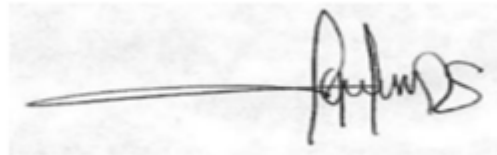
	ANEXO 10 CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO	CODIGO: FO-MA-GJ-S2-01
		VERSION: 03
	CONTROLADO SI <u>X</u> NO <u> </u>	FECHA: 24/05/2024
		PAGINA: 1 DE 1

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

Contrato de Prestación de Servicios No. C2-003-2026	
Supervisora	OLGA LORENA DIAZ CHAGUENDO
Por el Contratista	SGS COLOMBIA S.A.S NIT 860049921 RL WILLIAM ALEXANDER JOLEANE GONZALEZ CC 72.196.089
Objeto	Contratar los servicios especializados para la realización de la auditoria de seguimiento al plan de mejoramiento vigente, orientada al cierre de las No conformidades Mayores, en el marco de la certificación del Sistema de Gestión de Calidad de la Contraloría General del Cauca, de conformidad con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015
PAGO No.	01
VALOR DEL PAGO	\$ 7.500.000
SALDO RESTANTE	0
RP	0029 del 04 de marzo de 2026
VERIFICACION PAGO SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES	Informe del Revisor Fiscal del 06/03/2024 aportado.


Yo, **OLGA LORENA DIAZ CHAGUENDO**, teniendo en cuenta que el contratista cumplió con las obligaciones establecidas en el contrato, y también con los pagos al sistema de seguridad me permito solicitar se realice el pago de la única cuota por valor de **SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$7.500.000) PESOS M/CTE.**

Para constancia se firma los 26 días del mes de marzo de 2026.




OLGA LORENA DIAZ CHAGUENDO
SUPERVISORA




 CONTRALORÍA GENERAL DEL CAUCA	ANEXO 20 INFORME FINAL DEL SUPERVISOR	CODIGO: FO-MA-GJ-S2-01
		VERSION: 03
	CONTROLADO SI <u>X</u> NO <u> </u>	FECHA: 24/05/2024
		PAGINA:1 DE 1

No. DE CONTRATO	C2-003-2026		
CONTRATANTE	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA NIT. 891.500.403-3 REPRESENTANTE LEGAL PAOLA ANDREA PEREZ CAMACHO		
CONTRATISTA	SGS COLOMBIA S.A.S NIT 860049921		
No. DE IDENTIFICACIÓN	RL WILLIAM ALEXANDER JOLEANE GONZALEZ CC 72.196.089	EXPEDIDA EN	
SUPERVISOR	OLGA LORENA DIAZ CHAGUENDO		
NIVEL PROFESIONAL	DIRECTIVO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO Y SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
INTERVENTOR	NO APLICA		
NIVEL PROFESIONAL	NO APLICA	DEPENDENCIA	NO APLICA
OBJETO DEL CONTRATO			
Contratar los servicios especializados para la realización de la auditoria de seguimiento al plan de mejoramiento vigente, orientada al cierre de las No conformidades Mayores, en el marco de la certificación del Sistema de Gestión de Calidad de la Contraloría General del Cauca, de conformidad con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.			
DESCRIPCION DE ACTIVIDADES			
N.	ACTIVIDAD	ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO
1	1. Cumplir integralmente el objeto del contrato conforme a los estudios previos, especificaciones técnicas, carta de aceptación,	Se cumplio integralmente el objeto del contrato conforme a los estudios previos, especificaciones	100%




 CONTRALORÍA GENERAL DEL CAUCA	ANEXO 20 INFORME FINAL DEL SUPERVISOR	CODIGO: FO-MA-GJ-S2-01
		VERSION: 03
	CONTROLADO SI <u>X</u> NO <u> </u>	FECHA: 24/05/2024
		PAGINA:2 DE 1

	propuesta presentada y directrices impartidas por el supervisor del contrato.	técnicas, carta de aceptación, propuesta presentada y directrices impartidas.	
2	2. Presentar, con una antelación mínima de ocho (8) días calendario a la ejecución de la auditoría, el Plan de Auditoría correspondiente a la Certificación CO18/8554, el cual deberá contener como mínimo: a) Actividades a desarrollar b) Recursos necesarios c) Tiempo estimado de ejecución d) Recurso humano asignado e) Cronograma detallado f) Requisitos por proceso a auditar	Presentó matriz de plan de auditoria en 10 folios	100%
3	3. Ejecutar la auditoria de seguimiento al plan de mejoramiento vigente, orientada al cierre de las No conformidades Mayores, en el marco de la certificación del Sistema de Gestión de Calidad de la Contraloría General del Cauca, de conformidad con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, consistente en la revisión documental de las acciones correctivas o correcciones programadas en el FUA, incluyendo manuales, procedimientos, instructivos, guías, registros y demás documentación pertinente, evaluación que podrá realizarse de manera presencial o remota según las condiciones acordadas.	Presentó Informe de Revisión de No Conformidades en 7 folios	100%

 CONTRALORÍA GENERAL DEL CAUCA	ANEXO 20 INFORME FINAL DEL SUPERVISOR	CODIGO: FO-MA-GJ-S2-01
		VERSION: 03
	CONTROLADO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA: 24/05/2024
		PAGINA:3 DE 1

4	4. Como resultado deberá entregar informe indicando el resultado alcanzado y recomendaciones para su corrección.	Presentó Informe Interno de auditoria en 17 folios.	100%
3	3. Ejecutar la auditoria de seguimiento al plan de mejoramiento vigente, de carácter presencial o virtual, con el fin de verificar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad frente a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 y evaluar el mantenimiento del sistema.	Presentó Informe de Revisión de No Conformidades en 7 folios	100%
4	4. El tiempo estimado de auditoría in situ será de dos (2) días.	La auditoria fue realizada los días 5 y 6 de marzo de 2026, de manera presencial en la CGC.	100%
5	5. Realizar reunión de cierre en la cual se presentarán los resultados alcanzados, estado de las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora identificadas durante la auditoría.	Realizada el 06 de marzo, con registro de firmas en 1 folio	100%
6	6. Elaborar y entregar el informe final de auditoría, debidamente sustentado técnica y normativamente, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecución de la auditoría.	Presentó Informe interno de auditoria en 17 folios	100%
7	7. Emitir, en caso de cumplimiento, la correspondiente recomendación para la continuidad de la certificación ISO 9001:2015, conforme al reglamento del organismo certificador.	Emitió Constancia para la continuidad de la certificación emitida el 25/03/2026.	100%

 CONTRALORÍA GENERAL DEL CAUCA	ANEXO 20 INFORME FINAL DEL SUPERVISOR	CODIGO: FO-MA-GJ-S2-01
		VERSION: 03
	CONTROLADO SI <u>X</u> NO <u> </u>	FECHA: 24/05/2024
		PAGINA:4 DE 1

8	8. Designar auditores competentes, debidamente calificados y con experiencia en auditorías a entidades públicas.	Realizaron designación mediante correo electrónico a la auditora Rosmery Cepeda Murcia	100%
9	9. Ejecutar la auditoría conforme a los lineamientos de la Norma ISO 9001:2015 y las normas internacionales aplicables en materia de certificación de sistemas de gestión.	Una vez revisados los documentos la auditoria fue ejecutada conforme a los lineamientos de la Norma ISO 9001:2015 y las normas internacionales aplicables en materia de certificación de sistemas de gestión.	100%
10	10. Garantizar imparcialidad, independenciam, objetividad y confidencialidad en el desarrollo del proceso auditor.	Una vez revisados los documentos la auditoria fue realizada con imparcialidad, independenciam, objetividad y confidencialidad en el desarrollo del proceso auditor.	100%
11	11. Brindar soporte técnico relacionado con el proceso de certificación durante la ejecución contractual.	Se brindo soporte técnico relacionado con el proceso de certificación durante la ejecución contractual.	100%
12	12. Cumplir el cronograma aprobado por el supervisor del contrato.	Se cumplio el cronograma de trabajo aprobado.	100%


REGISTRO No.0029 del 04 de marzo de 2026

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.0015 del 10 de febrero de 2026

SUPERVISION: La supervisora del contrato **C2-003-2026**, quien atendiendo sus obligaciones presentó los siguientes informes:

INFORME FINAL: Presentado del 04 de marzo de 2026 al 13 de marzo de 2026; mediante el presente documento, en el cual se certifica que alcanza el 100% en el



	ANEXO 20 INFORME FINAL DEL SUPERVISOR	CODIGO: FO-MA-GJ-S2-01
		VERSION: 03
	CONTROLADO SI <u>X</u> NO_	FECHA: 24/05/2024
		PAGINA:5 DE 1

cumplimiento de las actividades.

Se deja constancia como supervisora que en sus informes el contratista cumplió con sus obligaciones al Sistema de Seguridad Social en Salud durante la vigencia del contrato No.**C2-003-2026**, de acuerdo al Informe del Revisor Fiscal presentado.

RESULTADOS OBTENIDOS Y/O IMPACTO ALCANZADO:

RECURSOS EJECUTADOS:

El valor del contrato fue de **SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$7.500.000) PESOS M/CTE**, pagaderos en una (1) sola cuota equivalente al cien por ciento (100%) del valor contratado, previa:

1. Presentación de la factura o cuenta de cobro.
2. Entrega del informe final de auditoría.
3. Certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato.
4. Acreditación del pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales, cuando haya lugar.

