ANS vigentes.</p> |  |                                    |   |
| <b>Corrección</b>  | <b>Evidencia de Implementación</b>   | <b>Fecha</b>                       |   |
| Identificar los servicios de la mesa de ayuda que no tienen definidos acuerdos de niveles de servicio y establecerlos.   | Inventario de ANS por cada categoría y acta en la que se pactan los ANS con los responsables.      | 2025/01/31                         |   |
| Realizar la parametrización de los Acuerdos de nivel de servicio (ANS) en el sistema de información de mesa de ayuda – TIC   | Reporte de Acuerdos de nivel de servicio (ANS) en el sistema de información de mesa de ayuda – TIC | 2025/02/26                         |   |
| Alinear el procedimiento D103PR01 Gestión de Solicitudes, con los los ANS de la mesa de ayuda, con los controles operacionales y con los registros definidos en las tablas de  | Procedimiento actualizado en el sistema de información Gina  | 2025/03/31                         |   |

|  |   |              |
|--|---|--------------|
| retención documental.  |   |              |
| <p><b>Descripción de la (s) causas (s)</b></p> <p>Hay deficiencias en el control operacional y en la documentación de la información crítica para el desempeño de algunos procesos por las siguientes causas:</p> <p><b>Métodos.</b> No existe evidencia documental del diseño, implementación y verificación de los controles operacionales y ANS de un proceso porque no existen instrumentos para verificar la aplicación de controles operacionales y ANS, porque <u>este aspecto no está incluido en el procedimiento sobre control de documentos.</u></p> <p><b>Mano de Obra.</b> El personal a cargo de la primera línea de defensa no aplica sistemáticamente los controles operacionales y ANS definidos en los procesos porque la capacitación que se les ha dado no ha sido la adecuada, porque la ruta de entrenamiento en este tema no se diseña a partir de la identificación de las necesidades de formación de cada persona, <u>porque no hay una evaluación periódica de los conocimientos y competencias de las personas a cargo del control operacional.</u></p> <p><b>Maquinaria.</b> La herramienta software de la mesa de ayuda de TI no cuenta con todas las categorías de servicio y/o no están definidos todos los ANS porque falta integración entra la información de los ANS definidos documentalmente y los software utilizados para el control operacional, como por ejemplo, <u>la mesa de ayuda de servicios, porque no hay una revisión periódica del cumplimiento de los ANS</u></p> |   |              |
| <b>Acción correctiva</b>   | <b>Evidencia de Implementación</b>                          | <b>Fecha</b> |
| <p>Actividad:<br/>Actualizar el procedimiento D102PR01 Control de Documentos</p> <p>Descripción: Modificar el alcance del procedimiento D102PR01 Control de Documentos para incluir lineamientos sobre el diseño de controles operacionales, la alineación con las tablas de retención documental y el diligenciamiento de la herramienta de Diagnóstico Integral, como una de las fuentes para la identificación de las necesidades de creación, modificación o eliminación de documentos del proceso, así como para el seguimiento a las fuentes de verificación de los controles operacionales, a partir de lo cual se definen los planes de mejora pertinentes.</p>  | Procedimiento actualizado en el sistema de información Gina | 2025/03/31   |
| <p>Actividad: Socializar la actualización del procedimiento D102PR01 Control de Documentos (espacio de interacción)</p> <p>Descripción: Socializar el procedimiento D102PR01 Control de Documentos y la herramienta de diagnóstico con las personas que cumplen el rol de Agentes C4 en cada proceso para la comprensión y apropiación de los lineamientos. Para esta actividad se tendrán en cuenta los resultados de la evaluación periódica de las competencias de los responsables de los controles operacionales y los agentes C4, que sirva</p>  | Listado de asistenciaActa de Reunión                        | 2025/04/11   |

|  |   |            |
|--|---|------------|
| como base para planificar la ruta de entrenamiento y asegurar que apropian los conocimientos y herramientas clave para el sistema integrado de gestión, entre ellos, el tema de medición y análisis.   |   |            |
| Tomar decisiones frente a los resultados de la herramienta de Diagnóstico Integral en cuanto a la actualización documental, el control operacional y los ANS, incluyendo la actualización de las herramientas tecnológicas que lo soportan.<br>Descripción: presentar al Comité de Gestión y Desempeño un informe sobre los resultados de la herramienta de Diagnóstico Integral y el estado de los planes de mejoramiento en lo referente a la actualización documental y el control operacional con recomendaciones en cuanto a su efectividad, para que esta instancia tome las decisiones pertinentes. | Acta del Comité de Gestión y Desempeño con las decisiones y compromisos | 2025/07/11 |

