

## INFORME DE AUDITORÍA

DATOS DE LA AUDITORÍA						
<b>Fecha del informe</b>	01/08/2025					
<b>Nombre de auditoría</b>	SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO JULIO					
<b>Fecha Inicio:</b>	28/07/2025	<b>Fecha fin</b>	31/08/2025			
<b>Objetivo</b>	Realizar seguimiento al plan de mejoramiento institucional frente al avance, la eficacia y efectividad de las acciones formuladas					
<b>Alcance</b>	Seguimiento al plan de mejoramiento institucional frente al avance, la eficacia y efectividad con corte al mes de julio de 2025. corte al mes de julio de 2025.					
<b>Criterios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 87 de 1993.</li> <li>- Decreto 1083 de 2015.</li> <li>- Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces Versión 3 - septiembre 2023 (DAFP).</li> <li>- Manual del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad Aeronáutica (SIGCA) Código: M-1-03-006 versión 29 de fecha 31 de enero de 2025.</li> <li>- Procedimiento auditorías internas del SIGCA CIAC código P-2-01-001 versión 28 de fecha 23 de abril de 2024.</li> <li>- Procedimiento de acciones correctivas código P-2-01-002 versión 21 de fecha 01 de abril de 2025.</li> <li>- MATRIZ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN</li> <li>- Demás procedimientos internos y documentos establecidos en el sistema integrado de gestión de calidad aeronáutica – SIGCA de la CIAC.</li> <li>- Normatividad vigente aplicable a la entidad...</li> </ul>					
<b>Limitaciones</b>	No se presentaron limitantes de auditoría					
DATOS DEL EQUIPO AUDITOR						
<b>Auditor líder</b>	Angie Alejandra Amaya Carranza					
<b>Auditores acompañantes</b>	N/A					
<b>Auditores en formación</b>	N/A					
<b>Expertos técnicos</b>	N/A					
RESULTADOS DE AUDITORÍA						
Descripción						
<p><b><u>Seguimiento de Eficacia</u></b></p> <p>En el seguimiento a la eficacia del plan de mejoramiento institucional con corte al 31 de julio de 2025, se encontró el siguiente estado:</p>						

## INFORME DE AUDITORÍA



Cantidad hallazgos por estado (Fuente: Seguimiento por MSLLists y PowerBi).

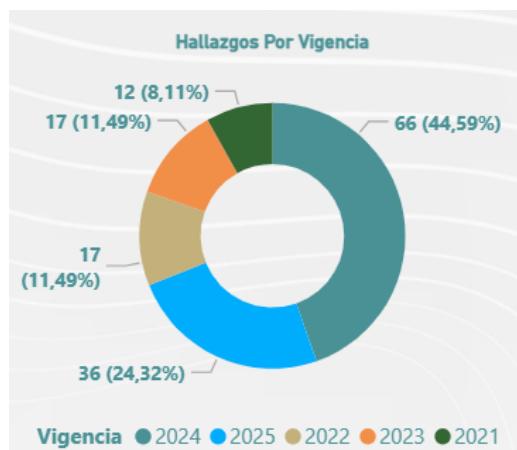
De acuerdo con lo anterior se evidencian 43 planes por validar efectividad, los cuales han cumplido sus actividades y se determinan 3 meses mínimo de maduración de las acciones implementadas.

Asimismo, existen 33 planes en ejecución con corte al 31 de julio conforme con las fechas definidas.

