

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

Código: GSC-AUI-FM006

Versión: 01

Fecha de Emisión: 2019-09-12

Página 1 de 37

PROCESO, PROCEDIMIENTO(S) ACTIVIDAD(ES) Y/O DEPENDENCIA(S)	FECHAS DE REALIZACIÓN DEL CICLO DE AUDITORIAS INTERNAS	FECHA DEL INFORME (AAAA-MM-DD)
Registros sanitarios y trámites asociados (P)	Junio 6 al 15 de septiembre	Octubre 13 de 2023
Vigilancia (P)		
Auditorías y certificaciones (P)		
Atención de PQRS (P)		
Notificación (P)		
Atención de solicitudes y trámites (P)		
Gestión contractual (P)		
Control sanitario (P)		
Articulación y coordinación intersectorial (R)		
Control de calidad de productos (Red de laboratorios y control de calidad) (P)		
Gestión de procesos judiciales y extrajudiciales (P)		
Gestión del proceso administrativo de cobro coactivo (P)		
Administración del talento humano (P)		
Selección y vinculación (P)		
Seguridad y salud en el trabajo (P)		
Desarrollo de personal (P)		
Gestión informática y de la información (P)		
Gestión de la infraestructura y servicios tecnológicos (P)		
Gestión de la seguridad informática (P)		
Gestión documental y correspondencia (P)		
Inspección (M)		
Gestión contable (P)		

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

Código: GSC-AUI-FM006

Versión: 01

Fecha de Emisión: 2019-09-12

Página 2 de 37

PROCESO, PROCEDIMIENTO(S) ACTIVIDAD(ES) Y/O DEPENDENCIA(S)	FECHAS DE REALIZACIÓN DEL CICLO DE AUDITORIAS INTERNAS	FECHA DEL INFORME (AAAA-MM-DD)
Gestión de la seguridad de la información (P)		
Formulación y seguimiento de planes operativos (P)		
Gestión del mejoramiento continuo (P)		
Auditoría interna (P)		

ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Los procesos institucionales. Período comprendido entre la fecha de finalización de la auditoría interna en el ciclo 2022 y hasta el momento de la realización de la auditoría de cada proceso en la vigencia 2023. Para la ISO/IEC 17025:2017 los requisitos de subcontratación, que puedan incluir actividades de tercerización o utilización de proveedores externos para la realización de los ensayos. 7.3 Muestreo; 7.8.4 Requisitos específicos para los certificados de calibración; 7.8.5 Información de muestro – requisitos específicos.

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

CRITERIOS

- ISO 9001:2015
- NTC ISO / IEC 17025:2017
- ISO 14001:2015
- MIPG
- INFORME 44 OMS/OPS
- INFORME 45 OMS/OPS
- Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.1 a 2.2.4.6.42 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo”

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

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

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

Código: GSC-AUI-FM006

Versión: 01

Fecha de Emisión: 2019-09-12

Página 3 de 37

EQUIPO AUDITOR

Audidores líderes internos	5
Audidores líderes externos	8
Audidores internos	14
Audidores externos	17
TOTAL	44

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LAS AUDITORÍAS

- Se realizó reunión previa de unificación de criterios para definir metodología desde la planeación hasta la elaboración y notificación de informe final, con los auditores, de conformidad con el procedimiento de auditorías internas al Sistema de Gestión Integrado
- Se realizó una reunión de apertura por cada proceso auditado; para este ciclo se determinó, de acuerdo con los resultados del análisis de evaluación de los procesos y nivel de criticidad, realizado por la oficina asesora de planeación, auditar 16 procesos con nivel de criticidad alto y 10 procesos con nivel de criticidad extremo (auditados en la vigencia 2022 y que deben auditarse anualmente), para un total de 26 procesos.
- Se emplearon diversas metodologías con y sin interacción humana tales como:
 - ✓ Entrevistas a los designados para acompañar el ejercicio auditor por parte de los procesos auditados
 - ✓ Elaboración de listas de verificación y/o chequeo para determinar las responsabilidades en cuanto a las actividades a ejecutar por parte de cada uno de los equipos de auditores
 - ✓ Revisión de la documentación solicitada en presencia de los auditados
 - ✓ Muestreo aleatorio de comprobación de acuerdo con las listas de chequeo
 - ✓ Observación del trabajo desempeñado en los procesos que lo ameritaban
 - ✓ Completar listas de verificación para establecer hallazgos
- Elaboración de informes finales de auditorías internas implementando la herramienta para tal fin dentro del módulo de *Auditorías e Inspecciones* en Integra
- Elaboración de informe final consolidado Ciclo de auditorías 2023

ASPECTOS QUE APOYAN LA CONFORMIDAD Y EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN
GESTIÓN DE PROCESOS JUDICIALES Y EXTRAJUDICIALES

- Buena disposición de los funcionarios por parte de la Oficina Asesora Jurídica para atender la auditoría interna.
- Se evidencia responsabilidad y compromiso dentro de los procesos auditados.
- Se tiene un manejo adecuado de la información que maneja cada proceso y la ubicación de los expedientes de cada uno.
- Para los procedimientos transversales se tiene una gestión organizada y responsable para el reporte de acciones, indicadores y riesgos.

CONTROL SANITARIO

- Se cuentan con diferentes medidas adicionales de control, como el uso de bitácoras, y herramientas ofimáticas, que sirven de apoyo a los procedimientos existentes.

- Se realiza aplicación eficiente de la gestión institucional del riesgo ejecutando actividades documentadas, como es el caso del control número 4 del riesgo de gestión 1211.
- Se logra vincular la gestión de PQRDS, a la plataforma estratégica por medio de un indicador POA, que garantiza la respuesta oportuna dentro de los términos legales.

ATENCIÓN DE SOLICITUDES Y TRÁMITES

- El equipo de trabajo comprometido con la entidad.
- Se observa claridad en los procesos por parte de los auditados.
- Entrega de información oportuna para la auditoría.

GESTIÓN CONTABLE

- Liderazgo en el proceso.
- Talento humano adscrito al proceso evidenciado su idoneidad, compromiso, disposición, conocimiento, cumplimiento.
- Uso de herramientas ofimáticas (Excel)
- Manejo de los conceptos del SGI.

GESTIÓN CONTRACTUAL

- El rediseño de la base de datos de la manejada en el 2022 al 2023.
- Aplicativo Web Help Desk Herramienta de mesa de ayuda del grupo de gestión contractual de la secretaria general
- Conocimiento y manejo de la información por los profesionales del grupo.

GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA

- El personal demuestra alto compromiso, claridad y conocimiento de las actividades del procedimiento GAD-GDO-PR004.
- El grupo de gestión documental y correspondencia demuestra alto conocimiento sobre la ejecución del procedimiento GAD-GDO-PR005 y cuenta con evidencias y trazabilidad de las actividades desarrolladas.
- Los auditados muestran asertividad y disposición para recibir a los auditores y atender los requerimientos en cada una de las diferentes fases de la auditoría interna al proceso

GESTIÓN INFORMATICA Y DE LA INFORMACIÓN, GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS TECNOLÓGICOS, GESTIÓN DE LA SEGURIDAD INFORMÁTICA

- Mejora continua en la herramienta de mesa de ayuda que simplifica y agiliza los casos registrados por los usuarios.
- El uso de las herramientas tecnológicas para planificar y organizar las actividades del proceso

(Planner y Aranda)

- Transferencia de conocimiento entre los integrantes del proceso
- Seguimiento continuo del conjunto de datos abiertos usando las herramientas tecnológicas de Planner y Excel para realizar el análisis.
- Aprendizaje continuo.
- Seguimiento continuo para la toma de decisiones.
- Se cumple con los lineamientos de la dimensión de MIGP de Gestión del Conocimiento.

REGISTROS SANITARIOS Y TRÁMITES ASOCIADOS

- Las estrategias implementadas para impactar en la oportunidad de atención de la gestión de los registros sanitarios y tramites asociados.
- El compromiso de los involucrados en el proceso de Registro sanitario y tramites asociados frente a la contingencia del ciberataque
- El repositorio documental de la proyección de plantillas prediseñadas para agilizar la comunicación a las PQRDS interpuestas por el usuario.
- El compromiso y esfuerzo de los funcionarios de las Salas Especializadas de las diferentes Direcciones.
- Alta competencia y conocimientos de los profesionales de Planta y personal contratista involucrados en el proceso de Registro sanitario y tramites asociados.
- La adopción de herramientas internas de trabajo, el uso de la ofimática y la comunicación para garantizar oportunidad en la prestación del servicio.