A la orden de pago se efectuarán los descuentos de ley correspondientes y el valor neto será cancelado


El cumplimiento alcanzado fue de 100%, por lo cual se autoriza el pago de única cuota del contrato, equivalente a **SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$7.500.000) PESOS M/CTE**.

Valor del contrato inicial	\$7.500.000
Valor otrosí del contrato	\$0
Valor ejecutado del contrato	\$7.500.000
Valor sin ejecutar del contrato	\$0
Valor cuentas presentadas y canceladas	\$0
Cuenta pendiente de cancelar	\$7.500.000
Saldo a favor de la entidad	\$0

EVALUACION DEL IMPACTO DE LO CONTRATADO

De acuerdo a lo anterior Yo, Olga Lorena Diaz Chaguendo, identificada con cédula de ciudadanía No.34.331.142 de Popayan - Cauca, en mi calidad de supervisor (a) del Contrato No. **C2-003-2026**, dejo constancia que el contratista ha sido evaluado



 CONTRALORÍA GENERAL DEL CAUCA	ANEXO 20 INFORME FINAL DEL SUPERVISOR	CODIGO: FO-MA-GJ-S2-01
		VERSION: 03
	CONTROLADO SI <u>X</u> NO_	FECHA: 24/05/2024
		PAGINA:6 DE 1

obteniendo como resultado un impacto positivo para la Contraloría General del Cauca frente al objeto contractual, en la ejecución del contrato.

La suscrita supervisora certifica que se han cumplido con las condiciones y obligaciones a cargo del Contratista y se da el visto bueno correspondiente al servicio prestado.

La suscrita supervisora certifica que el contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, durante la vigencia del contrato No. **C2-003-2026**, tal como se demuestra en el Informe del Revisor Fiscal presentado.

Dada en la ciudad de Popayán a los, veintiséis (26) días del mes de marzo de 2026.

DOCUMENTOS ANEXOS	FIRMA SUPERVISOR
<ol style="list-style-type: none"> 1. Matriz de plan de auditoria en 10 folios 2. Informe de Revisión de No Conformidades en 7 folios 3. Informe interno de auditoria en 17 folios 4. Constancia para la continuidad de la certificación emitida el 25/03/2026 5. Acta de reunión de apertura y cierre realizada el 5 y 6 de marzo, con registro de firmas en 1 folio. 6. Informe del Revisor Fiscal presentado 7. Factura electrónica No.SGS279881 	 <p>OLGA LORENA DIAZ CHAGUENDO Directora de Talento Humano y Servicios de Apoyo a la Gestión Supervisora</p>

REGISTRO DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORIA

Organización:	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA
Dirección:	Carrera 7 No 1N - 66 piso 2 Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Colombia
Líder del Equipo:	Rosmery Cepeda Murcia
Miembro(s) del Equipo:	N-A
Norma(s):	ISO 9001:20215
Idioma de Auditoría:	Español

Registro de Asistencia para Reuniones de Apertura y Cierre				Fecha Reunión Apertura	Fecha Reunión de Cierre
Nombre	Puesto en la organización	Por favor marque con una X si tiene la siguiente responsabilidad en el SG		Indicar los asistentes de la reunión de apertura (firma)	Indicar los asistentes de la reunión de cierre (firma)
		Responsable de la salud de los trabajadores y del cumplimiento legal SST	Representante de los trabajadores en COPAST		
Ariadna Aguilar D	DTIAG			<i>[Firma]</i>	
ELENE E. BRUJES	JEFE CONTROL I.			<i>[Firma]</i>	VIRTUAL
Olaya Loma Diaz Ch.	Asesora de planeación			<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
Diana P. Guerra N	Directora Jurídica			<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
Yeni Alejandra Campos	Directora R. Fiscal			<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
Alejandro Peinado	Director Auditorías			<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
M-T Subel Campos	Asesora Compras			<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
Paola Andrea Perez C.	Contratista			VIRTUAL	VIRTUAL
Di					

Justificación en caso de ausencia del personal clave del responsable del cumplimiento de requisitos legales SST, vigilancia de salud de los trabajadores y el representante de los trabajadores en el COPAST:

Bogotá, D.C. 25 de marzo de 2026

Señores,

CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA
Carrera 7 No 1N - 66 Segundo Piso Edificio Lotería del Cauca, Popayán.
CAUCA, COLOMBIA.

Asunto: Constancia para la continuidad de la certificación ISO 9001:2015.

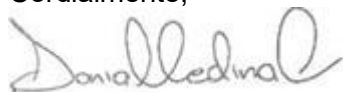
Por medio de la presente, se confirma que la empresa **CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA**, certificada bajo la norma ISO 9001:2015., con el siguiente alcance:

Alcance en ISO 9001:2015

CONTROL FISCAL A LA GESTIÓN INTEGRAL DE LAS ENTIDADES SUJETAS DE CONTROL DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, Y A LOS PARTICULARES QUE MANEJEN RECURSOS PÚBLICOS EN LA JURISDICCIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA.

SGS Colombia S.A.S. informa sobre el cumplimiento satisfactorio del cierre de las No conformidades, por lo que se recomienda la continuidad de la certificación ISO 9001:2015.

Cordialmente,



SONIA MEDINA CAMARGO.

Jefe de certificación.

SGS COLOMBIA S.A.S



CERTIFICACIÓN

INFORME DE REVISIÓN DE NO CONFORMIDADES: CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA

TIPO DE VISITA :

**SEGUIMIENTO DE NO CONFORMIDADES (IN
SITU) 3.4 (ONAC - ISO 9001:2015)**

NÚMERO DE CONTRATO :

CO/CAL/2000011165

BE THE BENCHMARK



Organización (Cliente)	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA
Dirección (Oficina Central)	Carrera 7 No 1N - 66 Segundo Piso Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.
Zastopnikpersona De Contacto En El Cliente	

CRITERIOS DE AUDITORÍA		
Acreditación	Oficina SGS Acreditada	Número efectivo de empleados
ONAC	SGS COLOMBIA S.A.S.	57
Norma / Esquema	Alcance De Certificación	
ISO 9001:2015	CONTROL FISCAL A LA GESTIÓN INTEGRAL DE LAS ENTIDADES SUJETAS DE CONTROL DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, Y A LOS PARTICULARES QUE MANEJEN RECURSOS PÚBLICOS EN LA JURISDICCIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA.	

Asignación del Equipo Auditor	
Auditor jefe de la visita de revisión De No Conformidades	Ext. Rosmery.Cepeda - Auditor
Otros Acompañantes (Nombre Y Función)	
Fecha(s) De Revisión De No Conformidades	05 mar. 2026 - 06 mar. 2026

1. OBJETIVOS DE REVISIÓN DE NO CONFORMIDADES

El objeto de esta actividad de FUA ha sido evaluar las acciones correctivas emprendidas por la organización en respuesta a las no conformidades identificadas , y confirmar que el sistema de gestión opera eficientemente.

2. RESUMEN Y CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El equipo auditor recomienda, con base en los resultados de este seguimiento FUA y el estado de desarrollo y madurez del sistema, que la certificación del sistema de gestión sea:

NORMA Y ACREDITACIÓN	CONCLUSIONES
ISO 9001:2015 - ONAC	Mantenida

La continuidad de la certificación está condicionada al tratamiento adecuado de las no conformidades.

RESUMEN DE LA AUDITORIA
Esta revisión FUA (o parte) ha sido realizada en las instalaciones del cliente.
Sitio(s) auditado(s): CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA : Carrera 7 No 1N - 66 Segundo Piso Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.,

Se han alcanzado los objetivos de esta revisión.

3. LINEAS DE INVESTIGACIÓN DE AUDITORIA

4. No conformidades de la visita actual

NO CONFORMIDADES MAYORES

Se deberá emprender inmediatamente una acción correctiva (incluyendo un análisis de causas). El cliente notificará a SGS las acciones propuestas antes de 30 días desde esta visita. SGS realizará un seguimiento antes de 90 días para confirmar la efectividad de las acciones. La decisión de certificación dependerá del resultado del seguimiento realizado.

