



Bureau Veritas Certification

Certificación de Sistemas de Gestión Informe de Auditoría para la Re certificación ISO 9001:2008 y NTC GP 1000:2009

de

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 No. 18-24 Bogotá D.C.		
Teléfono No.	571-3817171	Fax No.	571-3750378
Página Web	http://www.fps.gov.co		
Contrato(s) No(s).			
Información de Contacto			
Nombre persona contacto	MAURICIO VILLANEDA	Teléfono No.	571-3817171 ext. 117
Dirección e-mail	planeacion@fps.gov.co		
Información de la Auditoría			
Norma(s)	ISO 9001:2008 / NTC GP 1000:2009		
Código(s) Actividad Industrial	36		
Nº de Empleados		Nº Turnos	2
Tipo de Auditoría	RE CERTIFICACION		
Fecha Inicio Auditoría	26/03/2014	Fecha Fin Auditoría	31/03/2014
Fecha Próxima Auditoría	MARZO DE 2014	Duración	2 DIAS
Información del Auditor			
Auditor Líder	NYDIA TORRES R.		
Auditor (es) (Miembros de Equipo)	LUISA RAMIREZ FERNANDO CABALLERO		
Especialista	NA		
Horario de los Turnos	7:00 a.m - 4:30 p.m		
Si se trata de una auditoria "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 Auditoría:					
Número de No Conformidades registradas:		Mayores:	1	Menores:	5
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	NO	Duración de la Auditoría Extraordinaria		N.A	día(s)
Fecha(s) real(es) de la Auditoría Extraordinaria			Inicio: N.A	Fin: N.A	
Observaciones de la Auditoría Extraordinaria:					
Recomendación del Equipo Líder					
Norma(s)	Recomendación				
ISO 9001:08					
NTC GP 1000:2009					
Equipo Líder (1):	Auditor (es) (Miembros de Equipo)				
NYDIA TORRES R. (NET)	LUISA RAMIREZ (LFR) FERNANDO CABALLERO				
Alcance (el Alcance debe ser verificado y se refleja en el espacio inferior)					
Alcance 1					
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.					
Acreditación	ONAC				
Nº de Certificados requeridos	2				
Idiomas	ESPAÑOL				
Motivo para emitir el Certificado	RECERTIFICACION				
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 la Auditoría

1. Objetivos de la Auditoría

Los Objetivos de esta auditoría son :

1. Confirmar que el Sistema de Gestión cumple todos los requisitos aplicables de la norma auditada;
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.

2. Resultados de las Auditorías 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	0	Menores	1
Nº de no conformidades cerradas	Mayores	0	Menores	1
Nº de no conformidades abiertas de nuevo	Mayores	0	Menores	0

Las conclusiones de esta revisión son:

La no conformidad se cierra por evidenciarse mejora, sin embargo, se abre una no conformidad por no evidenciarse registro de los seguimientos planteados ni el control establecido desde la intranet.

2.1 Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certification

La Auditoría de recertificación tendrá en cuenta el desempeño del Sistema de Gestión durante el período de certificación a verificar

- Eficacia de todo el Sistema de Gestión considerando cambios internos y externos, la importancia continua del Sistema de Gestión y aplicabilidad del alcance de gestión.
- Demostrar compromiso en mantener la eficacia y la mejora del Sistema de Gestión con el fin de mejorar el desempeño general.
- Si el funcionamiento del Sistema de Gestión certificado contribuye al logro de la Política y Objetivos de la Organización.

3. Insumos Básicos y Planificación Inicial

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.