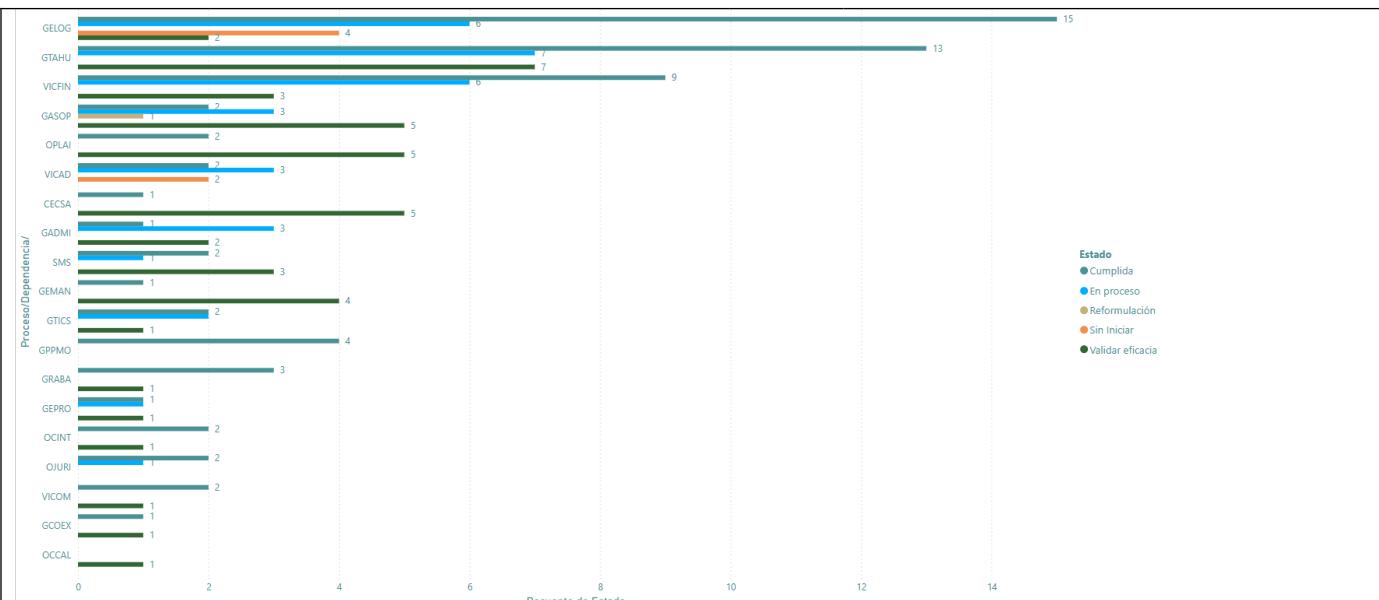
Se evidenciaron 6 planes sin iniciar; 4 correspondientes a la auditoría de memorando de pago y 2 correspondientes al Informe sistema PQRSDF ejecutados en julio.

Finalmente, se observa la NC MENOR-AC2025011 en reformulación a solicitud del Grupo de Aseguramiento de la Calidad y Seguridad Operacional (GASOP).

Las siguientes graficas reflejan el estado general del plan de mejoramiento institucional, por vigencia y por área responsable:



Cantidad de hallazgos por vigencia (Fuente: Seguimiento por MSLLists y PowerBi).



Cantidad de hallazgos por dependencia (Fuente: Seguimiento por MSLists y PowerBi).

## Seguimiento de Efectividad

Se realizó por parte de la Oficina de Control Interno la validación de efectividad a los hallazgos NC MENOR-AC2024016 y NC MENOR-AC2024011 del Grupo de Aseguramiento de la Calidad y Seguridad Operacional (GASOP), NC MENOR-AC2024048 a cargo del Grupo de Entrenamiento (CECSA), la NC MENOR-AC2024010 de la Gerencia de Mantenimiento (GEMAN) y la OB AC2024125 del Grupo SIGCA, obteniendo los siguientes resultados:

### NC MENOR-AC2024016-Aseguramiento de la Calidad y Seguridad Operacional (GASOP):

En conclusión, con base en los resultados obtenidos, no evidencia efectividad del plan de mejoramiento y, por ende, no se efectúa el cierre de la no conformidad y pasa a reformulación.

Adicionalmente, se alerta que no se evidenció cumpliendo por parte de GRUMAN y OCCAL de lo establecido en el numeral 5.10.2 capítulo 5 del Manual de la Organización de Mantenimiento – MOM:

*“Es responsabilidad del jefe de cada área involucrada en la ejecución de planes de mejoramiento el contenido, la coherencia, la pertinencia y la oportunidad de los reportes del desarrollo y cumplimiento de las acciones contenidas en el plan de mejoramiento, así como el cumplimiento de los lineamientos establecidos al interior de la Corporación en relación con los planes de mejoramiento. Todos los planes de mejoramiento se registrarán en DataDoc y serán aceptados o rechazados por el auditor previo análisis de este.*

*En relación con la causa raíz identificada, el auditado debe generar las actividades que comprendan el plan de acción que permitan eliminar la causa raíz y así evitar la recurrencia de este.*