ARTICULACIÓN Y COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

- Pioneros en el instituto en la implementación de las auditorías a las ETS
- La implementación de la base interna de planificación, ejecución y control, donde se registra:
 - Pestaña planificación la programación de auditoría incluyendo información de funcionarios delegados para la auditoria y fecha de notificación del plan.
 - Pestaña ejecución: Se registran los resultados de auditorías a las ETS, incluyendo información de fecha de ejecución, tipo de auditoría, grupo auditor, criterios evaluados y observaciones.
 - Pestaña control: Se registra la entrega de los documentos soporte de la auditoria a ETS físicos y digitales, la fecha de notificación a ministerio y la fecha de archivo.
- Compromiso, trabajo en equipo, oportunidad en la información, gestión de documentos para asegurar la trazabilidad.
- Buen ambiente laboral
- Receptividad con el equipo auditor

VIGILANCIA (Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos - Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Doméstica

- Funcionarios comprometidos, conocen los procedimientos del SGC, disponibilidad de la información solicitada, organización en el manejo y archivo de la información
- Buen manejo de la Matriz de Autocontrol de planificación según modelo IVC SOA: Documento de registro de visitas que consolidan y envían; utilizan el mapa de riesgos y migran la información cada trimestre para confrontar contra el modelo y planes anteriores, utilizan código de colores y tienen en cuenta el Índice de Riesgo Agregado IRA
- Oportunidad y orden en la información: disposición de la información en subcarpetas creado en One Drive para el envío de planes trimestrales de visita
- Ambiente de trabajo en equipo y compañerismo

AUDITORÍAS INTERNAS, FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES OPERATIVOS, GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO CONTINUO, GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

- El Instituto, mediante su Sistema de Gestión Integrado en Integra y su página web, presenta de manera organizada los insumos de entrada de los procesos así como también la documentación de los mismos, el desempeño de los indicadores de gestión, los planes de mejoramiento, los mapas de riesgos, los lineamientos, políticas, misión, visión, objetivos estratégicos, planes, programas y proyectos estratégicos, que permiten una adecuada planificación, tanto del Plan Operativo Anual POA como del Plan Operativo Anual de Inversión POAI
- En la página web del Instituto se encuentran publicados los avances del seguimiento al POAI trimestral a través del formato GDI-FPO-FM003-FORMATO PLAN OPERATIVO ANUAL DE INVERSION POAI, como también el informe final del POA 2022 y avances, los cuales están a disposición para consulta del personal interno y externo del Instituto, evidenciando transparencia en su gestión.
- De acuerdo con la herramienta Integra que adquirió el Invima desde el 2018, se pueden visualizar los todos los procesos, instructivos, formatos que conforman su SGC; las actualizaciones realizadas y seguimientos respectivos se encuentran disponibles para consulta de todos los funcionarios, permitiendo transparencia y unificación de criterios.
- Se evidencian reportes de los Planes Operativos Anuales y Planes Operativos de Inversión del Instituto en los tiempos legales.
- Los auditados cuentan con la disponibilidad para atender la auditoria, demostrando alto conocimiento de los procesos.
- Se cuenta con información confiable y disponible en diferentes medios para almacenamiento de la información documentada.
- Se evidencia alta madurez del SGI en los procesos auditados
- A pesar de que el proceso de Gestión de Seguridad de la Información es nuevo en el Instituto, se está estructurando, enfocándose en el cumplimiento de la NTC-ISO/IEC27001:2013

CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS

- La disposición, el conocimiento profesional, el compromiso por parte de los auditados y de la

facilitadora de Calidad para atender y suministrar la información requerida.

- El compromiso del Grupo de Red de Laboratorios y Control de Calidad en contribuir con la mejora continua en el desempeño de los Laboratorios de Salud Pública de la Red Nacional de Laboratorios y su articulación con los actores del Sistema de Vigilancia y Control Sanitario.

INSPECCIÓN

- La conciencia que tiene el personal del proceso de inspección sobre la misionalidad del Invima y cómo influye la labor realizada y la ejecución de las actividades en el cumplimiento de esta.
- El conocimiento que tienen los servidores públicos sobre los procedimientos definidos para ejecutar las actividades del proceso de inspección y sobre el sistema de gestión integrado.
- Se observa que el proceso de inspección tiene un adecuado control sobre los documentos y estos son de fácil consulta, a pesar de que no se cuenta con un sistema de información.
- El proceso de inspección mantiene su documentación actualizada lo que contribuye a que los servicios se presten de manera controlada.
- Buena disposición del grupo de trabajo para recibir y atender las auditorías internas.
- El proceso cuenta con diferentes puntos de control, que, aunque no se tengan documentados en su totalidad, permiten que éste se ejecute bajo condiciones controladas.
- Desde la Dirección de Operaciones Sanitarias se gestó e implementó el Lineamiento 42 para la asignación de la inspección oficial en plantas de beneficio animal, con el objeto de que a partir del riesgo, se amplie la cobertura en los establecimientos vigilados por parte del Instituto, contribuyendo a la optimización del talento humano e impactando positivamente en el cumplimiento de la competencia del Invima a partir del Decreto 1500 de 2007, dicha actividad cuenta con la interacción permanente entre los GTT y el grupo de IVC, promoviendo la mejora continua, lo anterior aporta a la conformidad del sistema desde el contexto de la organización, liderazgo y compromiso, y operación.
- El proceso de inspección específicamente el PAFP cuenta con un Sharepoint en la que administran todos los links de acceso a las aplicaciones que requiere el proceso para realizar sus actividades, lo que facilita la consulta por parte de todos los funcionarios que participan en el proceso.

ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, SELECCIÓN Y VINCULACIÓN, DESARROLLO DE PERSONAL

- Disposición por parte de los auditados y el facilitador de calidad para atender al equipo auditor y suministrar la información requerida.
- Organización de la información referente al proceso y a las actividades de planeación, ejecución, verificación y toma de decisiones en las bases de datos de cada uno de los procesos, de la cual se observa que es de fácil consulta y que agiliza la disponibilidad de la información.
- Cabe resaltar el compromiso y liderazgo del Coordinador del grupo y de los líderes de los procesos auditados y en general de todos los funcionarios del Grupo de Talento Humano en el manejo y organización del sistema, demostrando eficiencia y celeridad en la gestión relacionada con el proceso.

INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS

Código: GSC-AUI-FM006

Versión: 01

Fecha de Emisión: 2019-09-12

Página 8 de 37

- Se resalta el compromiso y conocimiento de los servidores públicos de los grupos auditados que participaron en el ejercicio de auditoria respecto al proceso, en el desarrollo de las actividades planeadas permiten cumplir los objetivos trazados tanto en el área como institucionalmente y la apropiación del cambio por parte del grupo auditado.
- La asignación de responsabilidades específicas a servidores públicos que permite tener control eficaz de diferentes actividades del proceso.
- Implementación de mecanismos de autocontrol, tales como: auditoría y diagnóstico interno del estado del proceso de Selección y Vinculación del Macroproceso de Talento Humano, con la implementación de la acción de mejora identificada con el Id 560, manejo de bases de datos certificando el cruce de la información que garantice una operación eficaz, implementando acciones de mejora que permiten mitigar los riesgos tanto de corrupción como de gestión y la mejora del sistema de gestión integrado de calidad.
- El logro de las actividades a pesar de los recursos limitados con que se cuenta, gracias a la apropiación de los funcionarios con el desarrollo de sus actividades.

ANÁLISIS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Continuar el fortalecimiento de la de gestión del riesgo en todo el instituto, teniendo en cuenta el propósito de la implementación de controles, encaminados al cumplimiento de los objetivos Institucionales, aplicando las tres líneas de defensa de la séptima dimensión de MIPG.
- Continuar implementando la cultura del autocontrol, como estrategia para incrementar la eficiencia, eficacia y efectividad de cada uno de los procesos que se adelantan al interior del Instituto.