PLAN PRÓXIMA VISITA

<p>Auditor Líder: Nydia Torres Reyes</p> <p>Auditor(es): Luisa Ramírez</p> <p>Fernando Caballero</p>	<p>Tipo de Auditoría: Recertificación</p> <p>Fecha Inicio Auditoría: 26/03/2014</p> <p>Fecha Fin Auditoría: 31/03/2014</p> <p>Auditoría a ser realizada según la(s) siguiente(s) norma(s)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ISO 9001:08 2. NTC GP 1000:2009
--	---

Fecha	Hora	Actividad	Proceso	Auditor (Iniciales)				
26/03/2014	8:30	ELABORACION DE PLAN DE AUDITORIA / REUNION DE APERTURA						
	9:30		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO/MEDICION Y MEJORA	N	E	T		
	12:00	Receso						
	1:00		SEGUIMIENTO Y EVALUACION INDEPENDIENTE	N	E	T		
27/03/2014	8:00		ATENCION AL CIUDADANO	N	E	T		
			PRESTACIONES ECONOMICAS					
	12:00	Receso						
	1:00		ASISTENCIA JURIDICA	N	E	T		
	2:30		SERVICIO ADMINISTRATIVOS	N	E	T		
28/03/2014	8:00		GESTION DE SERVICIOS DE SALUD	N	E	T		
			GESTION DE COBRO					
			GESTION DE TICS					
	12:00	Receso						
	1:00		BIENES TRANSFERIDOS	N	E	T		
	2:30		RECURSOS FINANCIEROS	N	E	T		
31/03/2014	8:00		GESTION HUMANA	N	E	T		
	10:30		GESTION DOCUMENTAL	N	E	T		
	12:00	Receso						
	1:00		DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO (Revisión gerencial)	N	E	T		
	8:00	Visita Medellín	GESTION DE SERVICIOS DE SALUD	L	F	R		
	8:00	Visita Santa Marta	GESTION DE SERVICIOS DE SALUD	F	C			
	1:00	Elaboración de Informe		L	F	R	F	C
	2:00	Enlace de auditores						
	2:30	Consolidación de Informe		N	E	T		

	4:00	REUNION DE CIERRE		N	E	T			
--	------	-------------------	--	---	---	---	--	--	--

4. Personas claves entrevistadas / involucradas

Nombre	Departamento/Proceso
Ver notas de los auditores	

5. Hallazgos de Auditoría

El equipo auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos. La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de las actividades y revisión de documentos y registros.

La Auditoría en sitio inició con una Reunión de Apertura, contando con la asistencia de altos directivos de la organización.

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.

5.1 Adecuación del Manual

Se tiene un manual de calidad, V 06 (21/03/2014). Este manual fue aprobado mediante resolución 728 de 21/03/2014. Dentro del manual se define el alcance y tres (3) exclusiones dentro del Sistema de Gestión: 7.3, 7.6 y 7.5.2, las cuales cuentan con su justificación. Sin embargo, se evidencia el establecimiento de los controles aplicados para determinar la conformidad del servicio prestado y el cumplimiento de los requisitos legales relacionados con el servicio de salud, es necesario revisar la exclusión del requisito 7.6.

El manual de Calidad cumple con los requisitos de las normas.

5.2 Validación del Alcance y Exclusiones

Durante la auditoría se verificó la consistencia del alcance a certificar bajo los lineamientos de las normas ISO 9001:08 y la NTC GP 1000:09.

5.3 Nivel de Integración (en caso de una Auditoría de Sistema de Gestión Integrado)

No aplica

5.4 Cumplimiento de los Compromisos de Política y Objetivos

Durante las entrevista se encontró conocimiento de la política y objetivos por parte del personal auditado. Se evidencia el seguimiento de los objetivos a través de los indicadores establecidos.

5.5 Descripción de la conformidad y capacidad del Sistema

El Sistema de gestión muestra capacidad para detectar oportunidades de mejora, lo cual se evidenció al revisar los resultados de las auditorías internas donde se encontró el tratamiento requerido para las no conformidades detectadas.

5.5.1 General

Descripción General de la Organización.

