



Bureau Veritas Certification

Certificación de Sistemas de Gestión

Visita de Seguimiento 2

Bureau Veritas Certification

**FONDO PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES
NACIONALES DE COLOMBIA**

Información de la Organización						
Nombre de la Organización		FONDO PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA				
Dirección	Calle 13 18-24 Estación de la Sabana		Ciudad	Bogotá		
Teléfono No.	(1) 3817171		Fax No.			
Página Web	www.fps.gov.co					
Contrato(s) No(s).	2014-2253					
Información de Contacto						
Nombre persona contacto	MAURICIO ALEJANDRO VILLANEDA		Teléfono No.	(1) 3817171		
Dirección e-mail	planeación@fps.gov.co					
Información de la Auditoría						
Norma(s)	ISO 9001:2008	GP 1000:2009	0	0	0	
Código(s)	36	36				
Nº de Empleados	201		Nº Turnos		1	
Tipo de Auditoría	Visita de Seguimiento 2					
Fecha Inicio Auditoría fase 1 o seguimiento:	13.04.16		Fecha Fin Auditoría fase 1 o seguimiento:		14.04.16	
Fecha Inicio Auditoría fase 2:	N/A		Fecha Fin Auditoría fase 2:		N/A	
Proxima visita antes de:	feb-17		Duración (días) de la proxima visita:		POR DEFINIR	
Información del Auditor						
Auditor Líder:	Leila Constanza Ñustes B.		Iniciales líder:		LCÑ	
Auditor (es) (Miembros de Equipo)	N/A		0	0	0	0
	0		0	0	0	0
Especialista	0					
Horario de los Turnos	8:00 a. m.		5:00 p. m.			
Si se trata de una auditoría "multi-site", se establece un Apéndice relacionando todos los emplazamientos relevantes y/o centros remotos establecidos y anexos al informe de auditoría.						
Distribución	Cliente / Equipo Auditor / Oficina BV Certification					

Resumen de los hallazgos de la auditoria				
No. De No conformidades registradas:	Mayores:	0	Menores:	0
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Duración de la Auditoría Extraordinaria:		N/A día(s)
Fechas reales de la auditoria extraordinaria:	Inicio:		Final:	
Observaciones auditoria extraordinaria:	N/A			
Recomendación del equipo Líder				
Normas (s)	Recomendación			
ISO 9001:2008	Mantenida			
GP 1000:2009	Mantenida			
0				
0				
0				
Equipo Líder (1):	Auditor (es) Miembros del equipo			
Leila Constanza Ñustes B.	N/A	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
	0	0		
Alcance (el alcance debe ser verificado)				
Reconocimiento de prestaciones económicas legales y convencionales a los pensionados y beneficiarios de las liquidadas empresas Ferrocarriles Nacionales de Colombia y Alcalisis y la administración de los servicios de salud de los pensionados y beneficiarios de las empresas liquidadas Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia en todo el País.				
El documento de existencia legal concuerda con la dirección y nombre de la empresa:	<input type="checkbox"/>	El objeto social tiene relacion con el alcance del Sistema de Gestion.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Comentarios de la revisión del documento de existencia legal:	N/A			
Acreditación:	9001:2008	GP1000:2009		
Nº de Certificados requeridos:	N/A	N/A		
Idiomas:				
Motivo para emitir el Certificado:				
Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina):				
Especificar los cambios en la Organización (alcance, número de empleados, emplazamientos, dirección, gestión, organización...). Ver coherencia con la Solicitud de Certificación				

RESUMEN DE AUDITORIA

Objetivos de la auditoria:

FASE 1:

1. Validar el alcance.
2. Confirmar la adecuación de la documentación de la Organización.
3. Determinar el estado de preparación para la auditoria de la etapa 2.
2. Confirmar que el Sistema de Gestion cubre adecuadamente todos los requerimientos de la norma auditada.
3. Confirmar que los elementos fundamentales del Sistema de Gestión son implementados incluyendo al menos un ciclo de auditorías internas y revisión por la dirección.
4. Revisar la asignación de recursos para la auditoria de etapa 2 obteniendo una comprensión suficiente del SG y la operación.
5. Recolectar la información relevante para la efectiva planificación de la auditoría al Sistema completo.