CONCLUSIONES DEL CICLO DE AUDITORIAS INTERNAS

- A pesar de las no conformidades menores detectadas y las oportunidades de mejora relacionadas por cada equipo auditor en los respectivos procesos auditados, se evidencia la conformidad del sistema; se evidencia la disposición y oportunidad para socializar los resultados y emprender las respectivas acciones de mejora en las reuniones de cierre por parte de los responsables de los procesos, teniendo en cuenta el cargue de la información en INTEGRA.
- De las 26 auditorías, 24 se realizaron de manera presencial, 1 mixta (inspección) y 1 remota (articulación y coordinación intersectorial)
- La auditoría al proceso de Inspección se aplicó en la Dirección de Operaciones Sanitarias, en los GTT's CO2 (Bogotá) y OCC2 (Cali), Paso Fronterizo y Puerto Fluvial de Leticia y Puerto de Cartagena.
- La auditoría al proceso de Vigilancia se aplicó en las direcciones de Medicamentos y Productos Biológicos y Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Doméstica
- La auditoría al proceso de Auditorías y Certificaciones se aplicó en las direcciones de Alimentos y Bebidas y Medicamentos y Productos Biológicos
- La auditoría al proceso de Registros Sanitarios y Trámites Asociados se aplicó en las 4 direcciones técnicas misionales
- Las NC y OM de los procesos de registros sanitarios y trámites asociados y de gestión documental y correspondencia tienen incidencia en otros procesos tales como gestión administrativa, gestión de tecnologías de la información, gestión contractual, gestión directiva,

gestión del talento humano y atención integral al ciudadano, tal como se detalla en la sección RELACIÓN DE HALLAZGOS DEL CICLO DE AUDITORIAS INTERNAS

- El resultado del ciclo 2023 (26 auditorías internas) fue de:
 - 25 No conformidades
 - 53 Oportunidades de Mejora

El detalle se muestra por proceso auditado en la siguiente tabla:

PROCESO	NC	OM	Total general
ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO		1	1
ARTICULACIÓN Y COORDINACIÓN INTERSECTORIAL		1	1
ATENCIÓN DE PQRDS	1	2	3
ATENCIÓN DE SOLICITUDES Y TRÁMITES		1	1
AUDITORÍAS INTERNAS	2	6	8
AUDITORÍAS Y CERTIFICACIONES	3		3
CONTROL DE CALIDAD DE PRODUCTOS		1	1
CONTROL SANITARIO		1	1
DESARROLLO DE PERSONAL		1	1
FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES OPERATIVOS	1	1	2
GESTIÓN CONTABLE		2	2
GESTIÓN CONTRACTUAL	1	1	2
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS TECNOLÓGICOS		2	2
GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN		8	8
GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO CONTINUO	1	3	4
GESTIÓN DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE COBRO COACTIVO		2	2
GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA	5	2	7
GESTIÓN INFORMATICA Y DE LA INFORMACIÓN		1	1
INSPECCIÓN		6	6
REGISTROS SANITARIOS Y TRÁMITES ASOCIADOS	7	8	15
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	1		1
SELECCIÓN Y VINCULACIÓN	1	1	2
VIGILANCIA	2	2	4
Total General	25	53	78

Fuente: Integra

Nota: Las No Conformidades se encuentran discriminadas en la sección “RELACIÓN DE HALLAZGOS DEL CICLO DE AUDITORIAS INTERNAS” de la parte final del presente informe.

Nombre y firma del
Auditor Líder

“RELACIÓN DE LOS HALLAZGOS DEL CICLO DE AUDITORIAS INTERNAS”

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
1	9.1.2	Se evidenció un informe emitido por Sesuite a través de WORKFLOW con la exportación como un archivo de Excel del proceso de PQRDS, donde se muestra un listado de trámites que tienen fecha de entrada y asignación a funcionario, pero no tienen respuesta; se verificaron los trámites 20221177679 y 20221177689 los cuales aparecen asignados sin respuesta; al revisar la bandeja de trabajo del funcionario no aparecen estos trámites como pendientes.	X		Atención de PQRSD	Atención de PQRSD
2	7.5	Se evidencia uso inadecuado de algunos formatos asociados al PROCEDIMIENTO ADQUISICION DE BIENES, SERVICIOS Y SUMINISTROS, código GAD-GTC-PR001, por uso de formatos fuera de vigencia	X		Gestión contractual	Gestión contractual
3	7.1	La coordinadora del grupo de gestión documental y correspondencia presenta evidencias donde se realizó un análisis de cumplimiento a la normatividad vigente del Archivo General de la Nación - AGN y Ministerio de las TIC para la implementación de un sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo, el gestor documental Sesuite presenta un cumplimiento del 60% este informe fue remitido a personal de la Oficina de tecnologías de la información y en su momento a secretaria general. Este hallazgo será dado a conocer al área de Oficina de Tecnologías de la Información, Secretaria General y Gestión Administrativa	X		Gestión documental y correspondencia	Gestión administrativa Gestión de tecnologías de la información Gestión documental y correspondencia
4	8.5.4	Se realizan las actividades de inspección con una frecuencia mayor a la establecida en el procedimiento y se utilizan los formatos destinados para estas actividades. Sin embargo, los depósitos documentales no cuentan con las condiciones adecuadas que aseguren la integridad y conservación de los elementos allí almacenados. Se presentan: Estanterías deterioradas, cajas con	X		Gestión documental y correspondencia	Gestión administrativa Gestión documental y

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		archivo en lugares inadecuados, no se cuenta con equipos para medición de temperatura y humedad, extintores vencidos e insuficiente espacio para el almacenamiento del archivo. Este hallazgo será dado a conocer al área de Gestión Administrativa.				correspondencia
5	7.1.4	En el año 2023 no se han realizado las fumigaciones de acuerdo con lo establecido en el procedimiento. Sin embargo, el grupo de Gestión Documental y Correspondencia presenta evidencias donde han informado desde el año 2022 inconsistencias en los procesos de fumigación y solicitan el cronograma de actividades para el año 2023. Pese a las reiteradas solicitudes hasta realización de la auditoria no se cuenta con una respuesta satisfactoria que permita la realización de las fumigaciones en el año 2023. Este hallazgo será dado a conocer al área de Gestión Administrativa y Gestión Contractual.	X		Gestión documental y correspondencia	Gestión documental y correspondencia Gestión administrativa Gestión contractual
6	8.1	No se ejecutan los puntos de control relacionados con diagnostico periódico del estado de equipos en software y hardware y una Actualización de software para la compatibilidad de los formatos de preservación. Estas actividades se realizaron en el año 2021 pero en el año 2022 no se realizaron debido a que internamente no hubo lugar para actualización de sistemas de información y hardware tecnológico que venía desde el año 2021, sin embargo, no se presentan evidencias de la justificación de esta decisión por parte de la Oficina de Tecnologías de la Información. También se afectó el desarrollo de estas actividades debido a la contingencia ocasionada por el segundo incidente cibernético. Este hallazgo será dado a conocer al área de Oficina de Tecnologías de la Información y Gestión Administrativa, quienes según el procedimiento son las responsables de estos puntos de control.	X		Gestión documental y correspondencia	Gestión administrativa Gestión de tecnologías de la información Gestión documental y correspondencia

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
7	7.1.4	Se evidencia que los funcionarios y contratistas no cuentan con condiciones de trabajo que permitan desarrollar sus actividades cumpliendo con la normatividad de SST, con ergonomía, de igual manera se presentan áreas de trabajo con iluminación deficiente y con riesgos de caída de objetos debido a deterioro de las estanterías y el almacenamiento de cajas en los pasillos de las bodegas. Este hallazgo será dado a conocer al área de Gestión Administrativa y Gestión del Talento Humano (Proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo).		X	Gestión documental y correspondencia	Gestión administrativa Gestión del talento humano (proceso de SST) Gestión documental y correspondencia
8	10.2	No se realiza seguimiento oportuno a las actividades contempladas dentro del Plan de acción de la Acción de mejora ID 392; no existe coherencia entre la actividad 4 de la Acción de mejora Id 485 y la evidencia que soporta la ejecución y seguimiento de la misma y el seguimiento no se ejecuta conforme lo definido en el procedimiento de la entidad. Evidencia: 1.Actividad 4 de la acción de mejora ID 485 cargada en integra: La DMPB realizara un informe y socialización de logros y necesidades para reducir el atraso de los tiempos en la evaluación de trámites. 2.Ejecución de la actividad: cronograma de agendamiento de la sala especializada (Resolución 2021058796 de fecha 29 de diciembre de 2021) no corresponde con la actividad 04. 3.Seguimiento de la actividad: se documenta: Se reviso cronograma adjunto, el	X		Registros sanitarios y trámites asociados	Registros sanitarios y trámites asociados

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		cual se encuentra conforme a la necesidad, sin embargo, ante los trámites retrasados se recomienda la posibilidad de incluir sesiones extra. En cuanto a la emisión del acto administrativo se sugiere un mecanismo de articulación entre los grupos para un mayor avance. 4.Seguimiento de las actividades: Actividad 01, Actividad 03 y actividad 04 con fechas posteriores a las definidas en el procedimiento de Acciones de Mejora SGI-GMC-PR3 5.Evidencia: La actividad 02 y 03 no se les ha realizado el seguimiento. La fecha de la ejecución de la actividad 2 es 25-08-2022 y la fecha de ejecución de la actividad 03 es 21- 04-2023.				
9	8.7.1	No se realiza publicación oportuna en integra del reporte de los resultados del indicador ID 380 y análisis del mismo: Porcentaje de SNC evaluación técnica - legal de actos administrativos conforme lo definido en el procedimiento GSC-SEG-PR002 Gestión de indicadores institucionales, donde se establece el reporte dentro de los 10 días hábiles de cada mes. Evidencia 1 El reporte del indicador ID 380 para el Grupo de registros sanitarios de la Dirección de alimentos y bebidas correspondiente al mes de diciembre del 2022 Se efectuó el día 13 de febrero del 2023; No se dispone de las evidencias que soporte la Remisión de las SNC de las autorizaciones de comercialización y renovación automática a la oficina de atención al ciudadano. 2. El reporte del indicador ID 380 para el Grupo de registros sanitarios de la Dirección de Dispositivos médicos correspondiente al mes de diciembre del 2022 se efectuó el día 12 de mayo de 2023br. 3.El reporte del indicador ID 380 para el Grupo de registros sanitarios de la	X		Registros sanitarios y trámites asociados	