**El plazo para responder los planes de acción para los hallazgos que deriven acciones correctivas es de cinco (5) días hábiles una vez se encuentra visible el hallazgo en el sistema”.**

Lo anterior, dado que se detectó que para la AC2025057 de GRUMAN la generación de hallazgo se dio el 22/05/2025 y para la AC2025060 de OCCAL el 23/05/2025. A pesar de lo mencionado, para el 29/07/2025 aún no se encontró desarrollado el análisis de causa y la formulación del plan de mejoramiento, lo cual genera la posibilidad de materialización del riesgo **R1.2** “Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones o por la pérdida de competitividad al perder, no mantener o no obtener las Capacidades (Certificaciones) requeridas por la CIAC por el incumplimiento de los requisitos legales, de clientes, internos y de los establecidos en las diferentes normas (**ISO 9001, ISO 14001, ISO 28000, BASC, OEA, EN 9100, EN 9110, FAR, RAC, LAR**)”

### NC MENOR-AC2024011-Aseguramiento de la Calidad y Seguridad Operacional (GASOP):

Criterio	Prueba	Resultado
----------	--------	-----------

# INFORME DE AUDITORÍA

<p><b>NC MENOR-AC2024011:</b></p> <p>Respecto al control C.2.5 el cual establece: "El Coordinador de Seguridad Operacional o delegado y jefe de Control producción deben coordinar mínimo una (1) vez por semana que todo el personal operativo realice una caminata en la plataforma, hangar de mantenimiento y los laboratorios en busca de material FOD para su adecuada disposición. Al finalizar la jornada de prevención de FOD se relacionan los elementos encontrados en el formato establecido, quienes diligencian tal formato será el Coordinador de Seguridad Operacional y Control Producción, el cual queda como evidencia del control. Cuando se opera en el hangar del Comando Aéreo de Mantenimiento este control es efectuado por el personal designado de seguridad operacional de la Fuerza Aérea Colombiana quienes salvaguardan los registros respectivos". No se evidencia cumplimiento semanal generando No Conformidad.</p> <p><b>Acción:</b> Contención: Se realizará charla de seguridad operacional enfocada a la importancia del cumplimiento con las campañas de FOD.</p> <p><b>Acción correctiva:</b> Se programará seguimiento a las campañas de FOD en Microsoft Planner con los responsables de control producción en Madrid y Bogotá.</p> <p><b>Actualmente C2.5 de la MTZ-1-03-009</b> <b>Versión: 18</b></p> <p>El Coordinador de Seguridad Operacional o delegado y jefe de Control producción deben coordinar mínimo una (1) vez por semana que todo el personal operativo realice una caminata en la plataforma, hangar de mantenimiento y los laboratorios en busca de material FOD para su adecuada disposición. Al finalizar la jornada de prevención de FOD se relacionan los elementos encontrados en el formato establecido, quienes diligencian tal formato será el Coordinador de Seguridad Operacional y Control Producción, el cual queda como evidencia del control. Cuando se opera en el hangar del Comando Aéreo de Mantenimiento este control es efectuado por el personal designado de seguridad operacional de la Fuerza Aérea Colombiana quienes salvaguardan los registros respectivos.</p>	<p>Verificar cumplimiento del control C2.5, con seguimiento a la realización de las caminatas FOD de las semanas de mayo y junio del 2025: 1. Del 5 al 9 de mayo, 2. Del 12 al 16 de mayo, 3. Del 19 al 23 de mayo, 4. Del 26 al 30 de mayo, 5. Del 2 al 6 de junio, 6. Del 9 al 13 de junio, 7. Del 16 al 20 de junio, 8. Del 23 al 27 de junio para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caminatas plataforma.</li> <li>2. Caminatas hangar mantenimiento.</li> <li>3. Caminatas laboratorios.</li> </ol>	<p>Se verificaron las siguientes caminatas en busca de material FOD:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Del 5 al 9 de mayo Madrid 6 y 8 Bogotá 1</li> <li>2. Del 12 al 16 de mayo Madrid 13,15 Bogotá 12</li> <li>3. Del 19 al 23 de mayo Madrid 20,22 Bogotá 23</li> <li>4. Del 26 al 30 de mayo Madrid 27,29 5. Del 2 al 6 de junio Madrid 3,5 Bogotá 3</li> <li>6. Del 9 al 13 de junio Madrid 10,12 Bogotá 10</li> <li>7. Del 16 al 20 de junio Madrid 17,19 Bogotá 20</li> <li>8. Del 23 al 27 de junio Madrid 24,27 Bogotá 27</li> </ol> <p>Dado lo anterior, para la semana del 26 al 30 de mayo no se evidenció caminata en Bogotá. Adicionalmente, no se evidenciaron "Caminatas en los laboratorios en busca de material FOD" pfrs. Las situaciones descritas generan incumplimiento de la ejecución del control, por lo cual no se efectúa el cierre de los hallazgos y pasa a reformulación.</p>
--	---	---