|   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| <b>SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA</b>   |   | <b>No. 2 de 3</b>                  |
| <input type="checkbox"/>  | No – Conformidad Mayor                                | <b>Norma(s):</b><br>ISO 9001: 2015 |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | No - Conformidad Menor                                |                                    |
| <b>Requisito(s):</b><br>10.3  |   |                                    |
| <b>Descripción de la no conformidad:</b><br>La organización no se asegura de mejorar continuamente la adecuación y eficacia del sistema de gestión.   |   |                                    |
| <b>Evidencia:</b><br>Se pudo evidenciar que:<br>La organización no cuenta con evidencia objetiva y documentada en la revisión por la dirección de 2024 del seguimiento, evaluación de la eficacia y estado de las acciones definidas de la revisión por la dirección de 2023.<br><br>- Se evidencia que se definió Plan de mejora para el Reto de agilismo, pero en él no se contemplan fechas para las acciones que permitan el seguimiento o cumplimiento de los objetivos sin cumplimiento de acción: caracterización de la apropiación Social |   |                                    |
| <b>Corrección</b>   | <b>Evidencia de Implementación</b>                    | <b>Fecha</b>                       |
| Actividad: Complementar el Informe de Revisión por la Dirección 2024<br>Descripción: Ampliar en el Informe de Revisión por la Dirección 2024 la descripción de las salidas (decisiones) y compromisos derivados de ejercicio, que permitan una adecuada implementación, seguimiento y evaluación de las mismas.   | Informe de Revisión por la Dirección 2024, versión 02 | 2025/03/31                         |
| Actividad: consolidar los planes de   | Matriz consolidada de los                             | 2025/01/31                         |

|   |   |            |
|---|---|------------|
| mejoramiento del Reto de Agilismo de todos los procesos de la entidad.<br>Descripción:<br>Consolidar los planes de mejoramiento del Reto de Agilismo documentados por cada proceso y elaborar un informe con el nivel de avance en cada componente.   | planes de mejoramiento del reto de agilismo                             |            |
| Actividad: Realizar un primer seguimiento en el Comité de Gestión y Desempeño<br>Descripción: presentar al Comité de Gestión y Desempeño un informe consolidado de los avances en los planes de mejoramiento del Reto de Agilismo con recomendaciones frente a las desviaciones identificadas para que el Comité tome las decisiones pertinentes. | Acta del Comité de Gestión y Desempeño con las decisiones y compromisos | 2025/02/28 |

#### Descripción de la (s) causas (s)

No todas las mejoras implementadas en los procesos se documentan por las siguientes causas:

**Métodos.** Los lineamientos vigentes son insuficientes para fomentar la documentación de las mejoras, porque no contemplan aspectos como el aprendizaje organizacional, la innovación, la comunicación de buenas prácticas y su réplica en otros procesos, porque el énfasis está en la documentación de planes de mejoramiento para cierre de hallazgos de auditorías y no se aborda de manera proactiva el ciclo de mejora continua y la innovación, porque no se han incorporado en el **procedimiento de acciones de mejora** nuevos enfoques metodológicos que impulsen el uso de herramientas de innovación y porque tampoco existe un procedimiento sobre cómo planificar, implementar, documentar, hacer seguimiento y evaluar la revisión por la dirección como un elemento dinamizador de la mejora del desempeño institucional.

**Mano de Obra.** El personal a cargo de la primera línea de defensa no documenta mediante planes de mejoramiento las acciones implementadas para prevenir incumplimientos de requisitos normativos, o de proceso o de las partes interesadas, porque la capacitación que se les ha dado sobre este tema no ha sido la adecuada, porque la ruta de entrenamiento en este tema no se diseña a partir de la identificación de las necesidades de formación de cada persona, porque no hay una evaluación periódica de los conocimientos y competencias de las personas a cargo de documentar la mejora continua.

| Acción correctiva  | Evidencia de Implementación                        | Fecha      |
|--|--|------------|
| Actividad: Estandarizar el procedimiento de Revisión por la Dirección<br>Descripción: Crear en el sistema de información Gina el procedimiento Revisión por la Dirección.  | Documento creado en el sistema de información Gina | 2025/04/30 |
| Actividad: Actualizar D102PR02G01 Guía para el reporte y seguimiento de Acciones de Mejora<br>Descripción: Modificar el alcance D102PR02G01 Guía para el reporte y seguimiento de Acciones de Mejora, con un enfoque a la mejora continua y la innovación. Así mismo, vincular la Herramienta de | Guía actualizada en el sistema de información Gina | 2025/02/14 |

|   |   |            |
|---|---|------------|
| Diagnóstico Integral, como fuente de información para la toma de decisiones y mejora continua.  |   |            |
| <p>Actividad: Socializar la actualización D102PR02G01 Guía para el reporte y seguimiento de Acciones de Mejora (espacio de interacción)</p> <p>Descripción: Socializar la actualización de D102PR02G01 Guía para el reporte y seguimiento de Acciones de Mejora y el procedimiento de Revisión por la Dirección con las personas que cumplen el rol de Agentes C4 en cada proceso, para la comprensión y apropiación de los lineamientos. Para esta actividad se tendrán en cuenta los resultados de la evaluación periódica de las competencias de los responsables de los controles operacionales y los agentes C4, que sirva como base para planificar la ruta de entrenamiento y asegurar que apropien los conocimientos y herramientas clave para el sistema integrado de gestión, entre ellos, el tema de la documentación de la mejora continua.</p> | Listado de asistencia   | 2025/03/31 |
| <p>Actividad: elaborar para la Revisión por la Dirección un informe del impacto de las mejoras implementadas y documentadas en el Reto de Agilismo 2024</p> <p>Descripción: Consolidar las mejoras implementadas y documentadas en el Reto de Agilismo 2024 y presentarlas en la Revisión por la Dirección para que el Comité de Gestión y Desempeño tome las decisiones pertinentes.</p>   | Informe del impacto de planes de mejoramiento del reto de agilismoActa del Comité de Gestión y Desempeño con las decisiones y compromisos | 2025/07/11 |

