



Bureau Veritas Certification

Certificación de Sistemas de Gestión Informe de Auditoría para Auditoría de

SEGUIMIENTO 2/2

De

FONDO PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA

Información de la Organización			
Nombre de la Organización	FONDO PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA		
Ciudad	BOGOTA		
Dirección	CALLE 13 18-24		
Teléfono No.	571- 3817171	Fax No.	571- 3817171
Página Web	www.fps.gov.co		
Contrato(s) No(s).	2010-1776		
Información de Contacto			
Nombre persona contacto	MAURICIO VILLANEDA	Teléfono No.	571- 3817171 ext 118
Dirección e-mail	Planeación@fps.gov.co		
Información de la Auditoría			
Norma(s)	ISO 9001:2008 GP 1000:2009		
Código(s) Actividad Industrial	35		
Nº de Empleados	170	Nº Turnos	1
Tipo de Auditoría	SEGUIMIENTO 2/2		
Fecha Inicio Auditoría	18.04.13	Fecha Fin Auditoría	19.04.13.
Fecha Próxima Auditoría	19.03.13	Duración	A DEFINIR
Información del Auditor			
Auditor Líder	LEILA CONSTANZA ÑUSTES		
Auditor (es) (Miembros de Equipo)	N/A		
Especialista	N/A		
Horario de los Turnos	8:00	5:00	
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:	0	Menores:	1
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	NO	Duración de la Auditoría Extraordinaria		N/A	día(s)
Fecha(s) real(es) de la Auditoría Extraordinaria			Inicio:	Fin:	
Observaciones de la Auditoría Extraordinaria:					
N/A					
Recomendación del Equipo Líder					
Norma(s)	Recomendación				
9001:2008	MANTENER CERTIFICADO SUJETO A UN PLAN DE ACCIONES SATISFACTORIO				
Equipo Líder (1):	Auditor (es) (Miembros de Equipo)				
LEILA C. ÑUSTES (LCÑ)	N/A				
Alcance (el Alcance debe ser verificado y se refleja en el espacio inferior)					
Alcance 1					
SE MANTIENE					
Alcance 2					
N/A					
Acreditación	N/A				
Nº de Certificados requeridos	N/A				
Idiomas					
Motivo para emitir el Certificado					
Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina) :					

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.

Para Etapa 1:

1. Validar el alcance.
2. Confirmar que el Sistema de Gestión 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. Confirmar la preparación de la Organización para la auditoría al Sistema completo (Etapa 2).
5. Recolectar la información relevante para la efectiva planificación de la auditoría al Sistema completo (Etapa 2).

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 identificada durante la auditoría previa se ha corregido y la acción correctiva continua siendo eficaz.

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.
- Comparación útil con los hallazgos de auditoría previos
- Grado en que los hallazgos de auditoría previos han sido abordados por el Sistema.
- Grado en que los hallazgos de auditoría actuales coinciden con los anteriores.

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.

4. Personas claves entrevistadas / involucradas

Nombre	Departamento/Proceso
JAIME ENRIQUE ESCOBAR- Profesional/ LINA MORALES- profesional	CONTROL INTERNO
MAURICIO VILLEGAS	PLANEACION ESTRATEGICA
NURY NAVARRO HERNANDEZ - ROSELLY SILVA	ATENCION AL USUARIO
HUMBERTO MALAVER- coordinador gestión prestaciones económicas / JOSE JAIME AZAR -Subdirector de prestaciones sociales.	PRESTACIONES ECONOMICAS
OMAIRA MARTINEZ / INGRID OVALLE / FANNY VACA	FINANCIERO
LUIS ALFREDO ESCOBAR - jefe oficina jurídica / NANCY BAUTISTA- Profesional especializado / MARIA MARGARITA CARDENAS- profesional	ASISTENCIA JURIDICA
DEMA CONSUELO FERNANDEZ- DIEGO FARFAN / LUIS MANUEL FERNANDEZ	TICS

5. Hallazgos de Auditoría

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

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.