En conclusión, con base en los resultados obtenidos, **no se evidencia efectividad del plan de mejoramiento**. Sin embargo, dado que la NC MENOR-AC2025011 fue generada bajo la misma situación de incumplimiento del control C.2.5, se realiza el cierre del hallazgo NC MENOR-AC2024011 con el fin de que las causas y plan de acción quede agrupado y gestionado desde la NC MENOR-AC2025011 que se encuentra en reformulación.

## NC MENOR-AC2024048- Grupo de Entrenamiento (CECSA):

Criterio	Prueba	Resultado
<p><b>NC MENOR-AC2024048:</b> "No se evidenció total cumplimiento de lo establecido en el Procedimiento Plan Institucional De Capacitación código: P-6-00-007 dado lo detallado a continuación:</p> <p><b>HECHO 1</b> El procedimiento P-6-00-007 establece los siguientes indicadores: "Verificación del Plan Institucional de Capacitación: El proceso gestión del Talento Humano medirá el</p>	<p>Verificar los siguientes indicadores para la vigencia 2025:</p> <p><b>2.1.3.1 INDICADORES</b></p> <p><b>Cobertura:</b> N° de personas programadas para la capacitación vs N° de</p>	<p>Cobertura: El indicador se realiza conforme lo estipulado en el "PROCEDIMIENTO PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN Código: P-6-00-007 Versión: 7 Fecha de edición: 3/02/2025".</p>

## INFORME DE AUDITORÍA

<p>plan de capacitación a través de los siguientes indicadores y/o informes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cumplimiento (Nº de capacitaciones realizadas / Nº de capacitaciones programadas) *100</li> <li>2. Cobertura (Nº de Asistentes a la capacitación / Nº de invitados a la capacitación) *100</li> <li>3. Efectividad (Nº de Asistentes que aprobaron la capacitación / Nº de Asistentes a la Capacitación) *100</li> <li>4. Efectividad (Trimestralmente se entrega un informe por capacitación evaluada)." Al verificar estos, no se evidencia la inclusión de las capacitaciones con costo en el primer indicador, conforme al numeral "PASO A PASO CONTEMPLADO EN EL PLAN".</li> </ol> <p>HECHO 2</p> <p>Al verificar los indicadores del proceso y de acuerdo con lo establecido en el procedimiento P-6-00-007, no se evidenció que se haya realizado los indicadores Cobertura y tampoco el indicador de Efectividad.</p> <p>Así mismo, no se evidenció la ejecución del ítem 4, que corresponde a la entrega de informes trimestrales de evaluación de capacitaciones".</p> <p><b>ACCIÓN:</b> Incluir en el procedimiento que el indicador EJECUCIÓN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN debe incluir tanto las capacitaciones pagas como las no pagas.</p> <p><b>PROCEDIMIENTO PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN Código: P-6-00-007 Versión: 7</b>  <b>Fecha de edición: 3/02/2025</b></p> <p><b>2.1.3.1 INDICADORES</b> Es importante tener en cuenta que se tendrán dos indicadores de gestión uno por cobertura del programa y por cumplimiento del programa: Cobertura: Nº de personas programadas para la capacitación vs Nº de personas que realizaron la capacitación. Cumplimiento: Nº de capacitaciones programadas vs Nº de capacitaciones realizadas. (se calcula teniendo en cuenta la suma de capacitaciones de Educación Continuada (capacitaciones pagas) más las capacitaciones del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC).)</p>	<p>personas que realizaron la capacitación.</p> <p><b>Cumplimiento:</b> Nº de capacitaciones programadas vs Nº de capacitaciones realizadas. (se calcula teniendo en cuenta la suma de capacitaciones de Educación Continuada (capacitaciones pagas) más las capacitaciones del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC).)</p>	<p>Cumplimiento: Se evidencia conformidad del indicador de cumplimiento calculado en Nº de capacitaciones programadas vs Nº de capacitaciones realizadas.</p> <p>Con lo anterior, se efectúa el cierre de la no conformidad.</p>
---	--	--