FASE 2

1. Confirmar que el Sistema de Gestión cumple todos los requisitos aplicables de la norma auditada asi como requisitos legales;
2. Confirmar que la Organización ha implementado efectivamente las disposiciones planificadas
3. Confirmar que el Sistema de Gestión es capaz de cumplir la política y alcanzar los objetivos de la Organización.
4. Confirmar el desempeño del sistema de gestión.
5. Validar el uso del logo de BVQi.

Resultados de las auditorias previas.

Los resultados de la última auditoría de este Sistema han sido revisados, en particular para asegurar que se han implantado las adecuadas correcciones y acciones correctivas para tratar cualquier no conformidad identificada

Nº de no conformidades de la anterior auditoría:	Mayores	3	Menores	0
Nº de no conformidades cerradas:	Mayores	3	Menores	0
Nº de no conformidades abiertas de nuevo:	Mayores	0	Menores	0

Las conclusiones de la revisión de las NC inmediatamente anteriores son:	Se verificó la eficacia de las acciones correctivas planteadas para tratar las no conformidades.
--	--

Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certification	Se verificó implementación de acciones propuestas a los hallazgos de auditorias previas
---	---

<p>Insumos basicos y planificación inicial:</p> <p><small>(Actividades/locaciones/procesos/funciones de la organización basados en el plan de auditoría que fue presentado y se acordó con el auditado antes de la auditoría y fueron cubiertos y enumerados en la Sección de Resumen de Auditoría (Matriz de Auditoría) del informe)</small></p>	Ver planificación y agenda en plan de auditoría.
---	--

Personas Claves Entrevistadas / Involucradas			
Nombre y Apellido		Departamento / Proceso	
ANA PAOLA ANAYA- Auxiliar de oficina		GESTIÓN DOCUMENTAL / SERVICIO AL CLIENTE (Santa Marta)	
NAGE AUN QUICENA- Médico especialista		MEDICO ESPECIALISTA / SERVICIOS DE SALUD	
MAURICIO VILLANEDA -Jefe de planeación y representante de la dirección		MEDICIÓN Y MEJORA	
JAIME LUIS LACOUTURE- Director general		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	
MARIA YANETH FARFAN- coordinadora talento humano		TALENTO HUMANO	
MARIA MARGARITA CARDENAS – jefe oficina asesora jurídica		GESTIÓN JURÍDICA	
Hallazgos de Auditoria			
<p>El equipo auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos significativos, riesgos y objetivos. La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de las actividades y revisión de documentos y registros</p> <p>La Auditoría en sitio inició con una Reunión de Apertura, contando con la asistencia de altos directivos de la organización.</p> <p>Los hallazgos de auditoría fueron comunicados a la Dirección de la Organización durante la Reunión de Cierre, al igual que las conclusiones finales referentes a los resultados de la auditoría y recomendaciones dadas por el equipo auditor.</p>			
Adecuación del Manual:		Se evidenció el manual de calidad en versión 10 actualizado en marzo 20 de 2015, describe cambios realizados, alcance del sistema contemplando las normas ISO 9001:2008, GP1000:2009 Y MECI 2014, exclusión de requisitos.	
Validación de alcance y exclusiones con las justificaciones: (Para ISO 22000 tener en cuenta estudios HACCP)		<p>La actividad del alcance "Administración de los servicios de salud de los pensionados y beneficiarios de las empresas liquidadas Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia en todo el País", se validó en el proceso "Servicios de Salud".</p> <p>Se validó la exclusión de los requisitos 7.3 y 7.6.</p>	
Para ISO 22000 indique que criterio tuvo en cuenta para seleccionar los proyectos a auditar:		<input type="checkbox"/> Cantidad de proyectos	<input type="checkbox"/> Condiciones criticas entorno
			<input checked="" type="checkbox"/> Tamaño Operación
Nivel de Integración: (En caso de una auditoria de sistemas de gestión integrado)		N/A	
Cumplimiento de los compromisos de la Política y Objetivos:		Se evidenció el seguimiento al logro de los objetivos de calidad medidos mediante indicadores desplegados en los procesos, se logró una eficacia durante el segundo semestre de 2015 del 86%, se observó implementación de acciones para mejorar el cumplimiento.	