Fortalezas del Sistema

- El compromiso de la dirección para mantener el sistema de gestión de calidad con enfoque a la mejora continua
- El compromiso y competencia demostrado por el personal que fue auditado
- El mantenimiento de los registros que soportan la realización de actividades
- La auditoría interna como herramienta de mejora continua

No Conformidades

NCR 1:
 Área: ATENCION AL USUARIO
 Clasificación: MENOR

Descripción: **Se observa en punto de atención al usuario que no se están realizando las encuestas de satisfacción diariamente como lo establece el procedimiento APLICACIÓN DE ENCUESTA MEDICION DE LA ATENCION AL USUARIO.**

Las no conformidades detalladas a continuación, 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** 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 hará llegar a Bureau Veritas 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.

La respuesta a las no conformidades puede ser enviadas bien sea mediante documentos en soporte papel o en soporte electrónico directamente a la oficina de Bureau Veritas utilizando el formato de No conformidad incluido en el informe.

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

Observaciones

Se verifica en la herramienta ORFEO que la solicitud de aplazamiento a procedimiento odontológico del 18.03.13 radicado No. 20132200102492, a la fecha 18.04.13 no se le ha dado el respectivo tratamiento o respuesta.

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.

Recomendaciones

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.

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.

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.

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:

- Mantenido, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorio

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

INFORME RESUMEN DE LA AUDITORÍA PARA ISO 9001:2008 /GP 1000:2009

Exclusiones / Justificación		Proceso / Actividad / Departamento										INC T O T A L E S						
7.3 17.6		Rev Doc	CONTROL INTERNO	DIRECCION ESTRATEGICA	ATENCIÓN AL USUARIO	PRESTACIONES ECONOMICAS	FINANCIERA	ASISTENCIA JURIDICA	TICS									
Cláusula	Descripción	Cumplimiento (S/N) Ver comentarios abajo																1
4.1	Requisitos generales	S	X		X	X												
4.2	Requisitos de la documentación	S	X	X	X	X												
5.1	Compromiso de la Dirección	S	X															
5.2	Enfoque al cliente	S			X													
5.3	Política de la calidad	S				X	X	X										
5.4	Planificación	S	X		X	X	X	X										
5.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación																	
5.6	Revisión por la dirección	S	X															
6.1	Provisión de recursos																	
6.2	Recursos Humanos																	
6.3	Infraestructura	S							X									
6.4	Ambiente de trabajo	S							X									
7.1	Planificación de la realización del producto	S				X												
7.2	Procesos relacionados con el cliente	N			1	X	X	X										1
7.3	Diseño y desarrollo	N/A																
7.4	Compras																	
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio	S				X												
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	S				X												
7.5.3	Identificación y trazabilidad	S				X												
7.5.4	Propiedad del cliente	S				X												
7.5.5	Preservación del producto	S							X									
7.6	Control de los dispositivos de seguimiento y medición	N/A																
8.1	Medición, análisis y mejora/Generalidades	S				X												
8.2.1	Satisfacción del cliente	N			X													0
8.2.2	Auditoría interna	S	X															
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	S	X	X	X	X	X	X	X									
8.2.4	Seguimiento y medición del producto	S		X	X													
8.3	Control del producto no conforme																	
8.4	Análisis de datos	S	X			X		X	X									
8.5.1	Mejora continua	S	X	X			X	X	X									
8.5.2	Acción correctiva	S	X			X	X	X	X									
8.5.3	Acción preventiva	S	X			X	X	X	X									
	Uso del Logo	X				X												
Observaciones a la Revisión de la Documentación :																		
Solicitud de Certificación / Revisión de la Documentación																		
Cláusula / Descripción y Comentarios																		

INFORME DE NO CONFORMIDAD				
FECHA	ORGANIZACIÓN	REF CONTRATO	INFORME N°	
18.04.13	FONDO PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA		1/1	
NO CONFORMIDAD OBSERVADA DURANTE		SEGUIMIENTO 2/2		
NO CONFORMIDAD OBSERVADA EN EL PROCESO		ATENCIÓN AL USUARIO		
ISO 9001 2008 / GP 1000 2009				8.2.1.
NO CONFORMIDAD – DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA OBJETIVA :				
Se observa en punto de atención al usuario que no se están realizando las encuestas de satisfacción diariamente como lo establece el procedimiento APLICACIÓN DE ENCUESTA MEDICIÓN DE LA ATENCIÓN AL USUARIO.				
A COMPLEMENTAR POR BVC	GRADO	AUDITOR LIDER	AUDITOR	REPR. ORGANIZACIÓN
	MENOR	LEILA C. ÑUSTES	N/A	
	RESOLVER ANTES DE			
	90 DIAS			
A COMPLEMENTAR POR LA ORGANIZACIÓN	ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (¿Qué ha fallado en el sistema para que esta NC ocurra?)			
	ACCIÓN CORRECTIVA (¿Qué se hace para resolver este problema y prevenir su repetición)			
BVC	VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE RESOLUCIÓN		
		REPRESENTANTE ORGANIZACIÓN		
BVC	VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA	STATUS	AUDITOR
	COMENTARIOS DEL AUDITOR			

DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTION HASTA LA FECHA ACTUAL

Inf. Visita Ref	Grado	Estado	Resumen de los Hallazgos	Proceso/División	Fecha	Norma	Cláusula
SEG 2	MENOR	Abierto	Se observa en punto de atención al usuario que no se están realizando las encuestas de satisfacción diariamente como lo establece el procedimiento APLICACIÓN DE ENCUESTA MEDICION DE LA ATENCION AL USUARIO.	ATENCION AL USUARIO	19 04 13	9001 GP1000	8.2.1
Detalles del Hallazgo:							
XXX							
Acciones Correctivas:							
ODM / Obs							
Detalles del Hallazgo :							
OFI / Obs							
Detalles del Hallazgo :							

Cláusula	Notas de Auditoría	INC:
	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARILES NACIONALES DE COLOMBIA 9001:2008 GP:1000 2009. Asistentes a reunión de apertura 18.04.13: Director General Representante de la dirección Líderes y responsables de procesos	
	Auditado: JAIME ENRIQUE ESCOBAR- Profesional/ LINA MORALES-profesional Fecha: 18.04.13 Proceso /Actividad: CONTROL INTERNO	
	Auditoría interna de calidad en el mes de marzo de 2013.	
4.1.	Se verifica registros de:	
4.2.1.	Programas de auditoría- - dos ciclos: primer y segundo semestre	
8.2.2.	Programa de seguimiento y evaluación a acciones correctivas y preventivas- dos ciclos: primer y segundo semestre	
8.5.1.	Ejecución auditoria procesos SERVICIOS DE SALUD: PLAN INDIVIDUAL, LISTA DE VERIFICACION/ REPORTE DE HALLAZGOS.	
8.5.2.	Informe de control interno a la dirección del estado de las acciones.	
8.5.3.	Alcance de auditoria: GP1000 /ISO 9001 / MECI / MANUALES DE OPERACIÓN	
8.2.3.	Indicadores	
8.4.	Oportunidad informes externos- Cumplimiento y oportunidad plan de auditorias	
8.5.1.	Se verifica tratamiento de acciones correctivas en el proceso.	
	Se observa mejoras importantes implementadas y en curso.	
	Auditado: MAURICIO VILLEGAS Fecha: 18.04.13. Proceso /Actividad: PLANEACION ESTRATEGICA	
5.6.1.	Revisión semestral, se verifica informe segundo semestre 2012, abril de 2013.	
5.6.2.	- Revisión logro de objetivos de calidad	
5.6.3.	- Revisión gestión de riesgos	
5.4.1.	- Se verifica compromiso de la dirección para mantener el sistema de	
8.5.1.	gestión de calidad con enfoque a la mejora continua.	
5.1.		
	Auditado: NURY NAVARRO HERNANDEZ – ROSELLY SILVA Fecha: 14.24.13. Proceso /Actividad: ATENCION AL USUARIO	