En conclusión, con base en los resultados obtenidos, **se evidencia efectividad del plan de mejoramiento y por ende el cierre del hallazgo.**

Sin embargo, en relación con el indicador de cobertura, se recomienda verificar el aporte, necesidad y pertinencia de este para la toma de decisiones dentro de la entidad ya que no se evidencia contemplado en la MATRIZ INDICADORES DE GESTIÓN CIAC V10 23/05/2025 y según manifiesta el proceso se efectúa de manera interna para el cumplimiento de los establecido en el PROCEDIMIENTO PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN.

### NC MENOR-AC2024010- Gerencia de Mantenimiento (GEMAN):

Criterio	Prueba	Resultado
<p><b>NC-AC2024010:</b> Respecto al control C 4.4 el cual establece: "El Jefe de Control Producción o su designado, asigna al personal para los servicios requeridos verificando las habilidades que cada técnico tiene aprobada de acuerdo con el roster, si no se cuenta con el personal suficiente se tramita el estudio de conveniencia y oportunidad (ECO), así mismo el Supervisor y el inspector durante la ejecución de los trabajos verifica que el técnico que ejecutara el trabajo cuenta con las habilidades requeridas para la tarea asignada. Como evidencia del control se conserva el registro de turnos de</p>	<p>Verificar registro de turnos en formato F-2-105(PRC25000512) de mantenimiento donde se identifica la habilidad que tiene cada técnico tomando como muestra 3 servicios de julio de 2025.</p>	<p>Se evidencia el control de turnos en formato aprobado F-2-105; Rev. 3; 11/Oct/2024 para los siguientes servicios del mes de julio de 2025: Servicio aeronave FAC 282 y C281 Servicio en aeronave ATR. Servicio de pernocta a JETSMART.</p>

<p>mantenimiento". El control se aplica con el formato F-2-105 versión: 1 del 18.mar.2021. Sin embargo, la evidencia presentada no corresponde con el que se encuentra en Isolución puesto que cuenta con ediciones generando No Conformidad.</p> <p><b>Acción:</b> <b>Corrección:</b> Se actualizará el cuadro F-2-105 de acuerdo a la última revisión cargada en ISOLUCION.</p> <p><b>Acción correctiva:</b> Se solicitará al área encargada de modificar/actualizar este formato que informe a Control Producción todos los cambios generados en el cuadro F-2-105 con el fin de mantener el mismo siempre actualizado.</p> <p>Actualmente <b>C2.21 de la MTZ-1-03-009 Versión : 18</b> El ingeniero de Control Producción o su designado, asigna al personal para los servicios requeridos verificando las habilidades que cada técnico tiene aprobada de acuerdo al roster, si no se cuenta con el personal suficiente se tramita la solicitud de personal con Gestión del Talento Humano, así mismo el Supervisor y el inspector durante la ejecución de los trabajos verifica que el técnico que ejecutara el trabajo cuenta con las habilidades requeridas para la tarea asignada. Como evidencia del control se conserva el registro de turnos formato F-2-105 de mantenimiento donde se identifica la habilidad que tiene cada técnico.</p>		<p>Dicho control se encuentra adecuado para prevenir que se presente: <b>"Fatiga por inadecuada asignación de la carga de trabajo en la prestación del servicio"</b> Con lo anterior, se efectúa el cierre de la no conformidad</p>
---	--	---

En conclusión, con base en los resultados obtenidos, **se evidencia efectividad del plan de mejoramiento y por ende el cierre del hallazgo.**