Descripción de la conformidad y capacidad del sistema de gestión:	
General: (Descripción general de la Organización)	<p>El Fondo Pasivo de Pensionados tiene como función principal el reconocer las prestaciones económicas de los extrabajadores de la extinta Ferrocarriles Nacionales de Colombia y garantizar los servicios de salud a sus pensionados y a los pensionados de la extinta Puertos de Colombia, como entidad adaptada para la prestación de los servicios de salud de acuerdo a la normatividad de la ley 100 de 1993.</p>
Planificación:	<p>Se evidenció el mantenimiento de controles de documentos y registros Se evidenció la implementación de los controles de archivo definidos en las tablas de retención documental Se identifica y divulga la política y objetivos de calidad, Se identifican y se aplican requisitos legales y otros requisitos Se ha establecido una estructura organizacional Se identifican y se gestionan los riesgos de la entidad</p>
Implementación y operación:	<p>Se evidenciaron procedimientos documentados para la planificación del proceso servicios de salud, entre ellos, AUDITORIA MEDICA PUNTOS DE ATENCIÓN, SEGUIMIENTO MENSUAL CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, AUTORIZACIÓN DE PAGO POR SERVICIOS DE URGENCIAS A IPS; NORMOGRAMA del proceso actualizado, se verificó certificación mensual de prestación de servicios de salud a la CLINICA GENERAL DEL NORTE del mes de febrero y mes de marzo de 2016.</p> <p>Se verificó manual de funciones y competencias V-11 actualizado al 13 abril del 2016, adoptado al sistema de gestión de calidad mediante resolución 653 de abril 13 de 2016, aprobado y entrada en vigencia el 18 de marzo de 2016 mediante resolución 490.</p> <p>Se verificó Manual de Contratación V-3 22 de octubre de 2014, guías de buenas prácticas en la ejecución presupuestal diciembre de 2015, borradores de avance de actualización del manual contemplando el decreto 1082 de 2015. Se verificó procesos de selección abreviada 004 de 2015 para el servicio de vigilancia privada; proceso de contratación directa a YAHAIRA KARINA GONZALEZ desde noviembre 17 de 2015 hasta abril 30 de 2016 para la prestación de servicios profesionales de apoyo a la oficina administrativa por \$20.226.667.</p> <p>Se evidenció programa de capacitación PIC -2015 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN, CRONOGRAMA, Informe de ejecución, se mide el evento y el impacto de la capacitación en el desarrollo del ejercicio de su función.</p> <p>Registros de reinducción a personal por prestación de servicios- profesionales de apoyo a la gestión en marzo de 2015.</p>