5. No conformidades de la visita anterior

No Conformidad	Nº 1/ 6	<input checked="" type="checkbox"/> Mayor	<input type="checkbox"/> Minor
Proceso	Proceso Planeación y Gestión de Calidad	Fecha De Apertura	10 Dec 2025
Norma / Esquema	ISO 9001:2015	Cláusulas	6.2,10.2
Descripción	<p>Se declara una no conformidad mayor debido a la ineficacia demostrada de los planes de acción definidos para dar tratamiento a la No Conformidad Menor previamente identificada, cuyo criterio era: "Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar: a) qué se va a hacer; b) qué recursos se requerirán; c) quién será responsable, d) cuándo se finalizará; e) cómo se evaluarán los resultados. EVIDENCIA En la planificación de los objetivos en el documento Plan Estratégico 2022-2025, no se evidencio qué se va a hacer, qué recursos se requerirán, quién será responsable, ni cuándo se finalizará. Lo anterior incumple el numeral 6.2.2 de la norma ISO 9001:2015". Tras validar la implementación de las acciones definidas en el registro anexo 08 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28/05/2024 del 04/12/2025, se observó la ineficacia de las mismas, dado que, a pesar de contar con el Anexo 08 Guía Política y Objetivos de Calidad GU-ME-PI-S1-01 listo para aprobación, persiste la misma ausencia de planificación detallada de los objetivos de la calidad (qué se va a hacer, recursos, responsable, finalización y evaluación), evidenciando que la acción correctiva no ha sido efectiva para eliminar la causa raíz.</p> <p>Lo anterior incumple los numeral es 6.2.2 y 10.2.1 d) de la norma ISO 9001:2015</p>		
CERRADO POR:	Ext. Rosmery.Cepeda	FECHA DE CIERRE:	06 Mar 2026
No Conformidad	Nº 2/ 6	<input checked="" type="checkbox"/> Mayor	<input type="checkbox"/> Minor
Proceso	Proceso Evaluación y Mejora	Fecha De Apertura	10 Dec 2025
Norma / Esquema	ISO 9001:2015	Cláusulas	9.2,10.2
Descripción	<p>Se declara una no conformidad mayor debido a la ineficacia demostrada de los planes de acción definidos para dar tratamiento a la No Conformidad Menor previamente identificada, cuyo criterio era: "La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad: a) es conforme con: 2) los requisitos de esta Norma Internacional. EVIDENCIA: Se evidencio falla en el reporte de los hallazgos detectados en la auditoría interna al SGC, ya que en los informes no se identifica el numeral que se incumple. Por otra parte, al revisar el Anexo 8. Lista de verificación se vio que no concuerda los hallazgos reportados vs el informe de auditoría interna como se vio en la muestra proceso talento humano. Además, no se evidencio el Anexo 3 Cuadro de seguimiento a las auditorías internas al sistema integrado MECI -calidad FO-MV-EM-S2-02 V06 20.05.2024.Lo anterior incumple el numeral 9.2.1 ítem a -2 de la norma ISO 9001:2015".</p> <p>La falta de eficacia de las acciones correctivas se constata al identificar nuevas desviaciones que demuestran la recurrencia del incumplimiento en la planificación y ejecución de auditorías internas. Específicamente, en los procesos muestreados (Planeación y Gestión de Calidad, Evaluación y Mejora, y Participación Ciudadana), no se aplicó el documento Anexo 8 Lista de verificación, no se evidencio el uso del Anexo 3 Cuadro de seguimiento a las auditorías internas al sistema integrado, no se evidenciaron las acciones de mejora (Anexo 2 Plan de mejoramiento por proceso FO-MV-EM-S3-01) para los hallazgos reportados en el proceso Planeación y Gestión de Calidad, y no se auditó el proceso Evaluación y Mejora</p> <p>Lo anterior incumple los numerales 9.2.1 a)-2 y 10.2.1 d) de la norma ISO 9001:2015.</p>		
CERRADO POR:	Ext. Rosmery.Cepeda	FECHA DE CIERRE:	06 Mar 2026
No Conformidad	Nº 3/ 6	<input checked="" type="checkbox"/> Mayor	<input type="checkbox"/> Minor
Proceso	Proceso Responsabilidad fiscal y jurisdicción coactiva	Fecha De Apertura	10 Dec 2025
Norma / Esquema	ISO 9001:2015	Cláusulas	6.1,10.2

Descripción	<p>Se declara una no conformidad mayor debido a la ineficacia demostrada de los planes de acción definidos para dar tratamiento a la No Conformidad Menor previamente identificada, cuyo criterio era: "Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y los servicios.</p> <p>EVIDENCIA: Se evidenció que los controles existentes para mitigar o evitar los riesgos no son adecuados como se vio en la muestra tomada riesgo "Prescripción de los procesos de responsabilidad fiscal. Lo anterior incumple el numeral 6.1.2 de la norma ISO 9001:2015"</p> <p>Esto se comprueba con la falta de implementación total de los planes de acción descritos en el registro anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28/05/2024 del 04/12/2025, específicamente la no actualización de los riesgos y oportunidades en la herramienta oficial establecida para todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).</p> <p>Lo anterior incumple los numerales 6.1.2 y 10.2.1 d) de la norma ISO 9001:2015</p>		
CERRADO POR:	Ext. Rosmery.Cepeda	FECHA DE CIERRE:	06 Mar 2026
No Conformidad	Nº 4/ 6	<input checked="" type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Minor	
Proceso	Proceso Administración de Recursos Informáticos	Fecha De Apertura	10 Dec 2025
Norma / Esquema	ISO 9001:2015	Cláusulas	7.5.1,10.2,7.1.3
Descripción	<p>Se declara una no conformidad mayor debido a la ineficacia demostrada de los planes de acción definidos para dar tratamiento a la No Conformidad Menor previamente identificada, cuyo criterio era: "La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios. El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>EVIDENCIA: Se evidenció que el proceso no lleva el control de los registros que aplican para el control de los mantenimientos como son: hoja de vida del equipo, inventarios, anexo 3 formato bitácora de equipos, por lo que no se pueden evidenciar las muestras:</p> <p>Equipos Regulares: C.P.U HP MXL4061BHG. Scanner Portab 1HP CN361L1066. Computador portátil Lenovo PFOXM1PM.</p> <p>Equipos en buen estado: UPS Ref. SUVTP20KF2B4S. S-M. Servidor PROC XEON BRONZE 3204. COL COM EF. Lo anterior incumple el numeral 7.1.3 y 7.5.1 ítem b de la norma ISO 9001:2015"</p> <p>La ineficacia de las acciones correctivas se comprueba al revisar el registro anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28/05/2024 del 04/12/2025, donde se evidencia que no se han ejecutado ni implementado todas las acciones declaradas. Adicionalmente, se evidenció que el proceso no está utilizando el documento Anexo 03 formato programación del plan de mantenimiento FO-MA-AI-S1-05 V04 24.05.2024.</p> <p>Lo anterior incumple el numeral 7.1.3, 7.5.1 b) y 10.2.1 d) de la norma ISO 9001:2015</p>		
CERRADO POR:	Ext. Rosmery.Cepeda	FECHA DE CIERRE:	06 Mar 2026
No Conformidad	Nº 5/ 6	<input checked="" type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Minor	
Proceso	Proceso Gestión del Talento Humano	Fecha De Apertura	10 Dec 2025
Norma / Esquema	ISO 9001:2015	Cláusulas	7.3,10.2
Descripción	<p>Se declara una no conformidad mayor debido a la ineficacia demostrada de los planes de acción definidos para dar tratamiento a la No Conformidad Menor previamente identificada, cuyo criterio era: "La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>EVIDENCIA: Se evidenció incumplimiento de en la aplicación de los formatos actualizados. Por otra parte, se evidenció que los funcionarios no cumplen con el diligenciamiento de las encuestas anexo 7 y el anexo 13 evaluación efectiva de capacitación FO-MA-TH-S1-02 V02 24.05.2024. Lo anterior incumple el numeral 7.3 ítem c y d de la norma ISO 9001:2015"</p> <p>La ineficacia de las acciones correctivas se comprueba al revisar el registro anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28/05/2024 del 04/12/2025, donde se evidencia que no se han ejecutado ni implementado todas las acciones declaradas. Adicionalmente, el incumplimiento se reitera en la baja participación y toma de conciencia del personal, tal como lo demuestran las cifras: para la capacitación de Transformación Digital (42 funcionarios), solo 8 contestaron la encuesta; y para la medición del nivel de satisfacción de bienestar e incentivos (57 funcionarios), solo 10 respondieron.</p> <p>Lo anterior incumple el numeral 7.3 c) y d) y 10.2.1 d) de la norma ISO 9001:2015</p>		
CERRADO POR:	Ext. Rosmery.Cepeda	FECHA DE CIERRE:	06 Mar 2026
No Conformidad	Nº 6/ 6	<input checked="" type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Minor	
Proceso	Proceso Gestión Jurídica	Fecha De Apertura	10 Dec 2025

Norma / Esquema	ISO 9001:2015	Cláusulas	10.2,8.4.1
Descripción	<p>Se declara una no conformidad mayor debido a la ineficacia demostrada de los planes de acción definidos para dar tratamiento a la No Conformidad Menor previamente identificada, cuyo criterio era: "La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos. La organización debe conservar la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones.</p> <p>EVIDENCIA: No se evidenció la determinación de los criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos. Por otra parte, se vio en el anexo 22 Informe de evaluación del desempeño de los proveedores externos FO.MA-GJ-S2-01 V01 10.09.2021 año 2023, no se deja registro en la casilla modalidad y en la casilla evaluación de impacto de os contrato. Lo anterior incumple el numeral 8.4.1 de la norma ISO 9001:2015".</p> <p>La ineficacia de las acciones correctivas se comprueba al revisar el registro anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28/05/2024 del 04/12/2025, donde se evidencia que, al validar la determinación de los criterios en el procedimiento de contratación PT-MA-GJ-S2-01 V13 05.09.2025, no se han definido los criterios de forma clara. Más aún, al validar los criterios con la muestra tomada (Contrato No. C2-010-2025), se observó que, aunque el anexo 3 evalúa los criterios de evaluación, no se evidencian los criterios de selección y reevaluación. De igual forma, los criterios de seguimiento al desempeño en el anexo 22 no se aplico para la muestra tomada.</p> <p>Lo anterior incumple los numerales 8.4.1 y 10.2.1 d) de la norma ISO 9001:2015.</p>		
CERRADO POR:	Ext. Rosmary.Cepeda	FECHA DE CIERRE:	06 Mar 2026

6. INFORMACION ADICIONAL / COMENTARIOS

1. Proceso de Planeación y Gestión de Calidad

Se cerró la No Conformidad Mayor tras verificar la actualización del procedimiento para la formulación de planes y proyectos. El equipo ajustó la metodología para incluir recursos, responsables y plazos específicos en la planificación de objetivos de calidad. Además, se validó el avance en la construcción del Plan Estratégico 2026-2029 mediante mesas de trabajo documentadas.