5.2.	Se mide la satisfacción de los usuarios que realizan trámites a través de encuestas permanentes. Los trámites se realizan personalmente en las instalaciones del fondo.	
8.2.1.	Se observa en punto de atención al usuario que no se están realizando las encuestas de satisfacción diariamente como lo establece el procedimiento APLICACIÓN DE ENCUESTA MEDICION DE LA ATENCION AL USUARIO.	NC
7.2.3.	En la observación se detectó que el funcionario que atiende al usuario no mantiene a disposición las encuestas de satisfacción ni invita a los usuarios a su diligenciamiento. Se verifica en la herramienta ORFEO que la solicitud de aplazamiento a procedimiento odontológico del 18.03.13 radicado No. 20132200102492, a la fecha 18.04.13 no se le ha dado el respectivo tratamiento o respuesta.	OBS
8.2.3.	Satisfacción del cliente	
8.4.		
	Auditado: HUMBERTO MALAVER- coordinador gestión prestaciones económicas / JOSE JAIME AZAR –Subdirector de prestaciones sociales. Fecha: 18.04.13 Proceso / Actividad: PRESTACIONES ECONOMICAS	
7.1	Sustitución pensional	
4.2.1.	Afiliación servicios de salud	
4.2.3.	Reconocimiento subsidio funerario	
4.2.4.	Mesadas a herederos	
7.2.1.	Indexación de pensiones	
7.2.2.	Procedimiento RELIQUIDACION DE PENSIONES V-3	
7.5.1.	Solicitud usuario	
7.5.2.	Expediente 12453- resolución respuesta negativa 3694 17.10.12.	
7.5.3.	Control de expediente- foliación	
7.5.4.	Reparto expediente abogado sustanciador-	
8.2.4.	cuaderno administrativo- expediente. Revisión documentos requeridos para la reliquidación	
	El seguimiento se realiza en Orfeo a través de No. de radicado 2012344001096-2.	
8.2.3.	Medición: Eficiencia trámite	
8.4	Aplicación novedades nómina ferrocarriles	

8.5.3.		
8.5.2.	Se verifica establecimiento de acciones correctiva y preventivas en el proceso.	
5.3.		
5.4.1.	Se verifica conocimiento y compromiso para lograr la política de calidad.	
LOGO	Uso de logo en oficinas.	Ok
	Auditado: OMAIRA MARTINEZ / INGRID OVALLE / FANNY VACA Fecha: 18.04.13 Proceso / Actividad: FINANCIERO	
8.1.	Nivel de ejecución de PLAN ANUALIZADO DE CAJA- PAC- Información oportuna	
8.2.3.	Oportunidad de pago obligaciones	
8.4.	Control transacciones financieras Se realiza análisis de resultados.	
8.5.1.		
8.5.2.	Se verifica establecimiento de acciones correctivas y preventivas.	
8.5.3.		
5.3.		
5.4.1.	Se verifica conocimiento de la política y objetivos de calidad.	
	Auditado: LUIS ALFREDO ESCOBAR – jefe oficina jurídica / NANCY BAUTISTA- Profesional especializado / MARIA MARGARITA CARDENAS- profesional Fecha: 19.04.13. Proceso / Actividad: ASISTENCIA JURIDICA	
	Se verifica:	
4.1.	Caracterización	
4.2.1.	Procedimientos:	
4.2.3.	ATENCION DERECHOS DE PETICION	
4.4.4.	TRAMITE DEMANDAS LABORALES	
	INFORME CONTRATISTAS AL DAFP	
	COBRO COACTIVO	
7.2.3.	Informe de desempeño del proceso	
	COMITÉ DE DEFENSA JUDICIAL Y CONCILIACIÓN: se verifica acta No. 018 del 15 abril 2013. Respuesta a derechos de petición.	
8.2.3.	Indicadores a diciembre 2013.	
8.4.		

	<p>Eficacia expedientes avocados- meta 100% Contestación de acciones constitucionales- meta 100%- Eficiencia emisión conceptos jurídicos- meta 100% Atención demandas- meta 100% Oportunidad mandamientos pagos- meta 100%</p> <p>Cumplidas todas las metas</p>	
8.5.1. 8.5.2. 8.5.3.	Se verifica adecuado establecimiento de acciones correctivas y preventivas.	
5.3. 5.4.1.	Se verifica conocimiento y compromiso para lograr la política y objetivos de calidad.	
	<p>Auditado: DEMA CONSUELO FERNANDEZ- DIEGO FARFAN / LUIS MANUEL FERNANDEZ Fecha: 19.04.12 Proceso /Actividad: TICS</p>	
6.3. 6.4.	<p>Mantenimiento de infraestructura tecnológica:</p> <p>WEB / INTRANET / APLICACIONES /HARDWARE Se verifica formato CONTROL DE SERVICIOS INFORMATICOS</p>	
8.2.3. 8.4.	Se verifica planeación y ejecución de mantenimiento preventivo. – indicador de seguimiento de la ejecución del mantenimiento.	
7.5.5.	Se establece sistema de back up con copia externa.	
8.5.1. 8.5.2. 8.5.3.	Se verifica adecuado establecimiento de acciones correctivas y preventivas.	
5.3. 5.4.1.	Se verifica conocimiento y compromiso para el logro de la política y objetivos de calidad.	