5.5.2 Planificación

En el Sistema de Calidad se define:

- Requisitos de Documentación
- Política del Sistema de Gestión Integral
- Objetivos e indicadores
- Identificación de requerimientos legales y otros
- Estructura organizacional, roles, responsabilidad y autoridad

5.5.3 Implementación y Operación

Se evidencia que el Sistema Integral se encuentra implementado y operando bajo los requisitos de las normas ISO 9001 y NTCGP 1000:2009

5.5.4 Seguimiento y Medición

Se encontró seguimiento y medición de los procesos a través de los indicadores propuestos.

5.5.5 Mejora

Se han desplegado acciones de mejora a partir de las auditorías internas de calidad, análisis de datos y a partir de los resultados de la revisión gerencial.

5.6 Fortalezas del Sistema

El compromiso de todos el personal que se traduce en la disposición completa para atender la auditoría y la participación de personal en los grupos de trabajo.

El liderazgo de los procesos de Direccionamiento Estrategico y Seguimiento y Evaluacion Independiente para motivar a los funcionarios en la mejora continua de sus procedimientos, procesos y en si, del Sistema de Calidad.

La trazabilidad de la información en las historias laborales como el análisis de la información generada a partir del análisis del proceso de Talento Humano.

El enfoque hacia la mejora continua de todos los procesos del Sistema y el entusiasmo de los procesos de Gestion Financiera y Gestion de Cobro por el fortalecimiento de sus controles.

5.7 No Conformidades

Se reportan cinco (5) no conformidades de tipo menor y una (1) no conformidad de tipo mayor.

Las no conformidades relacionadas anteriormente, serán tratadas mediante el proceso de acciones correctivas de la Organización, de acuerdo con los requisitos relevantes de la norma de auditoría, relativos a las acciones correctivas, con acciones que prevengan su repetición y conservando registros completos de las mismas.

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** o solicitará el envío de las evidencias de implementación en un plazo de 90 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su eficacia y determinar si la certificación puede ser concedida o mantenida.

La Organización deberá hacer llegar a Bureau Veritas Certification un Plan de Acciones Correctivas para tratar las no conformidades **menores** identificadas en un plazo máximo de 90 días, este Plan será llevado a la práctica por la Organización que mantendrá registros con evidencias de ello.

La respuesta a las no conformidades pueden ser enviadas bien sea mediante documentos en soporte papel o en soporte electrónico (preferentemente), utilizando el formato de No conformidad incluido en el informe que debe ser enviado al Auditor Líder.

Esta información deber ser enviada al correo documentacion.bvc@co.bureauveritas.com con copia al Auditor Líder.

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.

INFORME DE NO CONFORMIDADES

Las no conformidades aquí detalladas deberán ser tratadas a través del proceso para acciones correctivas de la organización y en acuerdo con los requerimientos para acciones correctivas para el estándar auditado. Las mismas deberán ser respondidas y enviadas al auditor en los formularios SF02 incluidos en el informe de la auditoría.

A continuación encontrará los requerimientos de Bureau Veritas Certification para:

- a. Plazos previstos para el tratamiento de no conformidades
- b. Contenido de la respuesta

a. Plazos previstos para el tratamiento de no conformidades

Las acciones correctivas para tratar no conformidades mayores que se hayan detectado deben llevarse a cabo de forma inmediata. La corrección, el análisis de causa raíz y el plan de acciones correctivas, junto con evidencias de implementación satisfactorias, deben presentarse dentro de los 30 días para no conformidades mayores y 90 días para no conformidades menores desde el último día de auditoría (reunión de cierre), excepto que Bureau Veritas Certification y el cliente acuerden un período de tiempo menor.

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.

En el caso de no conformidades menores, la corrección, el análisis de causa raíz y el plan de acción correctivo deben ser aprobados por el líder del grupo. La verificación de la implementación y efectividad de la acciones correctivas tomadas se llevarán a cabo en la próxima visita.

Es recomendable que el cliente provea de una respuesta temprana a fin de que haya tiempo para revisiones adicionales en caso de ser necesarias.

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.