2. Proceso de Evaluación y Mejora

Se logró el cierre de la No Conformidad mediante la ejecución de auditorías internas pendientes y la actualización del procedimiento respectivo. El proceso estandarizó el uso de registros obligatorios como las listas de verificación y el cuadro de seguimiento a hallazgos. Se recomendó fortalecer la independencia del equipo auditor para evitar conflictos de interés con la Asesoría de Planeación.

3. Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva

El proceso actualizó exitosamente su matriz de riesgos, incorporando controles preventivos para mitigar la prescripción de procesos. Se evidenció la socialización de estos cambios a todo el personal a través de canales institucionales y la página web. Las acciones correctivas permitieron que los controles ahora sean coherentes con el impacto potencial de los riesgos identificados.

4. Gestión del Talento Humano

Se cerraron las acciones correctivas relacionadas con la toma de conciencia y la participación del personal en encuestas de bienestar y capacitación. Mediante campañas informativas y circulares, se aseguró el uso de formatos vigentes y se alcanzó una participación superior al 80% de los funcionarios. Este fortalecimiento garantiza que el personal comprenda su contribución a la eficacia del sistema de calidad.

5. Administración de Recursos Informáticos

Se regularizó el control de infraestructura mediante la actualización de hojas de vida, inventarios y bitácoras de mantenimiento de equipos. El proceso asignó responsables específicos y estableció indicadores en el plan de acción para asegurar la actualización anual de la información técnica. Finalmente, se optimizaron las condiciones de almacenamiento y se gestionó la baja de bienes obsoletos bajo normativa.

6. Gestión Jurídica (Contratación)

Se cerró la No Conformidad mediante la validación del impacto de los contratos y la correcta documentación del desempeño de proveedores externos. El proceso actualizó y diligenció todas las casillas de evaluación en el formato oficial, incluyendo modalidad e impacto al finalizar la vigencia. Estas acciones aseguran que la entidad mantenga un control efectivo sobre la calidad de los servicios adquiridos y el cumplimiento de los objetivos contractuales.

SITE SERVICE SCOPE - ANNEX A

ANNEX - SITE IN CERTIFICATION SCOPE	
*The scope is shown at site level only where it is different to the main scope for the service (as displayed in audit criteria section of the report)	
Sitios	Service/Scope}
SITIO 1: CONTRALORÍA GENERAL DEL CAUCA - Carrera 7 No 1N - 66 Segundo Piso Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.	ONAC ISO 9001:2015: Spanish: *

WWW.SGS.COM

WHEN YOU NEED TO BE SURE



Informe interno de auditoría

Organización (Cliente)	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA
Tipo de Visita:	Seguimiento de No Conformidades (in situ) 3.4 (ONAC - ISO 9001:2015)
Número de contrato:	CO/CAL/2000011165
Fecha(s) de auditoría	05 mar. 2026 - 06 mar. 2026
Fecha de vencimiento de la certificación:	20 dic. 2027
SGS Oficina Proveedora:	SGS COLOMBIA S.A.S.
Dirección de la oficina Principal:	Carrera 7 No 1N - 66 Segundo Piso Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.
Persona De Contacto En El Cliente:	Olga Lorena Diaz
Teléfono:	312 3697699
Email:	despacho@contraloria-cauca.gov.co

ASIGNACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR

Nombre	Rol	Días/Persona	Sitio(s) auditado(s)	Fecha(s) de auditoría
Ext. Rosmary.Cepeda	Jefe de equipo - Auditor	1.5	SITIO 1 - CONTRALORÍA GENERAL DEL CAUCA - Carrera 7 No 1N - 66 Segundo Piso Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.	05 mar. 2026 - 06 mar. 2026
Cualquier otra persona acompañando al equipo auditor				
Notas del Task				
Notas del CONTRACT				
Capacitación del equipo auditor				

INFORMACIÓN EXISTENTE SOBRE LA CERTIFICACIÓN

N° Certificado	Norma	Acreditación	Certificado desde	Válido desde	Fecha de vencimiento de la certificación
CO18/8554	ISO 9001:2015	ONAC	21.12.2018	21.12.2024	20.12.2027
Sitios					
CONTRALORÍA GENERAL DEL CAUCA - Carrera 7 No 1N - 66 Segundo Piso Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.					
Alcance de la certificación					
CONTROL FISCAL A LA GESTIÓN INTEGRAL DE LAS ENTIDADES SUJETAS DE CONTROL DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, Y A LOS PARTICULARES QUE MANEJEN RECURSOS PÚBLICOS EN LA JURISDICCIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA.					

CRITERIO DE AUDITORÍA

Norma		
ISO 9001:2015		
Oficina de SGS Acreditada	Acreditación	Número efectivo de empleados
SGS COLOMBIA S.A.S.	ONAC	57
Esquema/Alcance		
CONTROL FISCAL A LA GESTIÓN INTEGRAL DE LAS ENTIDADES SUJETAS DE CONTROL DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, Y A LOS PARTICULARES QUE MANEJEN RECURSOS PÚBLICOS EN LA JURISDICCIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA.		
¿Se ha modificado el alcance como resultado de esta auditoría?		
No		
Códigos Aplicables		
Código EAC :	36	
Código TA :	36.1	
Código NACE :	75.11	
Código CNAS :		

RESUMEN DE LA AUDITORIA

Esta revisión FUA (o parte) ha sido realizada en las instalaciones del cliente.

Sitio(s) auditado(s):

CONTRALORÍA GENERAL DEL CAUCA : Carrera 7 No 1N - 66 Segundo Piso Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.,

Se han alcanzado los objetivos de esta revisión.

La organización ha realizado un análisis de causas, emprendido correcciones y acciones correctivas eficaces para las no conformidades identificadas, establecido y mantenido su sistema de gestión de acuerdo con los requisitos de las normas de auditoría, y demostrado la capacidad del sistema para cumplir sistemáticamente los requisitos acordados, los productos y servicios dentro del alcance de certificación, así como los compromisos de la política de la organización.

ASISTENCIA A LAS REUNIONES DE APERTURA Y CIERRE

Nombre	Posición	Reunión de apertura	Reunión de cierre
Olga Lorena Díaz	Asesora de planeación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
>Dra. Paola Pérez	Contralora	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ASISTENCIA A LAS REUNIONES DE APERTURA Y CIERRE

Nombre	Posición	Reunión de apertura	Reunión de cierre
• María Isabel Campos Achicanoy	Asesora de comunicaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Eleiner Bruces	Jefe Control Interno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

INFORMACION ADICIONAL / COMENTARIOS

1. Proceso de Planeación y Gestión de Calidad

Se cerró la No Conformidad Mayor tras verificar la actualización del procedimiento para la formulación de planes y proyectos. El equipo ajustó la metodología para incluir recursos, responsables y plazos específicos en la planificación de objetivos de calidad. Además, se validó el avance en la construcción del Plan Estratégico 2026-2029 mediante mesas de trabajo documentadas.

2. Proceso de Evaluación y Mejora

Se logró el cierre de la No Conformidad mediante la ejecución de auditorías internas pendientes y la actualización del procedimiento respectivo. El proceso estandarizó el uso de registros obligatorios como las listas de verificación y el cuadro de seguimiento a hallazgos. Se recomendó fortalecer la independencia del equipo auditor para evitar conflictos de interés con la Asesoría de Planeación.

3. Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva

El proceso actualizó exitosamente su matriz de riesgos, incorporando controles preventivos para mitigar la prescripción de procesos. Se evidenció la socialización de estos cambios a todo el personal a través de canales institucionales y la página web. Las acciones correctivas permitieron que los controles ahora sean coherentes con el impacto potencial de los riesgos identificados.

4. Gestión del Talento Humano

Se cerraron las acciones correctivas relacionadas con la toma de conciencia y la participación del personal en encuestas de bienestar y capacitación. Mediante campañas informativas y circulares, se aseguró el uso de formatos vigentes y se alcanzó una participación superior al 80% de los funcionarios. Este fortalecimiento garantiza que el personal comprenda su contribución a la eficacia del sistema de calidad.

5. Administración de Recursos Informáticos

Se regularizó el control de infraestructura mediante la actualización de hojas de vida, inventarios y bitácoras de mantenimiento de equipos. El proceso asignó responsables específicos y estableció indicadores en el plan de acción para asegurar la actualización anual de la información técnica. Finalmente, se optimizaron las condiciones de almacenamiento y se gestionó la baja de bienes obsoletos bajo normativa.

6. Gestión Jurídica (Contratación)

Se cerró la No Conformidad mediante la validación del impacto de los contratos y la correcta documentación del desempeño de proveedores externos. El proceso actualizó y diligenció todas las casillas de evaluación en el formato oficial, incluyendo modalidad e impacto al finalizar la vigencia. Estas acciones aseguran que la entidad mantenga un control efectivo sobre la calidad de los servicios adquiridos y el cumplimiento de los objetivos contractuales.