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		Dirección de Medicamentos correspondiente al mes de diciembre del 2022 se efectuó el día 24 de marzo de 2023 4.El reporte del indicador ID 380 para el Grupo de registros sanitarios de la Dirección de Cosméticos correspondiente al mes de diciembre del 2022 Se efectuó el día 06 de febrero de 2023.				
10	8.5.1	No se dispone de los controles adecuados para garantizar la calidad de los registros sanitarios automáticos que se generan, para su posterior entrega al usuario. Evidencia: 1.Mediante Radicado 20231016151 se realizó solicitud de Notificación sanitaria para el producto ENERGY GO STIX TROPICAL BEBIDA ENERGIZANTE, marca 4LIFE Y 4LIFETRANSFORM. Mediante modalidad automática, se le otorgó la Notificación sanitaria NSA-0013493-2023, Conforme lo evidenciado en el expediente 20244628, sin embargo, según lo definido en la resolución 719 de 2015, la subcategoría 3.2.2 bebida energizante, corresponde a un alimento de alto riesgo y la autorización de comercialización no es una notificación sanitaria, si no un registro sanitario. 2.En la oficina de atención al ciudadano se dio visto bueno de revisión de forma de los documentos legales y técnicos previo a la generación del acto administrativo de la Notificación sanitaria de Alimentos NSA 3.Mediante radicado 20231085456 de fecha 04/04/2023 se solicita autorización de publicidad y/o promoción al INVIMA, para medio WEB, con referencia PERFIL DE PRODUCTO, para el producto ENERGY GO STIX TROPICAL BEBIDA ENERGIZANTE, marca 4LIFE Y 4LIFETRANSFORM, por parte del TITULAR de la Notificación sanitaria NSA-0013493-2023 y expediente 20244628. (Radicado el	X		Registros sanitarios y trámites asociados	Atención Integral al ciudadano Registros sanitarios y trámites asociados

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		26/01/2023, resolución automática del 27/01/2023, radicado inicial 20231016151 de solicitud de autorización. 4.En acta No 09 del 20 de abril del 2023 el GRUPO de publicidad de la dirección de alimentos y bebidas recomienda al Grupo de Autorizaciones de la Dirección de Alimentos y bebidas abrir el control posterior para la NSA-0013493-2023, por cuanto la autorización que procedía era un Registro sanitario y verificación de composición y marcas a amparada previo al estudio de publicidad. 5.En Publicación página web del Invima /registros sanitarios https://consultaregistro.invima.gov.co/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp aunque se indica que la bebida energizante está autorizada como Notificación Sanitaria de alimentos: NSA-0013493-2023.				
11	7.2	No se garantiza la asignación adecuada de los Trámites de Registros sanitarios desde la oficina de Atención al ciudadano a la dependencia correspondiente a través del Aplicativo de Registro sanitario. Evidencia: 1. Los Radicados 20231126998, 20231130345, 20231169080, 20231043608, fueron asignados al Grupo de registros sanitarios de la Dirección de alimentos y bebidas, sin embargo, los tramites corresponden a una solicitud de Autorización de publicidad de un medicamento, lo cual es competencia del Grupo de registro sanitario de la Dirección de medicamentos y Productos Biológicos. 2. Se gestionaron los tickets No 85739, 88578, para solicitud de reasignación de los tramites al Grupo de registro sanitario de la Dirección de medicamentos y Productos Biológicos.	X		Registros sanitarios y trámites asociados	Atención Integral al ciudadano Registros sanitarios y trámites asociados
12	8.5.1. literal f	No se cuenta con la capacidad operativa (personal, disponibilidad de información documentada y herramientas tecnológicas) para poder gestionar la totalidad de la	X		Registros sanitarios y	Gestión directiva

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		actividad de control posterior de algunos trámites según lo establecido en los Procedimientos de la entidad. Evidencias: 1.Expediente 20232102 radicado de fecha 20221137223 de fecha 7/07/2022, código asignación NSO para cosméticos. El control posterior no se ha realizado. 2.Expediente 20236217 Radicado 20221190198 de fecha 24/08/2022 código asignación NSO para cosméticos. El control posterior no se ha realizado. 3.Expediente 20232074, Radicación 20221136949 de fecha 07 de julio 2022. No se ha realizado control posterior.			trámites asociados	Registros sanitarios y trámites asociados
13	7.5.3	No se cuenta con la totalidad de la disponibilidad de información en el SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL; adicionalmente se presenta lentitud, intermitencia y fallos en los aplicativos Gestor documental SESUITE, requeridos para el estudio de los tramites y no se dispone de acciones unificadas para el tratamiento de la desviación identificada por el CIBERATAQUE. Evidencia: 1.En la tabla de Referencia 90 que corresponde a Suplementos dietarios, años 2021 y anteriores no se evidencia información documentada en SESUITE, radicados 20211039603, 20211084797, 20211105424. Al efectuar la consulta indica información no disponible. 2.En Grupo de Registros sanitarios de la Dirección de Alimentos Radicados No 20211255089, 20211222206, 20211253002, 20211276760, 20211299522. Al efectuar la consulta en SESUITE indica información no disponible. 3.Correo de 22 de noviembre de 2022 remitido desde el jurídico de la Dirección de medicamentos a los funcionarios para emitir directriz de solicitarle la información	X		Registros sanitarios y trámites asociados	Gestión directiva Gestión de tecnologías de la información Gestión documental y correspondencia Registros sanitarios y trámites asociados

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		al usuario, cuando esta no se encuentra disponible. 4. En la dirección de Dispositivos médicos de 20459 trámites pendientes por evacuar se ha diagnosticado que solo 6524 cuentan con información disponible.				
14	7.5.3.1	No se cuenta con información documentada y controles adecuados frente a la probabilidad de materialización de riesgos de integridad, disponibilidad, consistencia, respaldo, seguridad y trazabilidad de la información durante la implementación de la estrategia dada por la Oficina de Tecnologías de la información en las opciones del aplicativo de Registro sanitario insertar pasos, modificación de pasos, entre otros que se generó para minimizar el uso de tickets. Evidencia: 1. Se cuenta con correo remitido por el Jefe de la oficina de Tecnologías de la información comunicado al Grupo de registro sanitario de la Dirección de medicamentos el día 13 de julio de 2020, y reuniones generadas bajo su liderazgo para indicar la forma de realizar la modificación de los pasos en el aplicativo de registro sanitario.	X		Registros sanitarios y trámites asociados	Gestión de tecnologías de la información Registros sanitarios y trámites asociados
15	8.1	No existe programación para el mes de Agosto de 2023 de la programación mensual del PSUR, como lo establece el IVC-VIG-PR9 Publicado en Integra el 05/07/2023	X		Vigilancia	Vigilancia
16	8.2.1	Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene Doméstica Documentan una matriz para la trazabilidad de PQRS PQRS Radicados Mayo: 20231123600 10/05/2023 DENUNCIA por publicidad engañosa, respondió el 08/06/2023 fuera de términos son 15 días y se evidencia gestión en 17 días.	X		Vigilancia	Vigilancia

	GESTIÓN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL		AUDITORIA INTERNA	
	INFORME CONSOLIDADO CICLO DE AUDITORÍAS INTERNAS			
	Código: GSC-AUI-FM006	Versión: 01	Fecha de Emisión: 2019-09-12	Página 18 de 37