|  |                                    |                                 |
|--|------------------------------------|---------------------------------|
| <b>SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA</b>  |                                    | <b>No. 3 de 3</b>               |
| <input type="checkbox"/> No – Conformidad Mayor<br><input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor  | <b>Norma(s):</b><br>ISO 9001: 2015 | <b>Requisito(s):</b><br>9.1.1 b |
| <b>Descripción de la no conformidad:</b><br>La organización no se asegura de determinar adecuadamente los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos.   |                                    |                                 |
| <b>Evidencia:</b><br>Se pudo evidenciar que, aunque la organización ha determinado diferentes indicadores para el seguimiento y medición a los procesos, existen inconsistencias entre las formulaciones, resultados, metas, bases de datos, así como incumplimiento de metas sin evidencia de planes de acción. |                                    |                                 |
| Gestión de Asignación para la CTel del SGR M802<br>Índice de Avance del plan bienal: con incumplimiento de meta (100%) para el primer trimestre de 2024  |                                    |                                 |

| <p>con ajuste de meta (12 de abril de 2024) posterior al cierre del trimestre, sin análisis o determinación de planes de acción. (convocatorias 37 – 43). Incumplimiento de meta para el segundo trimestre con resultado de 85% Segundo trimestre con resultado de 85% incumpliendo meta de 100%, con plan de acción no correspondiente enfocado a contratación de personas para apoyo de apertura de convocatorias y mesas de trabajo con inicio 23 de febrero y cierre 01 de julio, fechas con inicio anterior a posible análisis de meta incumplida en segundo trimestre, con mención de uso de metodología 8M para determinación de causa raíz, donde solo se documenta la M de mano de obra.</p>                                    |   |                   |
|--|---|-------------------|
| <p>Gestión de la Comunicación Estratégica D104<br/>Índice de Impresiones y/o alcance de redes: incumplimiento durante 2 trimestres en el 2024, sin evidencia de análisis trimestrales o seguimiento de las acciones orientadas a cerrar el plan de acción</p>  |   |                   |
| <p>Gestión para la Ejecución de Política CTel. – dirección de gestión de recursos M801<br/>Índice de tramites contractuales: Inconsistencias en formulación vrs resultados consignados en bases de datos, frecuencias de medición, reporte, análisis.</p>  |   |                   |
| <p>Gestión de Redes e Internacionalización de la CTel M701<br/>Índice de Espacios de cooperación científica internacional apoyados para la internacionalización<br/>Formulación indica que se miden la eficiencia en las actividades de internacionalización, pero no se evidencia documentada de la planificación y/o trazabilidad sobre las actividades establecidas o aprobadas a desarrollar en el periodo. Para el primer trimestre se reporta cumplimiento de 75 pero no existen actividades reportadas o planificadas meta 79%</p>  |   |                   |
| <p>Gestión de la Apropiación Social de la CTel M703<br/>Índice de Productos de divulgación científica y comunicación publica<br/>Meta con cumplimiento 100% a tercer trimestre sin evidencia documentada de las 43 actividades aprobadas o planificadas. Con resultado en primer trimestre de 100%, pero sin ejecución de ninguna actividad.</p>   |   |                   |
| <p>Gestión del Direccionamiento y Control Administrativo A207<br/>Índice de cumplimiento de solicitudes<br/>Con formulación que mide el total de resoluciones, pero no incluye los autos y demás productos del proceso. Inconsistencias entre formulación y bases de datos del indicador</p>   |   |                   |
| Corrección   | Evidencia de Implementación   | Fecha             |
| <p>Realizar gestión de los indicadores identificados con problemas durante la auditoría externa de ICONTEC, recolectando de inmediato los soportes faltantes de la planificación, medición, seguimiento, registros y evidencias, así como análisis de resultados y medidas implementadas y los resultados, cuando aplique, de las acciones o planes de mejoramiento implementados frente a desviaciones. Los indicadores que serán parte de esta intervención son:</p> <p>1. Indicador de Gestión IG01-M802<br/>Avance Plan Bial</p> <p>2. Indicador de Gestión IG01-D104<br/>Impresiones y/o alcance de redes.</p> <p>3. Indicador de Gestión IG03-M801<br/>Indicador de Gestión IG03-M801</p> <p>4. Indicador Programático (PP-24)</p> | <p>Informe consolidado de las gestiones realizadas frente a los Indicadores a los cuales se les identificaron problemas durante la auditoría externa de ICONTEC en el que se registren los soportes documentales de la planificación, medición, el seguimiento, análisis y mejora</p> | <p>2025/03/31</p> |