INFORMACIÓN INTERNA

1. Proceso de Planeación y Gestión de Calidad

Se cerró la No Conformidad Mayor tras verificar la actualización del procedimiento para la formulación de planes y proyectos. El equipo ajustó la metodología para incluir recursos, responsables y plazos específicos en la planificación de objetivos de calidad. Además, se validó el avance en la construcción del Plan Estratégico 2026-2029 mediante mesas de trabajo documentadas.

2. Proceso de Evaluación y Mejora

Se logró el cierre de la No Conformidad mediante la ejecución de auditorías internas pendientes y la actualización del procedimiento respectivo. El proceso estandarizó el uso de registros obligatorios como las listas de verificación y el cuadro de seguimiento a hallazgos. Se recomendó fortalecer la independencia del equipo auditor para evitar conflictos de interés con la Asesoría de Planeación.

3. Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva

El proceso actualizó exitosamente su matriz de riesgos, incorporando controles preventivos para mitigar la prescripción de procesos. Se evidenció la socialización de estos cambios a todo el personal a través de canales institucionales y la página web. Las acciones correctivas permitieron que los controles ahora sean coherentes con el impacto potencial de los riesgos identificados.

4. Gestión del Talento Humano

Se cerraron las acciones correctivas relacionadas con la toma de conciencia y la participación del personal en encuestas de bienestar y capacitación. Mediante campañas informativas y circulares, se aseguró el uso de formatos vigentes y se alcanzó una participación superior al 80% de los funcionarios. Este fortalecimiento garantiza que el personal comprenda su contribución a la eficacia del sistema de calidad.

5. Administración de Recursos Informáticos

Se regularizó el control de infraestructura mediante la actualización de hojas de vida, inventarios y bitácoras de mantenimiento de equipos. El proceso asignó responsables específicos y estableció indicadores en el plan de acción para asegurar la actualización anual de la información técnica. Finalmente, se optimizaron las condiciones de almacenamiento y se gestionó la baja de bienes obsoletos bajo normativa.

6. Gestión Jurídica (Contratación)

Se cerró la No Conformidad mediante la validación del impacto de los contratos y la correcta documentación del desempeño de proveedores externos. El proceso actualizó y diligenció todas las casillas de evaluación en el formato oficial, incluyendo modalidad e impacto al finalizar la vigencia. Estas acciones aseguran que la entidad mantenga un control efectivo sobre la calidad de los servicios adquiridos y el cumplimiento de los objetivos contractuales.

CONCLUSIONES

El equipo auditor recomienda, con base en los resultados de esta auditoría, que la certificación para el sistema de gestión sea

NORMA Y ACREDITACIÓN	CONCLUSIONES
ISO 9001:2015 - ONAC	Mantenida

La continuidad de la certificación está condicionada al tratamiento adecuado de las no conformidades.

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

Número	4	Clasificación	Mayor
Sitios Auditados:			
Norma / Esquema	ISO 9001:2015	Cláusula:	6.2,10.2

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

Descripción	<p>Se declara una no conformidad mayor debido a la ineficacia demostrada de los planes de acción definidos para dar tratamiento a la No Conformidad Menor previamente identificada, cuyo criterio era: "Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar: a) qué se va a hacer; b) qué recursos se requerirán; c) quién será responsable, d) cuándo se finalizará; e) cómo se evaluarán los resultados. EVIDENCIA En la planificación de los objetivos en el documento Plan Estratégico 2022-2025, no se evidenció qué se va a hacer, qué recursos se requerirán, quién será responsable, ni cuándo se finalizará. Lo anterior incumple el numeral 6.2.2 de la norma ISO 9001:2015". Tras validar la implementación de las acciones definidas en el registro anexo 08 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28/05/2024 del 04/12/2025, se observó la ineficacia de las mismas, dado que, a pesar de contar con el Anexo 08 Guía Política y Objetivos de Calidad GU-ME-PI-S1-01 listo para aprobación, persiste la misma ausencia de planificación detallada de los objetivos de la calidad (qué se va a hacer, recursos, responsable, finalización y evaluación), evidenciando que la acción correctiva no ha sido efectiva para eliminar la causa raíz.</p> <p>Lo anterior incumple los numerales 6.2.2 y 10.2.1 d) de la norma ISO 9001:2015</p>		
Fecha de Apertura	10 Dec 2025	Abierta por:	Ext. Rosmary.Cepeda
Proceso:	Proceso Planeación y Gestión de Calidad	Tipo de Visita:	SUR 3.2 (ONAC - ISO 9001:2015)

FUA

PAC aceptado:	Sí
Fecha recepción de PAC:	07 Jan 2026
Comentarios al Plan de Acción:	<p>Tras una revisión inicial de los planes, se solicitó ajustes para asegurar el cumplimiento y cierre eficaz del proceso.</p> <p>Análisis de Causas: Omisión de aspectos claves en la planificación estratégica de los objetivos de calidad se atribuye a que no se estableció un proceso de revisión interna para verificar que Los Objetivos Estratégicos cumplan con los requisitos normativos antes de su aprobación.</p> <p>Correcciones: Revisión del Plan Estratégico e incluir de manera específica los siguientes elementos para cada objetivo de calidad: Qué se va a hacer (acciones específicas). Recursos necesarios (financieros, humanos y materiales). Responsables designados (nombre y cargo).</p> <p>Plazos establecidos (fechas de inicio y finalización). Acciones Correctivas: 1. Ajustar el Procedimiento donde se definan los pasos para la planificación de objetivos de calidad garantizando la inclusión de todos los elementos requeridos como: Recursos necesarios (financieros, humanos y materiales). Responsables designados (nombre y cargo). Plazos establecidos (fechas de inicio y finalización).</p> <p>2. Realizar mesas de trabajo para la construcción del Plan Estratégico 2026-2029.</p>
Implementación efectiva:	Sí

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

<p>Evidencias revisadas para confirmar que la implantación es efectiva:</p>	<p>Acciones Correctivas: Se vio acción correctiva en el registro Anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28.05.2024 del 01/12/2025. Se verifica la metodología del análisis de causas la cual fue 5M y 3 porqués.</p> <p>Se valida la corrección presentada así: 1. Revisión del plan estratégico. El plan 2022-2025 finalizó el 31/12/2025, por lo que no se hace cambios. Se hizo la evaluación del cierre para la rendición de cuentas. La Contralora General del Cauca está iniciando periodo, por lo cual se tiene hasta el 31/03/2026 para finalizar esta tarea, de acuerdo a lo establecido en el artículo 129 de la Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción, el cual dispone lo siguiente: “Artículo 129. Planeación estratégica en las contralorías territoriales. Cada Contraloría departamental, distrital o municipal elaborará su plan estratégico institucional para el periodo del respectivo Contralor, el cual deberá ser adoptado a más tardar dentro de los tres meses siguientes a su posesión.”</p> <p>Se valida las acciones correctivas propuestas así: 1. Ajustar el Procedimiento donde se definan los pasos para la planificación de objetivos de calidad garantizando la inclusión de todos los elementos requeridos como: Recursos necesarios (financieros, humanos y materiales). Responsables designados (nombre y cargo). Plazos establecidos (fechas de inicio y finalización). Se vio que se realizó la revisión del procedimiento para formulación, aprobación y ajustes de planes y proyectos PT-ME-PI-S1-01 V14 19.02.2026. ítem 5.1 “Elaboración y adopción del plan estratégico” actividad 3, donde se vio la inclusión del numeral 6.2.2 de la noma y se definen los pasos para la planificación de los objetivos de calidad, garantizando la incorporación de todos los elementos requeridos.</p> <p>2. Realizar mesas de trabajo para la construcción del Plan Estratégico 2026-2029. Se valida la realización de las mesas de trabajo del 02 y 03/02/2026. Se vio anexo 04 acta de reunión comité o mesa de trabajo FO-ME-PI-S1-01 V7 27.08.2024 del 02 y 03 de febrero-2026, temática: socialización lineamiento para formulación del plan estratégico 2026-2029. Cumple.</p> <p>3. Se realizó mesa de trabajo los días 11, 12 y 13 de febrero de 2026 para la actualización del Diagnóstico Estratégico, mediante el diligenciamiento y análisis de la matriz DOFA y el despliegue de estrategias y objetivos institucionales, con el fin de avanzar en la formulación del Plan Estratégico 2026–2029.</p> <p>4. Se realizó comité institucional de gestión y desempeño el 19/02/2026. Se vio anexo 04 acta de reunión comité o mesa de trabajo FO-ME-PI-S1-01 V7 27.08.2024. donde se tomó la decisión de la revisión y aprobación del procedimiento para formulación, aprobación y ajustes de planes y proyectos PT-ME-PI-S1-01 V14 19.02.2026.</p> <p>5. Se revisó el borrador del plan estratégico 2026-2029, título 5. Diagnóstico estratégico, ítem 5.2 despliegue estrategias y objetivos de calidad – estratégicos. Cumple.</p> <p>Se verificó seguimiento a todos los planes propuestos. Se evidenció seguimiento a cada plan. Cumple.</p> <p>La acción cerrada: 20/02/2026.</p> <p>Dadas las condiciones anteriores y las evidencias recopiladas se da por cerrada la No conformidad mayor. CERRADA.</p>		
<p>Fecha de cierre:</p>	<p>06 Mar 2026</p>		
<p>Cerrado por:</p>	<p>Ext. Rosmary.Cepeda</p>		
<p>Número</p>	<p>5</p>	<p>Clasificación</p>	<p>Mayor</p>
<p>Sitios Auditados:</p>			
<p>Norma / Esquema</p>	<p>ISO 9001:2015</p>	<p>Cláusula:</p>	<p>9.2,10.2</p>