## OB-AC2024125- Grupo SIGCA:

Criterio	Prueba	Resultado
<p><b>NC MENOR-AC2024125:</b> Respecto al control C 5.47 el cual establece: "El Coordinador Administrativo verifica el Plan de Contingencias ambientales, elaborado por el Profesional de Gestión Ambiental en el cual se identifican las posibles contingencias ambientales y tiene establecidos procedimientos específicos a adoptar en la eventualidad que se presente alguna de ellas. Como resultado de la revisión solicita los ajustes necesarios y posteriormente lo aprueba. Adicionalmente, verifica que se realice la socialización del Plan una vez emitido y en las actividades de inducción. Como evidencia del control se conserva el Plan aprobado, así como las listas de asistencia a las socializaciones". Observación 2: Únicamente se evidencia la socialización en las actividades de inducción, no se evidencia la socialización del Plan una vez emitido.</p> <p><b>Acción:</b> 1.Se realizará socialización general del Plan de Contingencias Ambientales a los funcionarios de la Corporación. 30/09/2024 Actualmente C5.47 de la MTZ-1-03-009 Versión: 18 El Coordinador Administrativo verifica el Plan de Contingencias ambientales, elaborado por el Profesional de Gestión Ambiental en el cual se identifican las posibles contingencias ambientales y tiene establecidos procedimientos específicos a adoptar en la eventualidad que se presente alguna de ellas. Como resultado de la revisión solicita los ajustes necesarios y posteriormente lo aprueba. Adicionalmente, verifica que se realice la socialización del Plan una vez emitido y en las actividades de inducción. Como evidencia del control se conserva el Plan aprobado, así como las listas de asistencia a las socializaciones</p>	<p>Verificar aprobación y socialización del Plan de Contingencias ambientales (Código: PLN-5-07-001 Versión: 8Fecha Aprobación: 16/Feb/2024).ode su última versión, así como en las actividades de inducción de 2025.</p>	<p>Se evidenció que fue socializada la última versión del Plan de Contingencias Ambientales (Código: PLN-5-07-001 Versión: 8Fecha Aprobación: 16/Feb/2024.) vía correo electrónico a los funcionarios de la entidad. Adicionalmente, se evidenció en el Syllabus del "Curso de adoctrinamiento inducción a las políticas de CIAC S.A." dentro de su contenido: Unidad de Aprendizaje 3: Gestión ambiental Objetivo: Socializar el marco ambiental corporativo y dar a conocer las políticas en las áreas de gestión de residuos sólidos, gestión de residuos peligrosos, ahorro de agua y ahorro de energía. Temas: ¿Qué es el SGA?, Objetivos SGA CIAC, Programas SGA CIAC, Responsabilidades ambientales personal CIAC, Reportes ambientales, Código colores canecas resolución 2184 de 2019, ¿Qué es un residuo peligroso? Así mismo, en la presentación de dicha unidad para inducciones realizadas en las siguientes fechas: 15/01/2025, 16/01/2025, 30/01/2025, 12/02/2025,</p>

## INFORME DE AUDITORÍA

		13/02/2025, 21/02/2025, 20/03/2025, 21/04/2025, 19/05/2025, 23/06/2025, 28/10/2025. Se evidencian los tipos de contingencias y el medio de reporte en el procedimiento de Datadoc. Con lo anterior, se evidencia cumplimiento del control y el cierre del hallazgo.
--	--	---

En conclusión, con base en los resultados obtenidos, se evidencia efectividad del plan de mejoramiento y por ende el cierre del hallazgo.

	<b>Aspectos positivos</b>
NA.	
	<b>Hallazgos de auditoría</b>
	No se generaron hallazgos de auditoría.
	<b>Oportunidades de Mejora</b>
	No se generaron hallazgos de auditoría.
	<b>Conclusiones</b>

La siguiente tabla resume la conformidad de los hallazgos evaluados en el mes de julio de 2025:

Ítem	Número del hallazgo	Descripción	Efectividad (efectivo o no efectivo)	Acción (cerrar o reformular)
1	AC2024016 vigencia 2024	Respecto al control C.2.26 el cual establece: "El Coordinador del Grupo de Aseguramiento de la Calidad y/o el Auditor una vez finalizada cada auditoría, revisa los planes de acción o respuesta a las no conformidades generadas por los líderes de proceso. En la revisión se verifica que la causa raíz identificada sea la adecuada y que los planes de acción sean acordes y, en consecuencia, den tratamiento adecuado a la no conformidad y/o la debilidad presentada. Asesora a las áreas en caso de identificar planes no alineados a las causas y en caso de ser necesario se escala el caso al Comité de Gerencia. Como evidencia se observan las comunicaciones a las áreas y los planes de acción definitivos registrados en la plataforma Isolución". Se tomó muestra la "Auditoría Interna Hangar" para la cual no se evidenciaron los planes de acción definitivos registrados en la plataforma Isolución. Adicionalmente, los hallazgos fueron tramitados vía correo electrónico generando No Conformidad.	No efectivo	Reformular