<p>Seguimiento y medición:</p>	<p>Se verificó ACTA PLAN DE MEJORAMIENTO HALLAZGOS DE AUDITORIA del mes de marzo de 2016 de los servicios de salud Clínica General del Norte como resultado del seguimiento de enero de 2016 realizado en febrero de 2016, formato 17 V-2 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO CON CONTRATISTAS SERVICIOS DE SALUD, firmado por médico especialista. "Seguimiento mensual de contratos de servicios de salud" V-3.</p> <p>Se verificó formato de encuesta V-3 de "MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN DEL CIUDADANO" aplicada a los usuarios que presentan PQR y reciben servicios de salud en encuesta "EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS" de la CLINICA MILAGROSA (contratista). "EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN EN SERVICIOS AMBULATORIOS" de la CLINICA GENERAL DEL NORTE (contratista).</p> <p>Se verificó análisis de resultados de la satisfacción de clientes de Santa Marta cuarto trimestre de 2015.</p> <p>Se verificó eficacia de respuesta a peticiones de los usuarios del servicio de salud.</p> <p>Se evidenció seguimiento a las competencias del personal mediante las evaluaciones de desempeño y el seguimiento a los acuerdos de gestión.</p> <p>Se evidenció el seguimiento al desempeño de procesos mediante indicadores estratégicos y de procesos.</p>		
<p>Mejora:</p>	<p>Se evidenció el compromiso de la dirección mediante los resultados de la revisión gerencia al sistema de gestión de calidad la cual se realiza dos veces al año, la revisión del segundo semestre de 2015 se realizó en marzo de 2016. Se trataron los siguientes temas: Revisión de política y objetivos de calidad se presenta un cambio en uno de los objetivos, resultados de auditoría, estado de las acciones correctivas y preventivas, manejo de riesgos, retroalimentación clientes, desempeño de procesos, identificación de no conformes, cambios que pueden afectar el sistema. Recomendaciones para la mejora.</p> <p>Se evidenció la ejecución de la auditoria interna de calidad realizada en febrero de 2016, se cuenta con 24 auditores internos formados, acta de aprobación del programa anual de auditorías, se programa segundo ciclo de auditoría para septiembre de 2016, se define alcance, objetivo y criterios de auditoria, circular de convocatoria a reunión de apertura, programa individual de auditoría por cada uno de los procesos, se contempla verificar todos los requisitos de la norma, listas de verificación, informe por proceso, reporte de hallazgos, evaluación de auditores. Se plantean acciones correctivas a los hallazgos identificados en la auditoría. Se evidenció el planteamiento e implementación de acciones correctivas a 5 no conformidades reales y 4 no conformidades potenciales del proceso de "Atención al ciudadano". El seguimiento y verificación de eficacia por parte de control interno se encuentra en curso dentro de los tiempos establecidos al 30 de abril de 2016.</p> <p>Se plantearon al 31 de diciembre de 2015 209 acciones correctivas de las cuales se encontraban abiertas en tiempo normal de ejecución. Se verificó el estado de las acciones correctivas o plan de manejo de riesgos se logró eficacia del 64% y se definen acciones para lograr la eficacia de los controles.</p> <p>Se identificaron 28 no conformes en el proceso de prestaciones económicas por debilidades en comunicación interna, actualmente se encuentran implementados los respectivos tratamientos, están en proceso de verificación de eficacia.</p>		
<p>Recomendación de Fase 1 es:</p>	<p><input type="checkbox"/> Continuar con fase 2</p>	<p><input type="checkbox"/> NO Continuar con fase 2</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No Aplica</p>

Fortalezas	
El compromiso de la dirección para el mantenimiento del sistema de gestión	
El compromiso y competencia del personal entrevistado	
El seguimiento a la mejora continua por parte del área de control interno	
El enfoque a la satisfacción del cliente	
No Conformidades	
NCR 1: (numeral de la norma)	NORMA(s):
Area: (Proceso)	NO SE PRESENTARON
Clasificación:	
Descripción:	
NOTA	<p>Las no conformidades de este informe, serán tratadas mediante el proceso de acciones correctivas de la Organización, de acuerdo con los requisitos relevantes de la norma auditada; con acciones que prevengan su repetición y conservando registros completos de las mismas.</p> <p>Las acciones correctivas para tratar las no conformidades mayores identificadas, serán llevadas a la práctica de manera inmediata y se notificará a Bureau Veritas Certification de dichas acciones, en un plazo de 30 días. Nuestro auditor podrá llevar a cabo una auditoría extraordinaria en un plazo de 90 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su eficacia y determinar si la certificación puede ser concedida o mantenida.</p> <p>La Organización hará llegar a BV Certification un Plan de Acciones Correctivas para tratar las no conformidades menores identificadas, este Plan será llevado a la práctica por la Organización que mantendrá registros con evidencias de ello.</p> <p>La respuesta a las no conformidades puede ser enviadas bien sea mediante documentos en soporte papel o en soporte electrónico (preferentemente), utilizando el formato de No conformidad incluido en el informe. Esta información deber ser enviado al correo documentacion.bvc@co.bureauveritas.com con copia al Auditor Líder.</p> <p>En la próxima auditoría programada, el equipo auditor de BV Certification realizará el seguimiento de todas las no conformidades identificadas previamente, para confirmar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.</p>