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

Descripción	<p>Se declara una no conformidad mayor debido a la ineficacia demostrada de los planes de acción definidos para dar tratamiento a la No Conformidad Menor previamente identificada, cuyo criterio era: "La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad: a) es conforme con: 2) los requisitos de esta Norma Internacional.</p> <p>EVIDENCIA: Se evidencio falla en el reporte de los hallazgos detectados en la auditoría interna al SGC, ya que en los informes no se identifica el numeral que se incumple. Por otra parte, al revisar el Anexo 8. Lista de verificación se vio que no concuerda los hallazgos reportados vs el informe de auditoría interna como se vio en la muestra proceso talento humano. Además, no se evidencio el Anexo 3 Cuadro de seguimiento a las auditorías internas al sistema integrado MECI -calidad FO-MV-EM-S2-02 V06 20.05.2024.Lo anterior incumple el numeral 9.2.1 ítem a -2 de la norma ISO 9001:2015".</p> <p>La falta de eficacia de las acciones correctivas se constata al identificar nuevas desviaciones que demuestran la recurrencia del incumplimiento en la planificación y ejecución de auditorías internas. Específicamente, en los procesos muestreados (Planeación y Gestión de Calidad, Evaluación y Mejora, y Participación Ciudadana), no se aplicó el documento Anexo 8 Lista de verificación, no se evidenció el uso del Anexo 3 Cuadro de seguimiento a las auditorías internas al sistema integrado, no se evidenciaron las acciones de mejora (Anexo 2 Plan de mejoramiento por proceso FO-MV-EM-S3-01) para los hallazgos reportados en el proceso Planeación y Gestión de Calidad, y no se auditó el proceso Evaluación y Mejora</p> <p>Lo anterior incumple los numerales 9.2.1 a)-2 y 10.2.1 d) de la norma ISO 9001:2015.</p>		
Fecha de Apertura	10 Dec 2025	Abierta por:	Ext. Rosmary.Cepeda
Proceso:	Proceso Evaluación y Mejora	Tipo de Visita:	SUR 3.2 (ONAC - ISO 9001:2015)

FUA

PAC aceptado:	Sí
Fecha recepción de PAC:	07 Jan 2026
Comentarios al Plan de Acción:	<p>Tras una revisión inicial de los planes, se solicitó ajustes para asegurar el cumplimiento y cierre eficaz del proceso.</p> <p>Análisis de Causas: Deficiencias en la implementación de los numerales como requisito fundamental de la norma ISO 9001:2015, conectado con las actividades del Procesos de Evaluación y Mejora para la estructuración y consolidación de los informes de auditorías internas.</p> <p>Correcciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar auditoría interna al proceso de Evaluación y Mejora conforme a los numerales 4.4, 6.1 y 10.2 de la norma ISO 9001:2015. <p>Acciones Correctivas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar Plan de mejoramiento sobre los hallazgos detectados en auditorías internas. 2. Mantener registros documentados en los formatos correspondientes al Proceso de Evaluación y Mejora, estandarizando los procesos y asegurando la trazabilidad de las acciones correctivas.
Implementacion efectiva:	Sí

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

<p>Evidencias revisadas para confirmar que la implantación es efectiva:</p>	<p>Acciones Correctivas: Se vio acción correctiva en el registro Anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28.05.2024 del 10/12/2025. Se verifica la metodología del análisis de causas la cual fue 5M y los 3 porqués. Se valida la corrección presentada así: 1. Actualizar el Proceso de Evaluación y Mejora, asegurando que esté alineado con los requisitos de la norma ISO 9001:2015. Se vio procedimiento para auditorías internas al sistema integrado MECI-Calidad PT-MV-EM-S2-02 V09 19.02.2026. Se revisa los ítems modificados. Cumple. Se valida las acciones correctivas propuestas así: 1. Realizar auditoría interna al proceso de Evaluación y Mejora. Se ejecuto la auditoria al proceso el 04/02/2026. Se evidencio anexo 11 informe final de auditoria interna al sistema integrado- MECI-Calidad FO-MV-EM-S2-02 V05 con un resultado de dos NC. Se verifica el tratamiento a las no conformidades y se valida el plan de mejora enviado el 04/03/2026. Cumple. 2. Mantener registros documentados en los formatos correspondientes al Proceso de Evaluación y Mejora, estandarizando los procesos y asegurando la trazabilidad de las acciones correctivas. Se verifica para el proceso auditado la aplicación de los formatos establecidos para la ejecución de las auditorías internas. Se evidencio memorando del 03/02/2026 asunto: "Notificación auditoría interna al proceso de evaluación y mejora". Registro anexo 07 plan de auditorías internas FO-MV-EM-S2-02 V07 28.05.2024 del 30/01/2026. La auditoría se ejecutó en el mes de febrero. Registro anexo 09 acta de reunión de auditoria al sistema integrado MECI-Calidad FO-MV-EM-S2-02 V05 28.05.2024 del 04/02/2026. Registro anexo 08 lista de verificación FO-MV-EM-S2-02 V07 28.05.2024 del 16/02/2026. Registro anexo 10 informe preliminar de auditoría interna al sistema integrado MECI-Calidad FO-MV-EM-S2-02 V02 28.05.2024 del 16/02/2026. Registro anexo 11 informe final de auditoria FO-MV-EM-S2-02 V05 28.05.2024 del 19/02/2026. 3. Se valida las actividades desarrolladas en el comité institucional. Se evidencio acta anexo 04 acta de reunión, comité o mesa de trabajo FO-ME-PI-S1-01 V07 27.08.2024 del 19/02/2026 N0.03. Cumple. 4. Se evidencio programa anual de auditorías internas al sistema integrado MECI-CALIDAD (PAAI) 2026. Cumple. Se reviso el registro Anexo 2 cuadro de programación de auditorías internas FO-MV-EM-S2-02 V05 28.05.2024 del 19/01/2026. Cumple. Se valida el Anexo 3 cuadro de seguimiento a las auditorías internas Se verifico seguimiento a todos los planes propuestos. Se evidencio seguimiento a cada plan. Cumple. La acción cerrada: 20/02/2026. Dadas las condiciones anteriores y las evidencias recopilada se da por cerrada la No conformidad mayor. CERRADA. OBS. Fortalecer la independencia del proceso de auditoría interna asegurando que el equipo auditor sea ajeno a las actividades evaluadas. Se recomienda que la Asesora de Planeación no actúe como ejecutor de auditorías en procesos donde tenga responsabilidad directa, eliminando así posibles conflictos de interés y garantizando la objetividad y neutralidad de los resultados OBS. Fortalecer la apropiación y el liderazgo en la gestión de hallazgos, garantizando la oportunidad en la definición de planes de acción y el estricto cumplimiento de los plazos establecidos para los reportes de seguimiento trimestral.</p>		
<p>Fecha de cierre:</p>	<p>06 Mar 2026</p>		
<p>Cerrado por:</p>	<p>Ext. Rosmery.Cepeda</p>		
<p>Número</p>	<p>6</p>	<p>Clasificación</p>	<p>Mayor</p>
<p>Sitios Auditados:</p>			
<p>Norma / Esquema</p>	<p>ISO 9001:2015</p>	<p>Cláusula:</p>	<p>6.1,10.2</p>
<p>Descripción</p>	<p>Se declara una no conformidad mayor debido a la ineficacia demostrada de los planes de acción definidos para dar tratamiento a la No Conformidad Menor previamente identificada, cuyo criterio era: "Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y los servicios. EVIDENCIA: Se evidencio que los controles existentes para mitigar o evitar los riesgos no son adecuados como se vio en la muestra tomada riesgo "Prescripción de los procesos de responsabilidad fiscal. Lo anterior incumple el numeral 6.1.2 de la norma ISO 9001:2015" Esto se comprueba con la falta de implementación total de los planes de acción descritos en el registro anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28/05/2024 del 04/12/2025, específicamente la no actualización de los riesgos y oportunidades en la herramienta oficial establecida para todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC). Lo anterior incumple los numerales 6.1.2 y 10.2.1 d) de la norma ISO 9001:2015</p>		

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

Fecha de Apertura	10 Dec 2025	Abierta por:	Ext. Rosmary.Cepeda
Proceso:	Proceso Responsabilidad fiscal y jurisdicción coactiva	Tipo de Visita:	SUR 3.2 (ONAC - ISO 9001:2015)