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		(Argumentan que se debe a escasas de personal en la misional para la actividad implicada) 20231142580 del 30/05/2023 asignada 05/06/23, firma 16/06/23, emite saliente 26/06/23 fuera de términos 20231139432 26/05/2023 asignada 30/05/2023, firma 14/06/23, saliente 21/06/23 20231132988 del 19/05/23 reacción adversa, traslado de Registros Sanitarios, recibida 07/06/23, asignada 07/06/23, firmó 16/06/23, saliente 26/06/23. 20231155509 del 13/06/23 respuesta a radicado inicial, denuncia, recibida 13/06/23, asignada 14/06/23, firmada 07/07/23, saliente 10/07/23 20231170756 28/06/23, denuncia anónima, asignada 04/07, firmada 09/07, saliente 10 de julio. Año 2022: 20221600112 del 10/10/2022, denuncia, asignada 12/10/23, traslado a GURI, dependencia que realiza la gestión 20221216253 19/09/22 DENUNCIA, asignada 22/09/22, 26/12/22 por calamidad médica, los archivos se bloquearon y tuvo que realizarse tramite por mesa de ayuda, se firmó el 16/01/23.tener en cuenta que en octubre fue el ataque cibernético 20221631486 23/11/22. Denuncia cosmética por proclamas, asignada 01/12/22, respuesta 20/12/22, se quedó en radicación manual por ataque cibernético. No hay suficiente personal solo una persona radica y emite radicado saliente que es la actividad final del proceso. Dividen la fuente de información: PQRS, grupo técnico, crean carpeta de expediente, analizan y complementan la información. La petición recibe la correspondiente denuncia, se asigna al grupo de profesionales y analizan el tema correspondiente, remitiendo respuesta al usuario y generan programación en el				

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		formato PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE VISITAS DE INSPECCIÓN ME-DI-COS Código: IVC-INS-FM111 cuando aplica.				
17	9.2 literal c	No se evidencian que las auditorías sean realizadas por funcionarios que cumplan con los requisitos establecidos en el procedimiento SGI GSC-AUI-PR001 V11 para los auditorios con el ID 193 que solo registra 19 horas y adicionalmente no cuenta con certificado de MIPG, el ID 89 a pesar de que cuenta 185 horas de experiencia como auditor no se evidencian las soportes de esta, el ID 150 a pesar de que cuenta 329 horas de experiencia como auditor no se evidencian las soportes de esta.	X		Auditorías internas	Auditorías internas
18	9.2	No se realiza el proceso de auditorías internas del Sistema de Gestión Integrado dentro de condiciones controladas, teniendo en cuenta que no se evidencian las siguientes actividades: No hay registro en el módulo de Integra de la divulgación a toda la entidad del programa de auditorías como lo especifica el procedimiento SGI GSC-AUI-PR001 V11 No se evidencia que los planes de auditoría se estén enviando mínimo con 10 días hábiles de antelación como lo especifica el procedimiento SGI GSC-AUI-PR001 V11 No se evidencia que las evaluaciones al equipo auditor sean diligenciadas en un plazo máximo a ocho (8) días	X		Auditorías internas	Auditorías internas
19	8.5.1	No se evidencia la ejecución del procedimiento Formulación y Seguimiento del Plan Operativo Anual GDI-FPO-PR1 V10 bajo condiciones controladas ya que no se cumple lo especificado en el numeral 4 actividad Realizar reporte y seguimiento a la ejecución de actividades, puesto que la Dirección de Alimentos y Bebidas, durante lo corrido del año 2023 realiza reporte de indicadores POA mensual por fuera del tiempo establecido	X		Formulación y seguimiento de planes operativos	Formulación y seguimiento de planes operativos

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
20	10.2	No se evidencia la conservación de la información documentada sobre los resultados de las acciones de mejora como se observa en las siguientes acciones: a. ID 518 no registra evaluación del plan de acción por parte de los responsables, no se observa el cierre respectivo, tampoco existe verificación de la eficacia de la acción posterior al cierre, b. ID 499 no se evidenció verificación de la eficacia posterior al cierre c. ID 559 fue identificada el 2023-05-24, y creada el 2023-07-27 superando el límite de la fecha de creación de acuerdo con el procedimiento d. ID 432 fue creada 2021-08-02, pero registra cierre el 29-08-2023 sin ninguna solicitud de extensión del tiempo e. ID 552 de fecha 03/02/2023 Materialización riesgo ID 1282 Posibilidad de afectación de la imagen institucional y disminución de la asignación del presupuesto de inversión, por la ocurrencia de situaciones tales como la devolución de recursos no ejecutados al finalizar la vigencia y/o incumplimiento de las metas proyectadas Materialización riesgo ID 1255 Posibilidad de incumplimiento estratégico en las metas propuestas definidas para alcanzar los objetivos estratégicos del Invima con fecha real de cierre el día 31-08-2023, fecha en la cual en integra no se registró ninguna actividad para el tratamiento, sin embargo se evidenció en correo institucional y evidencia del plan de acción y actividades que han desarrollado respecto al hallazgo	X		Gestión del mejoramiento continuo	Gestión del mejoramiento continuo
21	8.5.1	La información documentada para uso de los interesados en los trámites de auditorías y certificaciones no está disponible en la página web en la versión vigente (Dirección de Alimentos y Bebidas, Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, Dirección de Cosméticos, Aseo, Plaguicidas y Productos de Higiene	X		Auditorías y certificaciones	Auditorías y certificaciones

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		Doméstica, Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías, Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Atención al Ciudadano y Oficina de Tecnologías de la Información Grupo de Soporte Tecnológico) Evidencias enviadas a OAP, TIC, correos, corrección publicación links En algunas solicitudes de certificación recibidas por la Dirección de Alimentos y bebidas, los usuarios adjuntan el FORMATO SOLICITUD DE TRÁMITES (VISITAS, CERTIFICACIONES Y CERTIFICADOS) ASS-AYC-FM33, en versiones obsoletas Adicionalmente, en la página web del Invima, se evidencia la existencia de enlaces que direccionan a versiones 7, 10 y 11, del FORMATO SOLICITUD DE TRÁMITES (VISITAS, CERTIFICACIONES Y CERTIFICADOS) ASS-AYC-FM33 1-Filling Colombia, el 23 de diciembre de 2022, se presenta en versión 10, siendo la vigente la versión 11 del 13 de octubre de 2022 2- D y S Cocktails, el 11 de enero de 2023, se presenta en versión 7, siendo la vigente la versión 11 del 13 de octubre de 2022 3- Inversiones La Carne SAS, el 9 de febrero de 2023, se presenta en versión 9, siendo la vigente la versión 11 del 13 de octubre de 2022.				
22	8.5.1	La información documentada para uso de los interesados en los trámites de auditorías y certificaciones no es idónea para su uso ya que indica al usuario normatividad sanitaria que no está vigente. En el Formato acta de inspección sanitaria a fábricas de materiales plásticos	X		Auditorías y certificaciones	Auditorías y certificaciones

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		reciclados ASS-AYC-FM058, versión 0 se encuentra de conformidad con lo establecido en la normatividad sanitaria vigente, especialmente la Ley 9 de 1979 y su reglamentación, en particular el Decreto 3075 de 1997, para el cumplimiento de las anteriores exigencias se concede un plazo de (máximo 30 días a partir de la notificación), reglamentación que se encuentra derogada 1-Formato acta de inspección sanitaria a fábricas de materiales plásticos reciclados ASS-AYC-FM058 Enka de Colombia SAS 2-Formato acta de inspección sanitaria a fábricas de materiales plásticos reciclados ASS-AYC-FM058 Lamiempaques				
23	8.5.1	No se cumple con lo estipulado en la normatividad vigente con respecto a la generación de resolución de desistimiento tácito a todos los establecimientos que no han respondido los requerimientos de documentación en los términos contemplados (30 días calendario) de conformidad con lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1437 de 2011, Código Contencioso Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y el Instructivo para la atención de las solicitudes de visitas de autorización sanitaria en plantas de beneficio animal, desposte, desprese y establecimientos de acondicionamiento de carne y/o productos cárnicos comestibles ASS-AYC-IN016-; en su lugar se reciben respuestas fuera de tiempo y se sigue el curso de la autorización 1-BEEF GROUP COMPANY, se envió oficio de requerimiento el 05 de junio de 2023 y se recibió respuesta por parte del usuario el 24 de julio de 2023, superando los 30 días calendario 2- VIOSUBPRODUCTOS SAS, , se envió oficio de requerimiento el 18 de abril de	X		Auditorías y certificaciones	Auditorías y certificaciones

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		2023 y se recibió respuesta por parte del usuario el 24 de mayo de 2023, superando los 30 días calendario				
24	8.1	No se demuestra la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos, dado que no se evidencia las respuestas a las convocatorias respectivas por parte de los miembros del comité de Convivencia en el PROCEDIMIENTO PARA TRAMITAR QUEJAS QUE PUEDAN CONSTITUIRSE EN CONDUCTAS DE ACOSO LABORAL GTH-SST-PR2, ni la comunicación al servidor por escrito justificando la decisión adoptada, así como tampoco el diligenciamiento del Formato GTS-SST-FM6 para presentar quejas sobre situaciones que puedan constituir acoso laboral o para presentar sugerencias antes el comité de convivencia laboral. En el PROCEDIMIENTO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO GTH-SST-PR001, no se encuentran diligenciados los Formatos Informe de Investigación de Incidentes y Accidentes Laborales (GTH-SST-FM003) dentro de los (15) quince días calendario de sucedido el evento. En el Procedimiento GTH-DPE-PR003- BIENESTAR DE PERSONAL Y OTORGAMIENTO DE INCENTIVOS en la actividad: Publicar y socializar el Modelo de Conciliación Estímulos y Bienestar Laboral, no se evidencio la socialización del Modelo de Conciliación Estímulos y Bienestar Laboral a los Servidores Públicos del Instituto, la primera socialización se realizó solo a los GTTs el 26 de julio de 2023, hasta la fecha no se ha socializado a nivel general, se ha realizado parcialmente. Lo anterior Incumpliendo lo establecido en la norma ISO 9001:2015 en el numeral 8.1 Planificación y control operacional, que establece que la organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios Evidencias: En el PROCEDIMIENTO PARA TRAMITAR QUEJAS QUE PUEDAN	X		Seguridad y salud en el trabajo	Seguridad y salud en el trabajo