NO CONFORMIDADES	<p>La revisión de no conformidades se realiza a través una revisión de oficina. Sin embargo, dependiendo de la severidad de los hallazgos, el auditor puede realizar una auditoría de seguimiento para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se recomienda otorgar la certificación o su continuidad, según corresponda.</p> <p>Es recomendable que el cliente provea de una respuesta temprana a fin de que haya tiempo para revisiones adicionales en caso de ser necesarias.</p> <p>Para recertificaciones, el plazo para el tratamiento de no conformidades será definido por el líder del equipo auditor a fin de que las acciones correctivas sean implementadas previo al vencimiento del certificado.</p> <p>b. Contenido previsto de la respuesta</p> <p>La respuesta del cliente ante una NC debe ser revisada por el líder del equipo auditor en tres partes: corrección, análisis de causa raíz y acciones correctivas.</p> <p><u>Corrección</u> Asegurarse de que la corrección responda a la pregunta “¿Es este un caso aislado o no?”, en otras palabras “¿Hay algún riesgo de que esto pueda volver a ocurrir en los otros sitios / departamentos?”.</p> <p><u>Análisis de Causa Raíz</u> Asegúrese de que la causa raíz responda la pregunta “¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?”.</p> <p><u>Acción Correctiva</u></p> <p>1. La acción correctiva o el plan de acción correctivo tratan la/s causa/s raíz/raíces determinada/s en el análisis de causa raíz. De no haber definido una verdadera causa raíz no podrá prevenir la repetición del problema.</p> <p>2. Para poder ser aceptado, el plan debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acciones para tratar la o las causas raíz. -identificación de los responsable por las acciones -un cronograma (con fechas) para su implementación -siempre debe incluir un “cambio” en el sistema. Capacitación y/o la publicación de un boletín, generalmente no son cambios en el sistema.
Observaciones:	NO SE PRESENTARON
Oportunidades de mejora:	NO SE PRESENTARON
Uso del Logo:	Cumple políticas de uso.
Incertidumbre / Obstáculos que podrían afectar la confiabilidad de las conclusiones de la auditoria:	N/A
Opiniones divergentes (discrepancias) sin resolverentre el Equipo Auditor y el Auditado:	N/A
Actividades de seguimiento acordadas:	Visitas de seguimiento anual.

Conclusiones:	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la (s) norma (s) auditada y dicha documentación proporciona estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión, • La Organización ha demostrado la efectiva implantación y mantenimiento / mejora de su Sistema de Gestión. • La Organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento de adecuados objetivos y metas clave de desempeño, y ha realizado el seguimiento del progreso hacia su consecución. • El programa de auditorías internas ha sido implantado en su totalidad y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el Sistema de Gestión. • A través del proceso de auditoría, se ha demostrado la total conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma auditada.
Recomendaciones:	<p>El Equipo Auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos/riesgos significativos y objetivos requeridos por la(s) norma(s). La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de actuaciones, muestreo de las actividades y revisión de documentos y registros.</p> <p>El desarrollo de la auditoría se realizó de acuerdo al plan de auditoría y a la matriz de procesos auditados incluidos en los apéndices de este informe resumen de auditoría.</p> <p>El equipo auditor llega a la conclusión de que la Organización ha establecido y mantenido su sistema de gestión de acuerdo a los requisitos de la(s) norma(s) y ha demostrado la capacidad del sistema para lograr que se cumplan los requisitos para los productos y/o servicios incluidos en el alcance, así como la política y los objetivos de la Organización.</p> <p>Por lo tanto, el equipo de auditoría, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del Sistema, recomienda que la certificación de este Sistema de Gestión sea:</p>
Tramitada	<input type="checkbox"/>
Tramitada, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias	<input type="checkbox"/>
Mantenida.	<input checked="" type="checkbox"/>
Mantenida, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias.	<input type="checkbox"/>
Suspendida hasta que se completen unas acciones correctivas satisfactorias.	<input type="checkbox"/>
Retirada, (se recuerda a la Organización el Procedimiento de Apelaciones definido en las Condiciones de Contrato)	<input type="checkbox"/>
Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BV Certification	