Toda respuesta a las no conformidades que detectadas debe realizarse en formato utilizando el formulario SF02 incluido en el informe de la auditoría y enviado a Bureau Veritas Certification (documentacion.bvc@co.bureauveritas.com).

b. Contenido previsto de la respuesta

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. En la revisión de estas tres partes, el auditor busca un plan y la evidencia de que dicho plan se esté implementando.

Corrección

1. La extensión de la no conformidad fue determinada (la NC fue corregida y el cliente examinó el sistema para identificar si había otros ejemplos que necesitaban ser corregidos).

Bureau Veritas Certification

Contrato No.

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?”.

3. Si la corrección no puede ser inmediata; será apropiado diseñar un plan para corregir la NC
4. (responsable y fecha)
 3. Evidencia de la corrección se implementó o de que el plan está siendo implementado.

Análisis de Causa Raíz

1. La Causa Raíz no debe simplemente repetir el hallazgo, tampoco debe hacerlo la causa directa del problema.
2. Un análisis profundo para determinar la verdadera causa raíz, ej. Que alguien no haya seguido un proceso puede ser una causa directa. Determinar por qué alguien no siguió un proceso conducirá a la verdadera causa raíz.
3. La declaración de la causa raíz debe hacer foco en un solo problema sin ninguna pregunta obvia de “por qué”.
Si una pregunta de “por qué” puede razonablemente ser preguntada sobre el análisis de causa raíz, es un indicativo de que el análisis no es lo suficientemente profundo.
4. Asegúrese de que la causa raíz responda la pregunta “¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?”.
5. Culpabilizar al empleado no será aceptado como la única causa raíz.
6. Abordar problemas con el proceso al igual que identificar qué sistema de detección falló.

Acción Correctiva

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.
2. Para poder ser aceptado, el plan debe incluir:
 - acciones para tratar la o las causas raíz.
 - identificación de los responsables 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.
3. Para que la evidencia de su implementación sea aceptada debe cumplir:
 - a. Se debe proveer evidencia suficiente para demostrar que el plan está siendo implementado según lo detallado en la respuesta (y de acuerdo al cronograma).
 - b. Nota: En algunos casos, no se requiere de evidencias completas para el cierre de la NCR; alguna evidencia puede ser revisada durante una auditoría futura cuando se revisen las acciones correctivas.

5.8 Observaciones

Asegurar que el logo de Bureau Veritas no se utilice en los actos administrativos de Prestaciones Económicas.

En la redacción de los riesgos, garantizar que redacten de tal forma que no se traduzca en una no conformidad.

Garantizar que el reporte de los planes de acción generado a partir de las no conformidades, se realice dentro los quince (15) días establecidos.

Asegurar que las TRD referencie todos los registros (físicos y magnéticos) que se emplean en la entidad.

Ver otras en las notas de los auditores.

5.9 Oportunidades de Mejora

Las referentes a las observaciones que pueden ser tomadas como no conformidades potenciales para investigar sus causas e identificar acciones preventivas.

Revisar la posibilidad de apoyar la gestión del proceso de Prestaciones Económicas mediante herramientas tecnológicas.

5.10 Uso del Logo

Se evidencia uso de logo en papelería.

6. Incertidumbre / Obstáculos que podrían afectar la confiabilidad de las conclusiones de la auditoría

No se identificaron

7. Opiniones divergentes (discrepancias) sin resolver entre el Equipo Auditor y el Auditado

No se presentaron

8. Actividades de Seguimiento acordadas

No se definieron

9. Conclusión:

- Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la norma 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.

10. Recomendaciones

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) 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 Organizació

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

- Tramitada, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorio (X)
- Mantenido, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorio
- Suspendida hasta que se completen unas acciones correctivas satisfactorias.
- Retirada, (se recuerda a la Organización el Procedimiento de Apelaciones definido en las Condiciones de Contrato)

Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BV Certification

**NYDIA TORRES REYES
AUDITOR LIDER**