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		CONSTITUIRSE EN CONDUCTAS DE ACOSO LABORAL GTH-SST-PR2 No se evidenció respuestas a algunas de las citaciones al comité, así como tampoco se le ha dado respuesta al servidor por escrito justificando la decisión adoptada de los siguientes casos: Caso 4 fue radicado el 04/05/2023 no se ha dado respuesta todavía. Caso 5 fue radicado el 15/05/2023 no se ha dado respuesta todavía. Caso 6 fue radicado el 30/05/2023 no se ha dado respuesta todavía. Caso 7 fue radicado el 30/06/2023 no se ha dado respuesta todavía. Para todos los casos, ninguno presento diligenciado el Formato para presentar quejas sobre situaciones que puedan constituir acoso laboral o para presentar sugerencias antes el comité de convivencia laboral GTS-SST-FM6. No se pudo evidenciar los informes de los trimestres del año 2022 desde el alcance de la auditoria. Muestras del PROCEDIMIENTO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO GTH-SST-PR001 revisadas de accidente funcionarios BIBIANA ANDREA JIMENEZ 02 de junio del 2022 y AMPARO TRUJILLO del 17 de noviembre del 2022 no se diligenciaron dentro de los 15 días calendario. En el Procedimiento GTH-DPE-PR003-BIENESTAR DE PERSONAL Y OTORGAMIENTO DE INCENTIVOS en la actividad: Publicar y socializar el Modelo de Conciliación Estímulos y Bienestar Laboral, no se evidencio la socialización del Modelo de Conciliación Estímulos y Bienestar Laboral a los Servidores Públicos del Instituto, la primera socialización se realizó solo a los GTTs el 26 de julio de 2023, hasta la fecha no se ha socializado a nivel general.				
25	8.2.3	No se evidencia cumplimiento a los lineamientos de la Comisión Nacional del Servicio Civil", toda vez que no se cumple con la nota 1 de la actividad: Publicar las vacantes del procedimiento GTH-SVI-PR003 que menciona: "Antes de publicar las vacantes definitivas que podrán ser cubiertas temporalmente por encargos, el Grupo de Talento Humano registrará el empleo del cual se declara la vacancia	X		Selección y vinculación	Selección y vinculación

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		definitiva en el aplicativo SIMO, en cumplimiento a los lineamientos de la Comisión Nacional del Servicio Civil", así como también incumple lo establecido en la norma ISO 9001:2015 en el numeral 8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios que establece que la organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes para incluir: los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios Evidencias: Se revisaron los expedientes correspondientes al alcance de la auditoria a los funcionarios: Fernando Blanco Berdugo y Nubia Patricia Cacua Patiño, en donde no se observó que se realiza la actividad de la nota 1				
26	9.2	Se realizó la revisión de base de datos de Grupo Coactivo y Persuasivo, esta base tiene permiso de lectura y escritura una sola persona quien es la encargada de alimentar los datos y la información acorde a cada proceso. De igual manera se evidencia que esta base de datos tiene demasiada información lo que causa demoras en su manejo.		X	Gestión del proceso administrativo de cobro coactivo	Gestión del proceso administrativo de cobro coactivo
27		Validar con la Oficina de Tecnologías de la Información la posibilidad de actualizar la herramienta (Excel) de Base de Datos Grupo Cobro Persuasivo y Coactivo a una herramienta que permita manejar la información de manera ágil aportando una mejora al proceso. Actualizar los procedimientos GJR-GJE-PR002-PROCEDIMIENTO REPRESENTACIÓN JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL ACCIONES CONSTITUCIONALES, GJR-GJE-PR003-PROCEDIMIENTO REPRESENTACIÓN JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL EN PROCESOS CONTENCIOSOS ADMINISTRATIVOS Y OTROS, GJR-ACC-PR001-PROCEDIMIENTO COBRO PERSUASIVO Y COACTIVO y GJR-ACC-PR002-		X	Gestión del proceso administrativo de cobro coactivo	Gestión del proceso administrativo de cobro coactivo

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		PROCEDIMIENTO DEPURACIÓN Y VENTA DE CARTERA DE OBLIGACIONES A FAVOR DE INVIMA, de acuerdo con las necesidades de cada Grupo. Se recomienda cargar toda la documentación de cada expediente digital en la carpeta OneDrive con una numeración unificada con el fin de tener una búsqueda certera y evitar reprocesos. Así mismo caracterizar los nombres de los expedientes unificando criterios.				
28	8.5.4	Existe el espacio físico y la plataforma tecnológica dispuesta para este fin. sin embargo, se evidencia que, aunque la información física se encuentra organizada en cajas, estas no contienen una descripción documental que permita controlar de manera exacta y precisa las series o unidades documentales con el fin de facilitar la consulta y búsqueda de los documentos, conforme con el procedimiento: Organización Documental- GAD-GDO-PR5 Realizar la descripción documental de las cajas que se encuentran en el archivo de gestión de acuerdo con el procedimiento: Organización Documental- GAD-GDO-PR5		X	Control sanitario	Control sanitario
29		modificar la nota 2 en la actividad de decepcionar la solicitud de PQRDS del procedimiento AIC-PQR-PR001 donde se aclare en qué casos se toma muestra		X	Atención de PQRDS	Atención de PQRDS
30	9.1.2	la oficina no realiza la recepción de muestras porque no se garantiza la cadena de custodia antes de la recepción en la oficina Invima. y tampoco hay una logística para el almacenamiento de muestra allegadas.		X	Atención de PQRDS	Atención de PQRDS
31	9.1.2	se observó la asignación de trámites, se hizo el ejercicio de la llamada telefónica. se verifico en sitio.		X	Atención de solicitudes y trámites	Atención de solicitudes y trámites

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
32	7.5	Al revisar la información documentada en el proceso GESTION CONTABLE, se verifica su versión y vigencia, sin embargo, se hace alusión al estado en que se encuentra el proceso Gestion Contable en revisión y actualización de la documentación del proceso, en la que se está trabajando para ser gestionada en INTEGRA. Adicional durante la auditoría interna al proceso de GESTION CONTRACTUAL, se evidencio el uso inadecuado del formato GFP-GCO-FM13 FORMATO DE EVALUACION FINANCIERA DE PROPONENTES.		X	Gestión contable	Gestión contable
33	8.2	La principal fuente de información y procesamiento de la información está asociada al aplicativo SIIF nación, que por sus atributos es bastante rigurosa y estricta. Se utilizan otros aplicativos auxiliares como el aplicativo SAPIENS, del cual se ha evidenciado, el riesgo para la seguridad de la información debido a su obsolescencia que ha sido informada dentro de las notas a los estados financieros del instituto.		X	Gestión contable	Gestión contable
34	7.5	Dentro de las actividades del procedimiento se evidencia las siguientes observaciones: Actividad “Elaborar, verificar, y publicar el plan anual de adquisiciones (PAA): en la tercera fila no se establece el Decreto Actividad Elaborar los estudios y documentos previos: No se especifican los formatos GAD-GCT-FM13 Formato estudios y documentos previos para procesos de selección Consolidar el expediente contractual: Se evidencia GAD-GCT-FM18 Estudios previos prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión en esta actividad, pero no se evidencian las listas de chequeo GAD-GCT-FM19 Lista de chequeo licitación pública, concurso de méritos, selección abreviada y menor cuantía, GAD-GCT-FM21 Lista de chequeo contrato de prestación de servicios		X	Gestión contractual	Gestión contractual