|   |  |                     |
|---|--|---------------------|
| <p>Espacios de cooperación científica internacional apoyados para la internacionalización del capital humano del SNCTI.</p> <p>5. Indicador Programático (PP-24) Productos de divulgación científica y comunicación pública de la ciencia desarrollados para acercar el conocimiento científico a la población y aportar al cierre de brechas territoriales.</p> <p>6. Índice de cumplimiento de solicitudes del proceso Gestión del Direccionamiento y Control Administrativo A207</p>   |  |                     |
| <p><b>Descripción de la (s) causas (s)</b></p> <p>No todos los indicadores de los procesos cuentan con evidencia documentada sobre su planificación, medición, análisis y mejora. Las causas identificadas son:</p> <p><b>Método.</b> Falta de claridad en la documentación de los lineamientos para la gestión de indicadores incluyendo los análisis y las acciones frente a sus desviaciones, porque la Guía actual no tiene un enfoque claro en la gestión basada en procesos, <u>porque no se ha alineado la metodología de indicadores estratégicos con la de indicadores de procesos.</u></p> <p><b>Máquina.</b> La segunda línea de defensa no genera un informe consolidado trimestral sobre la calidad del reporte de los indicadores en el que se identifiquen las falencias para que los líderes de proceso tomen acciones, porque el el análisis de la calidad de los reportes (verificación y validación de los resultados) se hace manualmente y toma mucho tiempo, porque en la herramienta de indicadores del sistema de información GINA <u>no se han parametrizado reportes que faciliten su análisis y seguimiento.</u></p> <p><b>Mano de Obra.</b> El personal encargado de la gestión de los indicadores no maneja con suficiencia las metodologías para el análisis y medición, porque la capacitación que se les ha dado no ha sido la adecuada, porque la ruta de entrenamiento en este tema no se diseña a partir de la identificación de las necesidades de formación de cada persona, porque <u>no hay una evaluación periódica de los conocimientos y competencias de las personas que gestionan y reportan los indicadores del sistema de gestión en rol de agentes C4.</u></p> <p><b>Materiales.</b> Existen datos y bases de datos incompletas, inexactas o no actualizadas que son los materiales que sustentan la medición de los indicadores, porque las fuentes de información son dispersas o no están definidas en la ficha del indicador.</p> <p><b>Medición.</b> Hay falta de precisión en la medición de los indicadores porque no se han establecido estándares claros para la recolección y análisis de datos.</p> |  |                     |
| <p><b>Acción correctiva</b></p>   | <p><b>Evidencia de Implementación</b></p>  | <p><b>Fecha</b></p> |
| <p>Actividad: Actualizar la Guía de Indicadores Institucionales</p> <p>Descripción: Documentar las diferentes tipologías de indicadores institucionales, asegurando que se incluyan los indicadores con los que se mide el cumplimiento del objetivo de los procesos de la entidad, con lineamientos claros para su formulación, seguimiento y reporte incluyendo la manera de elaborar los análisis y asegurar la trazabilidad de la data (planificación, medición, análisis, seguimiento y mejora).</p>   | <p>Guía de Indicadores Institucionales actualizada en el sistema de información Gina</p> | <p>2025/02/21</p>   |

|  |  |            |
|--|--|------------|
| Actividad: Socializar la actualización de la Guía de Indicadores Institucionales (espacio de interacción)<br>Descripción: Socializar a los líderes de proceso y los Agentes C4 la actualización de la Guía de Indicadores Institucionales  | Listado de asistencia  | 2025/02/28 |
| Actividad: Realizar el acompañamiento para la actualización de los indicadores de gestión.<br>Descripción: Ajustar los indicadores de gestión a partir de los lineamientos definidos en la Guía de Indicadores Institucionales asegurando la precisión en la recolección y análisis de los datos, las fuentes de verificación y los documentos de soporte.   | Listados de Asistencia de las mesas de trabajo con los 24 procesos   | 2025/03/21 |
| Actividad: Consolidar informes de seguimiento al reporte de los indicadores.<br>Descripción: Elaborar dos informes de seguimiento al reporte de los indicadores que detallen para cada proceso la calidad (fuentes de verificación y consistencia de los datos), la oportunidad de la medición, la completitud de los documentos de soporte, los resultados, el análisis y las acciones derivadas. Para la generación de este informe se parametrizará un reporte en el sistema de información GINA que facilite la consolidación y el análisis. | Informes trimestrales de seguimiento a los indicadores   | 2025/07/08 |
| Actividad: Tomar decisiones con respecto al informe de seguimiento al reporte de los indicadores en cuanto al cumplimiento de los lineamientos.<br>Descripción: Presentar dos informes al Comité de Gestión y Desempeño con las recomendaciones que se derivan del seguimiento al reporte de los indicadores respecto a la calidad (fuentes de verificación y consistencia de los datos) y oportunidad de la medición, los resultados y el análisis, para que esta instancia tome las decisiones pertinentes.                                    | Acta del Comité de Gestión y Desempeño con las decisiones y compromisos  | 0025/07/11 |
| Diseñar e implementar una evaluación periódica de las competencias de las personas que gestionan y reportan los indicadores del sistema de gestión en rol de agentes C4, que sirva como base para planificar la ruta de entrenamiento y asegurar que apropien los conocimientos y herramientas clave para el sistema integrado de gestión, entre ellos, el tema de medición y análisis.  | Instrumento para valorar las competencias de las de las personas que gestionan y reportan los indicadores del sistema de gestión Informe de los resultados de su implementación con las necesidades identificadas para la ruta de entrenamiento. | 0025/03/03 |
| Crear un indicador asociado al proceso A207 Direccionamiento y Control Administrativo que incluya resoluciones, autos y demás productos del proceso disciplinario.   | Hoja de vida del Indicador de gestión proceso A207   | 0025/03/21 |

Nota: Es importante que la organización realice un buen análisis de causa para evitar que la no conformidad se repita y el plan de acción sea devuelto por el equipo auditor, por lo cual les sugerimos consultar la guía para la solución de no conformidades, disponible en la página web de Icontec.