FUA

PAC aceptado:	Sí
Fecha recepción de PAC:	07 Jan 2026
Comentarios al Plan de Acción:	<p>Tras una revisión inicial de los planes, se solicitó ajustes para asegurar el cumplimiento y cierre eficaz del proceso.</p> <p>Análisis de Causas: Al realizar el análisis de los riesgos de prescripción del proceso de Responsabilidad Fiscal, se evidenció que dicho riesgo no se materializó. No obstante, durante el análisis se identificaron oportunidades de mejora orientadas a fortalecer la gestión y el control del proceso.</p> <p>Correcciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ajustar el mapa de riesgos para la Dirección de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva, teniendo presente la normatividad vigente. <p>Acciones Correctivas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Realizar mesas de trabajo para la revisión de los mapas de riesgo de todas las direcciones para confirmar que las acciones de control sean coherentes con los riesgos identificados. Socializar con el equipo responsable los mapas de riesgo de todos los procesos.
Implementación efectiva:	Sí
Evidencias revisadas para confirmar que la implantación es efectiva:	<p>Acciones Correctivas:</p> <p>Se vio acción correctiva en el registro Anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28.05.2024 del 01/12/2025.</p> <p>Se verifica la metodología del análisis de causas la cual fue 5M y los 3 porqués. Cumple.</p> <p>Se valida la corrección presentada así:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ajustar el mapa de riesgos para la Dirección de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva, teniendo presente la normatividad vigente. Se vio la actualización de la matriz. Se evidenció anexo 02-formato 01 Identificación de riesgos FO-ME-PI-S1-01 V08 27.08.2024, actualizada en febrero del 2026. Se valida la materialización de riesgos y se realiza la trazabilidad de la actualización. Cumple. <p>Se valida las acciones correctivas propuestas así:</p> <ol style="list-style-type: none"> Realizar mesas de trabajo para la revisión de los mapas de riesgo de todas las direcciones para confirmar que las acciones de control sean coherentes con los riesgos identificados. Se observó que la mesa de trabajo se realizó en el mes de febrero. Se evidenció acta anexo 04 acta de reunión, comité o mesa de trabajo FO-ME-PI-S1-01 V07 27.08.2024 del 19/02/2026 N0.03. Cumple. Socializar con el equipo responsable los mapas de riesgo de todos los procesos. Se valida la socialización de los cambios y se evidenció que se hizo a través del correo electrónico del 02/03/2026. Contenido: "medidas de control establecidas, contribuyendo así al fortalecimiento de la gestión y al cumplimiento de nuestra misión institucional. Conoce los 12 planes dando clic aquí: https://www.contraloria-cauca.gov.co/planes/mapas-de-riesgo-por-proceso-de-la-contraloria-general Esto con el fin de informar a todos los servidores públicos que fueron actualizados los Mapas de Riesgo por proceso para la vigencia 2026, los cuales fueron aprobados mediante el Acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño No. 03 del 19 de febrero de 2026. Esta actualización se realiza en cumplimiento de lo establecido en la Ley 87 de 1993, la Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción, el Decreto 1083 de 2015 (MIPG) y las guías emitidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, fortaleciendo así el Sistema de Control Interno y la gestión institucional". Cumple. Se revisó el correo electrónico del 27/02/2026, asunto: Solicitud publicación en la página web institucional. Cumple. Se toma como muestra los siguientes procesos: <ul style="list-style-type: none"> Responsabilidad fiscal y jurisdicción coactiva. Se evidenció registro Anexo 02- formato 01 "identificación de riesgos" FO-ME-PI-S3-02 V08 27.08.2024. Se toma como muestra: Riesgo: Prescripción de los procesos de responsabilidad fiscal. desvirtuar los presuntos detrimentos en favor de los investigados. Se vio las causas y las consecuencias. Cumple. Se valida la valoración del riesgo (probabilidad – impacto). Cumple. Se valida los controles así: <ol style="list-style-type: none"> Procedimiento de Responsabilidad fiscal. Preventivo. Rendición trimestral del Plan de Acción e Indicadores de Gestión sobre el avance de los procesos por parte de los sustanciadores. Preventivo. Rendición trimestral de la cuenta a la AGR sobre el avance de los procesos por parte de los sustanciadores. Preventivo. <p>Se evidenció el Anexo 09 mapa de riesgos zona de riesgo final bajo. Tratamiento: Reducir. Plan de acción: Realizar el reporte trimestral del formato 17 procesos de responsabilidad fiscal en la cuenta de la AGR generando alertas en aquellos procesos con riesgo de prescripción, de acuerdo a la fecha registrada en el F17-casilla "Fecha Riesgo de Prescripción".</p>

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

	<ul style="list-style-type: none"> Participación ciudadana. Denuncias. Se evidencio registro Anexo 02- formato 01 "identificación de riesgos" FO-ME-PI-S3 -02 V08 27.08.2024. Se toma como evidencia: Vencimiento de términos en el trámite de las denuncias y Derechos de Petición. Se valida las causas y consecuencias. Cumple. Se vio la identificación y valoración del riesgo. Se vio la calificación de la probabilidad y el impacto. Cumple. Se valida los controles así: <ol style="list-style-type: none"> Procedimiento para la recepción y trámite de denuncias o derechos de petición. Preventivo. Capacitación permanente del personal de trámites y Ventanilla Única. Preventivo. Informe mensual de Seguimiento a Denuncias y derechos de petición. Preventivo. Se evidencio el Anexo 09 mapa de riesgos zona de riesgo final alta. Tratamiento: Reducir. Plan de acción: Ejecución del plan de descongestión de atención a Ciudadana. Elaboración del informe del estado de denuncias y derechos de petición. Cumplimiento del Procedimiento para la recepción y trámite de denuncias o derechos de petición. Lineamientos Manual de Atención al Ciudadano Planeación. Se evidencio registro Anexo 02- formato 01 "identificación de riesgos" FO-ME-PI-S3 -02 V08 27.08.2024. Se toma como muestra el riesgo: Incumplimiento de los objetivos de los procesos y metas del Plan Estratégico y Planes de Acción de la Contraloría General del Cauca. No cumplir con los objetivos de los procesos y objetivos estratégicos de la entidad Se valida las causas y las consecuencias. Cumple. Se vio la identificación y valoración del riesgo. Se vio la calificación de la probabilidad y el impacto. Cumple. Se valida los controles así: <ol style="list-style-type: none"> Procedimiento para el seguimiento a Planes y Proyectos Institucionales. Preventivo. Procedimiento para la medición de la gestión. Preventivo. Se evidencio el Anexo 09 mapa de riesgos zona de riesgo final moderado. Tratamiento: Reducir. Plan de acción: Realizar mesas de trabajo para la formulación de la planeación institucional. <p>Se verifico seguimiento a todos los planes propuestos. Se evidencio seguimiento a cada plan. Cumple. Se indaga sobre la materialización de los riesgos verificados y se observó que se le ha dado tratamiento con la actualización de la matriz.</p> <p>La acción cerrada: 20/02/2026.</p> <p>Dadas las condiciones anteriores y las evidencias recopilada se da por cerrada la No conformidad mayor. CERRADA.</p>		
Fecha de cierre:	06 Mar 2026		
Cerrado por:	Ext. Rosmery.Cepeda		
Número	7	Clasificación	Mayor
Sitios Auditados:			
Norma / Esquema	ISO 9001:2015	Cláusula:	7.5.1,10.2,7.1.3
Descripción	<p>Se declara una no conformidad mayor debido a la ineficacia demostrada de los planes de acción definidos para dar tratamiento a la No Conformidad Menor previamente identificada, cuyo criterio era: "La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios. El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>EVIDENCIA: Se evidencio que el proceso no lleva el control de los registros que aplican para el control de los mantenimientos como son: hoja de vida del equipo, inventarios, anexo 3 formato bitácora de equipos, por lo que no se puedo evidenciar las muestras:</p> <p>Equipos Regulares: C.P.U HP MXL4061BHG. Scanner Portab 1HP CN361L1066. Computador portátil Lenovo PFOXM1PM.</p> <p>Equipos en buen estado: UPS Ref. SUVTP20KF2B4S. S-M. Servidor PROC XEON BRONZE 3204. COL COM EF. Lo anterior incumple el numeral 7.1.3 y 7.5.1 ítem b de la norma ISO 9001:2015"</p> <p>La ineficacia de las acciones correctivas se comprueba al revisar el registro anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28/05/2024 del 04/12/2025, donde se evidencia que no se han ejecutado ni implementado todas las acciones declaradas. Adicionalmente, se evidenció que el proceso no está utilizando el documento Anexo 03 formato programación del plan de mantenimiento FO-MA-AI-S1-05 V04 24.05.2024.</p> <p>Lo anterior incumple el numeral 7.1.3, 7.5.1 b) y 10.2.1 d) de la norma ISO 9001:2015</p>		
Fecha de Apertura	10 Dec 2025	Abierta por:	Ext. Rosmery.Cepeda
Proceso:	Proceso Administración de Recursos Informáticos	Tipo de Visita:	SUR 3.2 (ONAC - ISO 9001:2015)

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

FUA

PAC aceptado:	Sí
Fecha recepción de PAC:	07 Jan 2026
Comentarios al Plan de Acción:	<p>Tras una revisión inicial de los planes, se solicitó ajustes para asegurar el cumplimiento y cierre eficaz del proceso.</p> <p>Análisis de Causas: Deficiencia en la gestión y control de la información documentada asociada al mantenimiento de los equipos, incluyendo la hoja de vida del equipo, los inventarios y el Anexo 03 – Formato Bitácora de Equipos.</p> <p>Correcciones:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mantener actualizados los formatos A22 y A23 y la hoja de vida de los equipos. <p>Acciones Correctivas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Programar y ejecutar de manera anual la actualización de la hoja de vida de los equipos, conforme al Anexo 03 – Formato Bitácora de Equipos, asegurando el registro oportuno de la información y de los cambios generados en cada vigencia.2. Revisar de manera aleatoria que los formatos A22 y A23 de los funcionarios de la Contraloría General del Cauca se mantenga vigente y completos.3. Asignar, mediante nota interna, responsables específicos para la actualización de los formatos A22 y A23 y hoja de vida de los equipos, conforme al Anexo 03 – Formato Bitácora de Equipos.4. Establecer en el Plan de Acción de Recursos Informáticos un indicador relacionado con el diligenciamiento del Anexo 03 – Formato Bitácora de Equipos, que permita evidenciar la actualización anual de la hoja de vida de los equipos.5. Mejorar las condiciones de almacenamiento y organización de los inventarios, asegurando que sean fácilmente accesibles e identificables, y gestionar la baja de los bienes obsoletos conforme a la normativa aplicable.
Implementación efectiva:	Sí