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		profesionales o de apoyo a la gestión No se evidencian referenciados en las actividades del procedimiento los formatos: GAD-GCT-FM2 Formato solicitud de contratación GAD-GCT-FM16 Constancia de idoneidad y experiencia GAD-GCT-FM4 acta de suspensión GAD-GCT-FM16 Constancia de idoneidad y experiencia GAD-GCT-FM20 Formato invitación a presentar propuesta				
35		Se evidencia una gran brecha entre el resultado del indicador y la meta establecida. De igual manera no se registra en el plan de acción del indicador las actividades realizadas para generar la mejora continua del mismo.		X	Gestión documental y correspondencia	Gestión documental y correspondencia
36	8.1	Se evidencia la realización de seguimientos a las diferentes dependencias en las cuales el grupo ha identificado falencias en la implementación del procedimiento GAD-GDO-PR005 en los archivos de gestión de las dependencias. Este hallazgo debe ser tenido en cuenta en todos los procesos de auditoría interna debido la transversalidad de este procedimiento.		X	Gestión documental y correspondencia	Gestión documental y correspondencia
37	8.2.1	Se realiza seguimiento continuo a la información publicada en el portal de datos.gov.co		X	Gestión informática y de la información	Gestión informática y de la información
38	7.5.3	El procedimiento TIC-GTI-PR001 Gestión de Servicios Tecnológicos tiene asociado el instructivo para la anulación del documento equivalente a factura (AIC-AST-IN10) obsoleto del Proceso de Atención Integral al Ciudadano.		X	Gestión de la infraestructura y servicios tecnológicos	Gestión de la infraestructura y servicios tecnológicos
39	7.5.3	El hipervínculo del documento GDI-DIE-PR005 no funciona Se encuentra publicado en la página web el informe de multas desactualizado,		X	Gestión de la infraestructura y	Gestión de la infraestructura y

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		fecha 2018.			servicios tecnológicos	servicios tecnológicos
40	8.5.1	Definir los mecanismos de control de calidad requeridos frente a los tramites automáticos que se generan en la oficina de Atención al ciudadano y que hacen parte del proceso de Registro Sanitario desde el GRUPO DE AUTORIZACIONES DE COMERCIALIZACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS		X	Registros sanitarios y trámites asociados	Atención integral al ciudadano Registros sanitarios y trámites asociados
41	8.5.1	Establecer estrategias de capacitación de manejo de SESUITE para gestión de PQRDS desde el aplicativo de correspondencia con el fin de generar reportes oportunos para su debido seguimiento Y fortalecer a los responsables de la gestión de PQRDS, frente a la generación de los informes y consolidados de las mismas en el proceso.		X	Registros sanitarios y trámites asociados	Registros sanitarios y trámites asociados (Dirección de cosméticos)
42	8.5.1	Realizar ajuste a las metas POA para el año 2023, en lo concerniente al indicador de registros sanitarios renovados.		X	Registros sanitarios y trámites asociados	Registros sanitarios y trámites asociados (Dirección de cosméticos)
43	8.5.1	Realizar la actualización de la caracterización del proceso de Registros sanitarios y tramites asociados ASS-RSA-CR001 de acuerdo con las necesidades actuales.		X	Registros sanitarios y trámites asociados	Registros sanitarios y trámites asociados

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
44	8.5.1	Armonizar el procedimiento GAD-GDO-PR004 Gestión y tramite, procedimiento ASS- RSA-PR008, visto bueno de importación y procedimiento para la GESTIÓN DE PQRDS AIC-PQR-PR001, de tal manera que todas las solicitudes de los usuarios puedan ser reflejadas en la medición de los indicadores de PQRDS.		X	Registros sanitarios y trámites asociados	Atención integral al ciudadano Registros sanitarios y trámites asociados (Grupo de licencias de importación)
45	8.5.1	Garantizar la continuidad de los Profesionales que atienden un trámite y apoyo a la gestión para poder evacuarlos en el tiempo requerido. evitar periodos de tiempo donde no se cuenta con su colaboración para poder evacuarlos en el tiempo requerido.		X	Registros sanitarios y trámites asociados	Gestión contractual Registros sanitarios y trámites asociados
46	8.5.1	Incorporar mecanismos preventivos que conlleven a minimizar el riesgo que ocasiona el conflicto de intereses por parte de funcionarios y contratistas que tengan a cargo los tramites de registros sanitarios y Tramites asociados.		X	Registros sanitarios y trámites asociados	Gestión contractual Registros sanitarios y trámites asociados
47	8.5.1	Realizar la actualización de los procedimientos relacionados con el proceso de registro sanitario y tramites asociados de tal manera que se evidencia interrelación		X	Registros sanitarios y	Registros sanitarios y

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		con los demás procedimientos que apliquen y en relación con los planes de contingencia cuando no hay disponibilidad de herramientas tecnológicas.			trámites asociados	trámites asociados
48	6.1	Falta identificar y documentar dentro de la caracterización del proceso los riesgos asociados.		X	Articulación y coordinación intersectorial	Articulación y coordinación intersectorial
49		Se debe promover estrategias que permitan fortalecer los programas de vigilancia epidemiológica y su interacción entre los actores del sistema que permitan hacer seguimiento y control a todas las solicitudes de información		X	Vigilancia	Vigilancia
50		De acuerdo con la información que se allegue de eventos adversos redactar dentro del procedimiento un punto de control que involucre los eventos adversos reportados		X	Vigilancia	Vigilancia
51	9.2.2	Ampliar la información consignadas en las actas del Comité Institucional de Control Interno, que permita evidenciar entre otros las herramientas que utilizaron para la priorización de estas, los cambios realizados a los planes y la aprobación a los mismos teniendo en cuenta los siguiente: Para el año 2022 no se evidenció en el acta aprobación por parte del Comité Institucional de Control Interno para la auditoria del SGI la eliminación del proceso de Desarrollo de Personal que se había priorizado por factor de riesgo por parte de la Oficina Asesora de Planeación, pero el líder de proceso solicitó que se excluyera porque sería auditado por el esquema EFR En el año 2023 en el acta de aprobación del programa de auditorías para la auditoría de Control Interno, no se incluyó el proceso de Inspección que se había priorizado por factor de riesgo muy alto por parte de la Oficina de Control Interno, pero de acuerdo al criterio de la oficina de control interno no se incluyó por auditoría de la Contraloría		X	Auditorías internas	Auditorías internas

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
52	7.5.3.2	Evaluar la adquisición de un software que permita la disponibilidad, almacenamiento y preservación de la información documentada generada para el área de Control Interno		X	Auditorías internas	Auditorías internas
53	6.1	Verificar que, dentro de los términos de la capacitación impartida a los auditores internos, quede explícito que el participante debe retribuir con la participación en los ciclos de auditorías del Instituto		X	Auditorías internas	Auditorías internas
54	9.2	Considerar la inclusión En el Procedimiento Auditorías Internas del Sistema de Gestión Integrado GSC-AUI-PR001 de que el auditor pueda solicitar información relacionada con el proceso o temas a auditar por ejemplo mínimo dentro de los quince (15) días previos a la auditoria, con el objeto de optimizar su ejecución y que el líder del proceso debe atender este requerimiento		X	Auditorías internas	Auditorías internas
55	7.5.2	Actualizar las imágenes del instructivo módulo de auditorías GSC-AUI-IN2 para no causar confusión en las personas que lo consultan		X	Auditorías internas	Auditorías internas
56	9.2.2	Incluir en el Procedimiento Auditorías Internas del Sistema de Gestión Integrado GSC-AUI-PR001 la retroalimentación a los auditores sobre las evaluaciones realizadas por parte de los auditados y así mismo una vez finalizada la auditoría la Oficina Asesora de Planeación remitirá las constancias de la participación de los auditores en el ciclo donde se evidencie la intensidad horaria y los procesos auditados		X	Auditorías internas	Auditorías internas
57	4.4	Incluir en el procedimiento Gestión de Incidentes SGI-SSI-PR1 V1 todas la Herramientas con las que cuenta el Invima para el reporte de incidentes (Threat hunting-CCD, CISCO y otras), solo se incluye mesa de ayuda (Aranda).		X	Gestión de seguridad de la información	Gestión de seguridad de la información
58	6.1	Evaluar la inclusión dentro de los riegos del proceso el acceso a áreas seguras y posibles amenazas.		X	Gestión de seguridad de la información	Gestión de seguridad de la información