**Consulte la *Guía para la solución de no conformidades* en la ruta**

**<https://www.icontec.org/%e2%80%8bdocumentos-servicios-icontec/> en el link**  
**Evaluación de la conformidad.**

**Ruta: [www.icontec.org](http://www.icontec.org) – Documentos servicios ICONTEC- Evaluación de la**  
**conformidad.**

---

### **ANEXO 3**

#### **Plan de auditoría F-PS-530 PLAN DE AUDITORIA EN SITIO – SISTEMAS DE GESTIÓN**

**PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO  
SISTEMA DE GESTIÓN**



|  |   |                    |  |
|--|---|--------------------|--|
| EMPRESA:   | MINISTERIO DE CIENCIA, TECNOLOGIA E INNOVACION  |                    |  |
| Dirección del sitio:   | Calle 26 No. 57 – 83 Torre 8 Piso 2 al 6, Bogotá, D. C. - Colombia                                |                    |  |
| Representante de la organización:  | César Fabián Gómez Vega   |                    |  |
| Cargo:   | Oficina Asesora de Planeación e Innovación Institucional  | Correo electrónico | <a href="mailto:cfgomez@minciencias.gov.co">cfgomez@minciencias.gov.co</a> |
| Alcance de la certificación:<br>Formulación, orientación, dirección, coordinación, ejecución e implementación de la política de Estado en materia de ciencia, tecnología e innovación.   |   |                    |  |
| Alcance de la auditoría:<br>Formulación, orientación, dirección, coordinación, ejecución e implementación de la política de Estado en materia de ciencia, tecnología e innovación.   |   |                    |  |
| Criterios de Auditoría   | Norma NTC ISO 9001:2015 + la documentación del Sistema de Gestión                                 |                    |  |
| Tipo de auditoría:<br><input type="checkbox"/> Inicial u otorgamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Ampliación <input type="checkbox"/> Reducción<br><input type="checkbox"/> Auditorías especiales (Reactivación/extraordinaria) <input type="checkbox"/> Extraordinaria <input type="checkbox"/> Actualización / Migración<br><input checked="" type="checkbox"/> Renovación (con restauración) <input type="checkbox"/> Renovación (anticipada) |   |                    |  |
| Modalidad: <input checked="" type="checkbox"/> Auditoría en sitio <input type="checkbox"/> Auditoría parcialmente remota <input type="checkbox"/> Auditoría totalmente remota  |   |                    |  |
| Es organización multisitio:  | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No                                |                    |  |
| Sitio(s) a ser muestreado(s) en la presente auditoría:   | Actividades del sistema de gestión/alcance a auditar en cada sitio durante la presente auditoría: |                    |  |
| Sitio 1 muestreado para el esquema ISO/ NTC xx:  | N/A   |                    |  |
| Existen actividades/procesos que requieran ser auditadas en turno nocturno:  | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No                                |                    |  |

**PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO  
SISTEMA DE GESTIÓN**



Con un cordial saludo, enviamos el plan de la auditoría que se realizará al Sistema de Gestión de su organización. Por favor indicar en la columna correspondiente, el nombre y cargo de las personas que atenderán cada entrevista y devolverlo al correo electrónico del auditor líder. Así mismo, para la reunión de apertura de la auditoría le agradezco invitar a las personas del grupo de la alta dirección y de las áreas/procesos/actividades que serán auditadas.

Para la reunión de apertura le solicitamos disponer de un proyector para computador y sonido para video, si es necesario, (sólo para auditorías de certificación inicial y actualización).

En cuanto a las condiciones de seguridad y salud ocupacional aplicables a su organización, por favor informarlas previamente al inicio de la auditoría y disponer el suministro de los equipos de protección personal necesarios para el equipo auditor.

La información que se conozca por la ejecución de esta auditoría será tratada confidencialmente, por parte del equipo auditor de ICONTEC.

El idioma de la auditoría y su informe será el español.

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.
- Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables al alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión.
- Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.
- Identificar áreas de mejora potencial del sistema de gestión.