## INFORME DE AUDITORÍA

2	AC 2024011 vigencia 2024	<p>Respecto al control C.2.5 el cual establece: "El Coordinador de Seguridad Operacional o delegado y Jefe de Control producción deben coordinar mínimo una (1) vez por semana que todo el personal operativo realice una caminata en la plataforma, hangar de mantenimiento y los laboratorios en busca de material FOD para su adecuada disposición. Al finalizar la jornada de prevención de FOD se relacionan los elementos encontrados en el formato establecido, quienes diligencian tal formato será el Coordinador de Seguridad Operacional y Control Producción, el cual queda como evidencia del control. Cuando se opera en el hangar del Comando Aéreo de Mantenimiento este control es efectuado por el personal designado de seguridad operacional de la Fuerza Aérea Colombiana quienes salvaguardan los registros respectivos". No se evidencia cumplimiento semanal generando No Conformidad.</p>	No efectivo	Se cierra para reformular en AC2025011
3	AC 2024048 vigencia 2024	<p>"No se evidenció total cumplimiento de lo establecido en el Procedimiento Plan Institucional De Capacitación código: P-6-00-007 dado lo detallado a continuación:</p> <p><b>HECHO 1</b> El procedimiento P-6-00-007 establece los siguientes indicadores: "Verificación del Plan Institucional de Capacitación: El proceso gestión del Talento Humano medirá el plan de capacitación a través de los siguientes indicadores y/o informes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cumplimiento (Nº de capacitaciones realizadas / Nº de capacitaciones programadas) *100</li> <li>2. Cobertura (Nº de Asistentes a la capacitación / Nº de invitados a la capacitación) *100</li> <li>3. Efectividad (Nº de Asistentes que aprobaron la capacitación / Nº de Asistentes a la Capacitación) *100</li> <li>4. Efectividad (Trimestralmente se entrega un informe por capacitación evaluada)." Al verificar estos, no se evidencia la inclusión de las capacitaciones con costo en el primer indicador, conforme al numeral "PASO A PASO CONTEMPLADO EN EL PLAN".</li> </ol> <p><b>HECHO 2</b> Al verificar los indicadores del proceso y de acuerdo con lo establecido en el procedimiento P-6-00-007, no se evidenció que se haya realizado los indicadores Cobertura y tampoco el indicador de Efectividad. Así mismo, no se evidenció la ejecución del ítem 4, que corresponde a la entrega de informes trimestrales de evaluación de capacitaciones".</p>	Efectivo	Cerrar
4	AC2024010 vigencia 2024	"El Jefe de Control Producción o su designado, asigna al personal para los servicios requeridos verificando las habilidades que cada técnico tiene	Efectivo	Cerrar

## INFORME DE AUDITORÍA

		aprobada de acuerdo al roster, si no se cuenta con el personal suficiente se tramita el estudio de conveniencia y oportunidad (ECO), así mismo el Supervisor y el inspector durante la ejecución de los trabajos verifica que el técnico que ejecutara el trabajo cuenta con las habilitaciones requeridas para la tarea asignada. Como evidencia del control se conserva el registro de turnos de mantenimiento". El control se aplica con el formato F-2-105 versión: 1 del 18.mar.2021. Sin embargo, la evidencia presentada no corresponde con el que se encuentra en Isolución puesto que cuenta con ediciones generando No Conformidad.		
5	AC2024125 vigencia 2024	Respecto al control C 5.47 el cual establece:"El Coordinador Administrativo verifica el Plan de Contingencias ambientales, elaborado por el Profesional de Gestión Ambiental en el cual se identifican las posibles contingencias ambientales y tiene establecidos procedimientos específicos a adoptar en la eventualidad que se presente alguna de ellas. Como resultado de la revisión solicita los ajustes necesarios y posteriormente lo aprueba. Adicionalmente, verifica que se realice la socialización del Plan una vez emitido y en las actividades de inducción. Como evidencia del control se conserva el Plan aprobado, así como las listas de asistencia a las socializaciones". Únicamente se evidencia la socialización en las actividades de inducción, no se evidencia la socialización del Plan una vez emitido.	Efectivo	Cerrar

Elaboró:  
Johanna Milena Duarte Sanchez