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
59	9.1.3	Incluir en el procedimiento de Gestión de Incidentes SGI-SSI-PR1 V1 la consolidación y recolección de la información (Documento estadístico) con base en todas las Herramientas que se vienen utilizando (Aranda, Threat hunting-CCD, CISCO y otras) que permita mejorar y estar preparados ante futuros eventos, con el fin de recopilar información periódica sobre las afectaciones o incidentes a la seguridad de la información, que se pueda analizar para producir inteligencia sobre amenazas en la Entidad.		X	Gestión de seguridad de la información	Gestión de seguridad de la información
60	6.1	Evaluar alternativas de socialización in situ dirigidas a los funcionarios sobre la gestión de riesgos institucionales, por parte de la Oficina Asesora de Planeación		X	Gestión del mejoramiento continuo	Gestión del mejoramiento continuo
61	9.1	Verificar la posibilidad de establecer la fecha máxima para publicación en la página web del Invima el informe trimestral del POA, con el fin de poder realizar un control de este reporte.		X	Formulación y seguimiento de planes operativos	Formulación y seguimiento de planes operativos
62	10.1	Evaluar la construcción de una guía, protocolo o instructivo de procedimiento de confidencialidad y un procedimiento para el control de acceso a áreas seguras de la entidad.		X	Gestión de seguridad de la información	Gestión de seguridad de la información
63	9.1	Establecer en el procedimiento SGI-SSI-PR2 de Activos de Información la periodicidad para actualizar el inventario de activos de la información teniendo en cuenta que en el numeral 6 Tiempo Máximo del Procedimiento menciona que desde la identificación hasta la aprobación de inventario de activos de la información el tiempo máximo de desarrollo es de seis meses, pero no se menciona la periodicidad que se debe realizar este inventario.		X	Gestión de seguridad de la información	Gestión de seguridad de la información
64	7.5	Incluir en el Procedimiento Inventario de activos de información SGI-SSI-PR2 un formato controlado para registrar los activos de la información identificados en cada proceso del Invima a través del formato de inventarios de activos de		X	Gestión de seguridad de la información	Gestión de seguridad de la información

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		información el cual no se encuentra codificado el cual debería ser codificado de acuerdo con los parámetros del Sistema de Gestión Integrado y codificar la caracterización del proceso de Gestión Seguridad de la información.				
65	10.3	Evaluar la pertinencia de Certificar al Instituto en la norma NTC-ISO/IEC27001-2022, para fortalecer el SGSI, Teniendo en cuenta los dos ataques cibernéticos que ha sufrido el instituto.		X	Gestión de seguridad de la información	Gestión de seguridad de la información
66	7.4	Establecer actividades de socialización sobre el control de la información, activos y protección - recomendaciones contra el plagio y demás riesgos a los funcionarios, por ejemplo, implementar un sitio web / Sharepoint o Carpeta compartida como banco de conocimiento en temas de seguridad con videos, tutoriales y documentos para acceso de los funcionarios.		X	Gestión de seguridad de la información	Gestión de seguridad de la información
67	7.5.2	Actualizar el alcance del procedimiento Control de Salidas No Conformes SGI-GMC-PR1 V1, igualmente el Procedimiento Control de Salidas no conformes SGI-GMC-PR1 V1 De acuerdo la nueva estructuración del mapa de procesos, donde el proceso de Armonización y Convergencia Normativa pasó al macroproceso de apoyo de Gestión Jurídica Verificar el formato mencionado SGI-EMC-FM004 Tipificación de salidas No Conformes (producto o servicio) teniendo en cuenta que el formato vigente es SGI-GMC-FM5. Actualizar las imágenes del procedimiento SGI-GMC-PR1 Procedimiento V1 Control de Salidas no conformes muestra imágenes que no corresponden al actual mapa de proceso del Instituto para no causar confusión en las personas que consulten el documento		X	Gestión del mejoramiento continuo	Gestión del mejoramiento continuo

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
68	8.1	Ampliar la nota No 1 el numeral 4 del Procedimiento Control de Salidas No Conformes SGI-GMC-PR1 V1 donde quede detallado como se realizará el tratamiento y cierre de las evidencias que permitan realizar la trazabilidad de las SNC de los procesos de Registros Sanitarios y Atención Integral al Ciudadano, adicionalmente evaluar la posibilidad de incluir en el software Integra el tratamiento de las SNC del proceso de Atención y Solicitudes de Tratamiento de Atención al Ciudadano, teniendo en cuenta que esta herramienta permite realizar la trazabilidad.		X	Gestión del mejoramiento continuo	Gestión del mejoramiento continuo
69	7.1.3	Revisar la viabilidad de mejorar la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos en lo relacionado con equipos incluyendo Hardware, Software y Tecnologías de Comunicación, toda vez que se evidencia que algunos equipos se encuentran averiados y otros son antiguos y ya presentan deficiencia para la actualización de información.		X	Control de calidad de productos	Control de calidad de productos
70	4.1	El auditado informa que el documento que establece las actividades a desarrollar en el Puerto Fluvial y PF de Leticia corresponde al instructivo IVC-INS-IN008 VC-INS-IN008 - INSTRUCTIVO PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS IMPORTACIONES MENORES DE ALIMENTOS Y MATERIAS PRIMAS, referenciado en el procedimiento IVC-INS-PR004 - PROCEDIMIENTO DE INSPECCIÓN PARA IMPORTACIÓN Y EXPORTACIÓN DE ALIMENTOS, MATERIAS PRIMAS O INGREDIENTE SECUNDARIO PARA LA INDUSTRIA DE ALIMENTOS EN SITIOS DE CONTROL DE PRIMERA BARRERA, ZONAS FRANCAS Y DEPÓSITOS		X	Inspección	Inspección
71	8.1	El borrador del plan de visitas debía ser remitido el 7 de junio de 2023 por parte de la DAB y llega a la DIROS solo hasta el 9 de junio, fuera de los tiempos estipulados en el procedimiento IVC-INS-PR001 (dentro de los primeros 5 días hábiles del último mes del trimestre)		X	Inspección	Inspección

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
72	9.1	Base de datos: Censo Alimentos: se realiza mes a mes actualizar el censo y se envía a la DIROS MEDICOS: se realiza mes a mes actualizar el censo y se envía a la DIROS Plantas de Beneficios: se realiza mes a mes actualizar el censo y se envía a la DIROS DIROS verifica la información reportada en la sabana, para que el Técnico lo remita a las direcciones misionales Inconvenientes con los radicados, para poder reportar la sabana a tiempo, porque el aplicativo presenta algunos inconvenientes para realizar el ingreso a la consulta El formato en Excel es muy extenso y se dificulta el control sobre los datos registrados, no tiene restricciones en el acceso o modificación de la información previamente registrada, se evidencio un caso de un usuario a quien las visititas registras no corresponden con las fechas de las actas que se encuentran en el expediente (Lácteos el Recreo)		X	Inspección	Inspección
73	8.7	Se identifica en la muestra tomada que se realiza corrección a mano alzada de la información registrada en el formato IVC-INS-FM055 en la cual se había diligenciado datos previamente impresos; al preguntar al auditado éste informa que no se cuenta con un punto de control para verificación de las actas		X	Inspección	Inspección
74	8.7	El auditado informa que las SNC se identifican y controlan de acuerdo con el procedimiento SGI-GMC-PR1-PROCEDIMIENTO CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES. Adicionalmente, el proceso ha documentado una guía (IVC-INS-GU20-GUIA PARA LA REVISIÓN DEL DILIGENCIAMIENTO DE LAS ACTAS DE INSPECCIÓN DE LA DIRECCIÓN DE OPERACIONES SANITARIAS) para la		X	Inspección	Inspección

ONo.	NUMERAL NORMA	HALLAZGO	TIPO		PROCESO (S) DONDE SE DETECTO	PROCESO (S) RESPONSABLE (S) DE INICIAR ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA
			NC	O.M		
		revisión de las actas de inspección generadas al proceso, teniendo en cuentas que éstas son las salidas. El auditado informa, además, que en el GTT OCC2 se tiene establecido un punto de control para la revisión jurídica de las medidas de seguridad sanitarias antes de remitirlas a la Dirección de Responsabilidad Sanitaria				
75	9.1.3	El proceso de inspección cuenta con indicadores que miden el % de SNC generadas con los ID 404, 408 y 413		X	Inspección	Inspección
76	7.5	Replicar la acción de mejora por autocontrol 560 aplicada al proceso de SELECCIÓN Y VINCULACIÓN en los demás procesos asociados DESARROLLO DE PERSONAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO y ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO y que los puntos de control de los Procedimientos correspondan a las actividades desarrolladas en el procedimiento, así como también que las denominaciones de los formatos y procedimientos sean estándar.		X	Selección y vinculación	Selección y vinculación
77	9.1	Incorporar mecanismos que garanticen el cumplimiento del requisito y que permitan hacer seguimiento y análisis cuando aplique al diligenciamiento de los formatos en los procedimientos y actividad donde se requiere capturar registros de responsables externos al proceso y que se garantice el uso de formatos vigentes a la fecha de la realización de la actividad.		X	Desarrollo de personal	Desarrollo de personal
78	7.5.1	Fortalecer la gestión documental de los trámites que se conservan tanto físico como digitalmente en carpetas compartidas mediante SharePoint y se conserve el orden cronológico según Tabla de Retención Documental.		X	Administración del talento humano	Administración del talento humano

NC: No conformidad

OM: Oportunidad de Mejora