Las condiciones de este servicio y las responsabilidades del equipo auditor se encuentran indicadas en el R-PS-0007 REGLAMENTO DE LA CERTIFICACIÓN ICONTEC DE SISTEMAS DE GESTIÓN.

|                                   |                                  |                    |                    |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------|--------------------|
| Auditor Líder:                    | Enrique Roldan C.- ERC           | Correo electrónico | rrolan@icontec.net |
| Auditor:                          | Yaneth Ceballos Belalcázar - YCB | Auditor            | N/A                |
| Experto técnico:                  | N/A                              |                    |                    |
| Observador – Profesional de apoyo | N/A                              |                    |                    |

| Fecha/<br>Sitio (si hay más de uno) | Hora de inicio de la actividad de auditoría | Hora de finalización de la actividad de auditoría | PROCESO / REQUISITOS POR AUDITAR | EQUIPO AUDITOR | CARGO Y NOMBRE<br>(Todas las personas que serán entrevistadas en la auditoría) |
|-------------------------------------|---|---|----------------------------------|----------------|--|
| DIA 1                               |   |   |                                  |                |  |
| 2024-12-10                          | 08:30                                       | 09:00   | Reunión de apertura.             | ERC            | Equipo Directivo   |

# PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO SISTEMA DE GESTIÓN



| Fecha/<br>Sitio (si hay<br>más de<br>uno) | Hora de<br>inicio de la<br>actividad de<br>auditoría | Hora de<br>finalización<br>de la<br>actividad<br>de<br>auditoría | PROCESO / REQUISITOS POR<br>AUDITAR  | EQUIPO<br>AUDITOR | CARGO Y NOMBRE<br>(Todas las personas que<br>serán entrevistadas en la<br>auditoría)  |
|---|--|--|--|-------------------|---|
| 2024-12-10                                | 09:00  | 13:00  | <b>Gestión de la Planeación Institucional</b><br><br><b>ISO 9001:</b> 4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1.1, 6.1.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.3, 7.1.1, 9.1.1, 9.1.3, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3, 10.3<br><br><b>Gestión de la Innovación Institucional</b><br><br><b>ISO 9001:</b> 6.1, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 8.1, 9.1.1, 9.1.3, 10.3 | ERC               | Líder del Proceso:<br>César Fabián Gómez Vega<br>(Jefe Oficina Asesora de Planeación e Innovación)<br>Agente C4:<br>Luis Alberto Colorado Aldana<br>Edna del Pilar Páez García                                      |
| 2024-12-10                                | 13:00  | 14:00  | Receso   |                   |   |
| 2024-12-10                                | 14:00  | 17:00  | <b>Diseño, formulación, seguimiento y evaluación de Política de CTel</b><br><br><b>Diseño de Instrumentos y mecanismos de CTel</b><br><br><b>ISO 9001:</b> 6.1, 8.1, 8.2, 8.3, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.3, 10.3  | ERC               | Ana Lucía Caicedo Laurido<br>(Viceministra)<br>Iván Rodrigo Luna Castro<br>(Viceministro E)<br>Agente C4:<br>Cindy Lorena Roa Ovalle<br>Héctor Camilo Triviño Leal<br>Ana María Mosquera<br>Yulien Maricielo Cuarán |
| 2024-12-10                                | 17:00  | 17:30  | Balance diario   | ERC               |   |
| <b>DIA 2</b>                              |  |  |  |                   |   |
| 2024-12-11                                | 08:00  | 10:00  | <b>Gestión para la Ejecución de Política CTel</b><br><br>6.1, 8.1, 8.2, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.3, 10.3   | ERC               | Líder del Proceso:<br>Iván Leonardo Lancheros Buitrago<br>Agente C4:<br>Luz Marina Pulido<br>Thalia Rubiano Avila<br>Manuel Valcarcel Garzón  |
| 2024-12-11                                | 10:00  | 12:00  | <b>Gestión de Asignación para la CTel del SGR</b><br>6.1, 8.1, 8.2, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.3, 10.3   | ERC               | Líder del Proceso:<br>Daniel Tarquino Mosquera<br>Agente C4:<br>Irina Arroyo Castilla   |
| 2024-12-11                                | 12:00  | 13:00  | Receso   |                   |   |
| 2024-12-11                                | 13:00  | 16:30  | <b>Gestión del Conocimiento para la CTel</b><br><b>Gestión para la Transferencia y Uso Conocimiento</b><br><b>Gestión para el Desarrollo Tecnológico y la Innovación</b>   | ERC               | Líder del Proceso: Iván Rodrigo Luna Castro<br>(Director de Ciencia)<br>Ricardo Oviedo<br>Agente C4:<br>Karen Teresa Sanchez<br>Jose Angarita   |

**PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO  
SISTEMA DE GESTIÓN**



| Fecha/<br>Sitio (si hay<br>más de<br>uno) | Hora de<br>inicio de la<br>actividad de<br>auditoría | Hora de<br>finalización<br>de la<br>actividad<br>de<br>auditoría | PROCESO / REQUISITOS POR<br>AUDITAR  | EQUIPO<br>AUDITOR | CARGO Y NOMBRE<br>(Todas las personas que<br>serán entrevistadas en la<br>auditoría)  |
|---|--|--|--|-------------------|---|
|   |  |  | 6.1, 7.4, 8.1, 8.2, 8.3, 8.5, 8.6,<br>8.7, 9.1.3,10.3  |                   | Daniela Giraldo   |
| 2024-12-11                                | 16:30  | 17:00  | Balance diario   | ERC               |   |
| <b>DIA 3</b>                              |  |  |  |                   |   |
| 2024-12-12                                | 08:00  | 11:00  | <b>Gestión de Redes e Internacionalización de la CTel</b><br><b>Gestión de Capacidades Regionales en CTel</b><br><b>Gestión de la Apropiación Social de la CTel</b><br><b>Gestión de Vocaciones y Capital Humano para la CTel</b><br><br>7.1, 7.4, 8.1, 8.2, 8.3, 8.5, 8.6,<br>8.7, 9.1.3,10.3 | ERC               | Líder del Proceso:<br>Santiago Bermúdez Gómez (Director de Capacidades y Apropiación)<br>Juan Camilo Hernández<br>Diana Regina Rúa Patiño (Directora de Vocaciones y Formación)<br><br>Agente C4:<br>Yuldana del Socorro Córdoba Londoño<br>Jenny Lorena Arias Puentes<br>Yenith Patricia Mariño Rivera |
| 2024-12-12                                | 08:00  | 10:30  | <b>Gestión de la Comunicación Estratégica</b><br><br><b>ISO 9001: 6.1, 7.4, 9.1.3</b><br><br>Verificación del uso del logo en los diferentes medios de publicidad usados   | YCB               | Líder del Proceso:<br>Jorge Luis Camargo (Contratista Líder)<br>Agente C4:<br>Mónica Restrepo   |
| 2024-12-12                                | 10:30  | 12:30  | <b>Tramites y Servicios</b><br><br><b>ISO 9001: 6.1, 8.1, 8.2.1, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 10.3</b><br><br>PQRS  | YCB               | Líder del Proceso: Ricardo Andrés Oviedo León (Secretario General)<br>Agente C4:<br>Andrés Fabián González Rodas<br>Juan Raul Mendoza Zamudio<br>Johana Emilse Salamandra Cruz  |
| 2024-12-12                                | 11:00  | 12:30  | <b>Gestión de Tecnologías y Sistemas de Información</b>  | ERC               | Líder del Proceso:  |



**PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO  
SISTEMA DE GESTIÓN**



| Fecha/<br>Sitio (si hay<br>más de<br>uno) | Hora de<br>inicio de la<br>actividad de<br>auditoría | Hora de<br>finalización<br>de la<br>actividad<br>de<br>auditoría | PROCESO / REQUISITOS POR<br>AUDITAR  | EQUIPO<br>AUDITOR | CARGO Y NOMBRE<br>(Todas las personas que<br>serán entrevistadas en la<br>auditoría)  |
|---|--|--|--|-------------------|---|
|   |  |  | <b>ISO 9001:</b> 4.4, 6.1, 6.3, 7.1, 9.1, 10.3   |                   | Leydy Paola Rojas (Jefe Oficina de Tecnologías y Sistemas de Información)<br>Agente C4:<br>Ruben Antonio Mora Garcés<br>Erika Viviana Chacón Gamba<br>Liliana Beatriz Buitrago Barreto  |
| 2024-12-12                                | 12:30  | 13:30  | Receso   |                   |   |
| 2024-12-12                                | 13:30  | 16:30  | <b>Gestión Contractual</b><br><br><b>ISO 9001:</b> 6.1, 6.2, 6.3, 7.1, 8.1, 8.4, 9.1, 10.<br>Verificación de procesos de origen externo (out sourcing), cuyo resultado incide en el producto o servicio y que hacen parte del alcance de certificación | ERC               | Líder del Proceso:<br>Ricardo Andrés Oviedo León (Secretario General)<br>Agente C4:<br>Ivonne del Pilar Navas   |
| 2024-12-12                                | 13:30  | 16:30  | <b>Gestión Financiera</b><br><b>Gestión Administrativa</b><br><b>Gestión Documental</b><br><br><b>ISO 9001:</b> 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.1, 7.4, 9.1, 10  | YCB               | Líder del Proceso: Jaime Alberto Rodríguez Marín (Director Administrativo y Financiero)<br>Agente C4: Gludy Tatiana Ayala Florez<br>Líder del Proceso de Gestión Documental:<br>Karen Lizeth Tovar Casallas<br>Líder del Proceso de Gestión Administrativa:<br>Luz Adriana Figueroa Gómez<br>Líder del Proceso de Gestión Financiera:<br>Luz Myriam Lozada Martín |
| 2024-12-12                                | 16:30  | 17:00  | Balance diario   | ERC<br>YCB        |   |
| <b>Día 4</b>                              |  |  |  |                   |   |
| 2024-12-13                                | 08:00  | 11:30  | <b>Gestión Talento Humano</b><br><br><b>ISO 9001:</b> 5.2.2, 5.3, 7.1.2, 7.1.6, 7.2, 7.3, 7.4  | YCB               | Líder del Proceso: María Patricia León Alarcon (Directora de Talento Humano)<br>Agente C4: Erika Cuellar Díaz   |


# PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO SISTEMA DE GESTIÓN



| Fecha/<br>Sitio (si hay<br>más de<br>uno)  | Hora de<br>inicio de la<br>actividad de<br>auditoría | Hora de<br>finalización<br>de la<br>actividad<br>de<br>auditoría | PROCESO / REQUISITOS POR<br>AUDITAR  | EQUIPO<br>AUDITOR | CARGO Y NOMBRE<br>(Todas las personas que<br>serán entrevistadas en la<br>auditoría)   |
|--|--|--|--|-------------------|--|
|  |  |  |  |                   | Claudia Johanna Casallas Larrota   |
| 2024-12-13   | 08:00  | 10:00  | <b>Gestión del Direccionamiento y Control Administrativo ISO 9001:</b> 4.4, 6.1, 6.3, 8.1, 8.4, 8.6, 8.7, 9.1, 10.3  | ERC               | Líder del Proceso:<br>Ricardo Andrés Oviedo León (Secretario General)  |
| 2024-12-13   | 10:00  | 12:00  | <b>Gestión Jurídica</b><br><b>ISO 9001:</b> 6.1, 6.3, 8.1, 8.2, 8.4, 8.6, 8.7, 9.1.  | ERC               | Lider del proceso:<br>Octavio Hernando Sandoval  |
| 2024-12-13   | 11:30  | 12:00  | Preparación informe de auditoría   | YCB               |  |
| 2024-12-13   | 12:00  | 13:00  | Receso   |                   |  |
| 2024-12-13   | 13:00  | 15:00  | <b>Evaluación y Control</b><br><b>ISO 9001:</b> 8.2.1, 9.1.2, 9.2, 10<br><br>Verificación de evidencias para el cierre de no conformidades de la auditoria anterior. | ERC               | Líder del Proceso:<br>Victor Osmar Vergara Torres (Jefe Oficina de Control Interno)<br>Agente C4:<br>Jorge Orlando Camargo Herrera |
| 2024-12-13   | 15:00  | 16:00  | Preparación informe de auditoría   | ERC               | Auditor líder y equipo auditor   |
| 2024-12-13   | 16:00  | 17:00  | Reunión de cierre  |                   | Todas las personas entrevistadas en la auditoría   |
| Observaciones:   |  |  |  |                   |  |
| De manera transversal durante las verificaciones en los procesos se revisarán los requisitos:<br>ISO 9001: 5.1, 6.1, 6.2, 7.1, 7.3, 7.4, 7.5, 8.1, 9.1.1<br>Verificación de uso del logo de ICONTEC. |  |  |  |                   |  |
| Auditoria en sitio   |  |  |  |                   |  |
| Agradecemos gestionar la logística necesaria para el desarrollo de la auditoria, traslados, permisos, autorizaciones, etc  |  |  |  |                   |  |
| No es auditoria testificada.   |  |  |  |                   |  |
| Para el balance diario de información del equipo auditor le agradecemos disponer de una oficina o sala, así como también de acceso a la documentación del sistema de gestión.                        |  |  |  |                   |  |

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Fecha de emisión del plan de auditoría: | 06 de diciembre de 2024 |
|---|-------------------------|

#### ANEXO 4

|  |  |
|--|--|
| <b>ACEPTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORIA FIRMADA POR LA ORGANIZACIÓN :</b>  |  |
| Número de no conformidades por esquema detectadas en esta auditoría: (--) Mayores (03) menores   |  |
| Número de no conformidades pendientes que no se cerraron en esta auditoría: ( ) menores ( X ) N.A.   |  |
| Plazo para la entrega de propuesta de corrección y acción correctiva (de acuerdo con lo establecido en el R-PS-0007) hasta: <u>2024-12-28</u>  |  |
| Fecha tentativa de verificación complementaria, cuando aplique <u>N/A</u>  |  |
| <b>ACEPTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN:</b>  |  |
| Declaro que los servicios previstos fueron integralmente ejecutados y soy consciente de los resultados obtenidos.  |  |
| La organización acepta la (s) no conformidad (es) reportada (s) en el presente informe y se compromete a presentar los planes de acción en los tiempos establecidos en el reglamento de certificación R-PS-0007.   |  |
| En caso de no aceptarse alguna no conformidad relacione el número de la no conformidad <u>NA</u> y el requisito al que fue reportada <u>NA</u> . En este caso la organización deberá solicitar una reposición dirigida al Gerente de Certificación.  |  |
| <b>ACEPTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE RECIBIR AUDITORIAS TESTIFICADAS:</b>   |  |
| Dando cumplimiento al requisito 4.7 del R-PS-0007 la Organización se compromete a permitir la participación de equipos evaluadores de organismos de acreditación, en calidad de observadores, en las auditorías testificadas que dichos organismos seleccionen como parte de sus actividades de acreditación.  |  |
| Consulte el Reglamento de la certificación ICONTEC de Sistemas de Gestión<br><a href="mailto:https://www.icontec.org/wp-content/uploads/2021/07/Reglamento-de-la-certificaci%C3%B3n-ICONTEC-de-sistemas-de-gest%C3%B3n.pdf">mailto:https://www.icontec.org/wp-content/uploads/2021/07/Reglamento-de-la-certificaci%C3%B3n-ICONTEC-de-sistemas-de-gest%C3%B3n.pdf</a> |  |
| Nombre del Representante de la Organización:   | Firma:   |
| César Fabián Gómez   |  |
| Oficina Asesora De Planeación E Innovación Institucional   |  |