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

<p>Evidencias revisadas para confirmar que la implantación es efectiva:</p>	<p>Acciones Correctivas: Se vio acción correctiva en el registro Anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28.05.2024 del 01/12/2025.</p> <p>Se verifica la metodología del análisis de causas la cual fue 5M y los tres porques. Cumple.</p> <p>Se valida la corrección presentada así:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mantener actualizados los formatos A22 y A23 y la hoja de vida de los equipos: Se valida que se tenga actualizados los formatos A22 y A23 y la hoja de vida de los equipos asignados a: <ul style="list-style-type: none"> Paola Andrea Pérezi- Contralora. 16/01/2026. Lorena Diaz - Asesora de planeación. 22/01/2206. Se válida para la CPU y el monitor. Cumple. María Isabel Campos Achicanoy- Asesora de comunicaciones. Se valida CPU y pantalla, Disco duro externa 2 Teras. Cumple. <p>Se valida las acciones correctivas propuestas así:</p> <ol style="list-style-type: none"> Programar y ejecutar de manera anual la actualización de la hoja de vida de los equipos, conforme al Anexo 03 – Formato Bitácora de Equipos, asegurando el registro oportuno de la información y de los cambios generados en cada vigencia. Tomamos muestra área Despacho, que incluye planeación, comunicaciones y la oficina de contraloría. Se evidencio registro actualizado. Se vio el compromiso de la nueva administración por mantener actualizada la información del registro. Cumple. Revisar de manera aleatoria que los formatos A22 y A23 de los funcionarios de la Contraloría General del Cauca se mantenga vigente y completos. Se verifico los cambios y se evidencio que se aplicó en enero por el cambio de contralor. Cumple. Se revisa los registros A22 y A23. Se válida para los equipos asignados al despacho del contralor. Regsitro anexo 05 comprobante de entrega de almacén a funcionarios A-22 del 16/0172026. Cumple. Se valida la entrega para el área de planeación, se revisó el anexo 05 del 22/01/2026. Cumple. Se reviso el registro anexo 07 comprobante de entrega del funcionario al almacén A-23. Cumple. Se toma como evidencia la entrega de la funcionaria Yeny Rocio Torres Riasco, dependencia Planeación, del 19/01/2026. Cumple. Asignar, mediante nota interna, responsables específicos para la actualización de los formatos A22 y A23 y hoja de vida de los equipos, conforme al Anexo 03 – Formato Bitácora de Equipos. Se evidencio comunicado nota interna del 11/02/2026. Cumple. Se evidencio acta comité institucional de gestión de desempeño – MIPG No. 2 del 28/01/2026. Cumple. Establecer en el Plan de Acción de Recursos Informáticos un indicador relacionado con el diligenciamiento del Anexo 03 – Formato Bitácora de Equipos, que permita evidenciar la actualización anual de la hoja de vida de los equipos. Se vio plan recursos informático 2026. Se vio indicador. Anexo 05 formato 01 plan de acción. Se evidencio registro anexo 03 formato bitácora de equipos FO-MA-AI-S2-01 donde se validó la información para todas las dependencias. Cumple. Mejorar las condiciones de almacenamiento y organización de los inventarios, asegurando que sean fácilmente accesibles e identificables, y gestionar la baja de los bienes obsoletos conforme a la normativa aplicable. Se visita el almacén y se valida la identificación, el almacenamiento y las bajas. Cumple. Se tomo como evidencia equipo morado marca ACER. Cumple. Se evidencio acta de la disposición de los equipos de cómputo. Cumple. <p>Se verifico seguimiento a todos los planes propuestos. Se evidencio seguimiento a cada plan. Cumple.</p> <p>La acción cerrada: 20/02/2026.</p> <p>Dadas las condiciones anteriores y las evidencias recopilada se da por cerrada la No conformidad mayor. CERRADA.</p>		
<p>Fecha de cierre:</p>	<p>06 Mar 2026</p>		
<p>Cerrado por:</p>	<p>Ext. Rosmery.Cepeda</p>		
<p>Número</p>	<p>8</p>	<p>Clasificación</p>	<p>Mayor</p>
<p>Sitios Auditados:</p>			
<p>Norma / Esquema</p>	<p>ISO 9001:2015</p>	<p>Cláusula:</p>	<p>7.3,10.2</p>

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

Descripción	<p>Se declara una no conformidad mayor debido a la ineficacia demostrada de los planes de acción definidos para dar tratamiento a la No Conformidad Menor previamente identificada, cuyo criterio era: "La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>EVIDENCIA: Se evidencio incumplimiento de en la aplicación de los formatos actualizados. Por otra parte, se evidencio que los funcionarios no cumplen con el diligenciamiento de las encuestas anexo 7 y el anexo 13 evaluación efectiva de capacitación FO-MA-TH-S1-02 V02 24.05.2024. Lo anterior incumple el numeral 7.3 ítem c y d de la norma ISO 9001:2015"</p> <p>La ineficacia de las acciones correctivas se comprueba al revisar el registro anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28/05/2024 del 04/12/2025, donde se evidencia que no se han ejecutado ni implementado todas las acciones declaradas. Adicionalmente, el incumplimiento se reitera en la baja participación y toma de conciencia del personal, tal como lo demuestran las cifras: para la capacitación de Transformación Digital (42 funcionarios), solo 8 contestaron la encuesta; y para la medición del nivel de satisfacción de bienestar e incentivos (57 funcionarios), solo 10 respondieron.</p> <p>Lo anterior incumple el numeral 7.3 c) y d) y 10.2.1 d) de la norma ISO 9001:2015</p>		
Fecha de Apertura	10 Dec 2025	Abierta por:	Ext. Rosmery.Cepeda
Proceso:	Proceso Gestión del Talento Humano	Tipo de Visita:	SUR 3.2 (ONAC - ISO 9001:2015)

FUA

PAC aceptado:	Sí
Fecha recepción de PAC:	07 Jan 2026
Comentarios al Plan de Acción:	<p>Tras una revisión inicial de los planes, se solicitó ajustes para asegurar el cumplimiento y cierre eficaz del proceso.</p> <p>Análisis de Causas: Falta de claridad sobre los formatos vigentes y la obligatoriedad de diligenciar los anexos 7 y 13, lo que incumple los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y genera una brecha entre las actualizaciones documentales y su aplicación efectiva por parte de los funcionarios.</p> <p>Correcciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar a los servidores de la Contraloría General del Cauca, mediante circular, sobre el uso de los formatos actualizados disponibles en el sistema de información Xpert y en la Carpeta Pública. <p>Acciones Correctivas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar en el mes de enero y febrero del año 2026, campañas informativas sobre: <ul style="list-style-type: none"> • la importancia del diligenciamiento de las encuestas del Plan Institucional de Capacitación (PIC) • las encuestas del Plan de Bienestar Social e Incentivos, y el uso adecuado de los formatos del Sistema de Gestión de la Calidad. 2. Socializar de manera inmediata el listado de formatos vigentes disponibles en el sistema de información Xpert y en la Carpeta Pública. 3. Verificar y Garantizar que las encuestas del PIC y el Plan de Bienestar Social e Incentivos sean diligenciadas mínimo por el 80% de los funcionarios de la CGC
Implementacion efectiva:	Sí

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

<p>Evidencias revisadas para confirmar que la implantación es efectiva:</p>	<p>Acciones Correctivas: Se vio acción correctiva en el registro Anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28.05.2024 del 01/12/2025. Se verifica la metodología del análisis de causas la cual fue 5M.</p> <p>Se valida la corrección presentada así: 1. Informar a los servidores de la Contraloría General del Cauca, mediante circular, sobre el uso de los formatos actualizados disponibles en el sistema de información Xpert y en la Carpeta Pública. Se valida la Información dada a los servidores de la Contraloría General del Cauca, sobre el uso de los formatos actualizados disponibles en el sistema de información Xpert y en la Carpeta Pública mediante circular interna. Cumple. Se vio la Circular No.02601500324533 del 11/02/2026, asunto: mediante circular. Se ingresa al módulo calidad para verificar la información. Cumple. Se ingresa al sistema de información Xpert. Cumple.</p> <p>Se valida las acciones correctivas propuestas así: 1. Realizar dos (2) veces al año campañas informativas sobre: <ul style="list-style-type: none"> • La importancia del diligenciamiento de las encuestas del Plan Institucional de Capacitación (PIC). Se trabajo mediante campaña informativa. Cumple. Se evidencio correo electrónico del 19/02/2026 dirigido a todos los funcionarios de la Contraloría General del Cauca. Cumple. • Las encuestas del Plan de Bienestar Social e Incentivos, y el uso adecuado de los formatos del Sistema de Gestión de la Calidad. Se aplicó nuevamente las encuestas de satisfacción del Plan Institucional de Capacitación (PIC) y del Plan de Bienestar Social e Incentivos, asegurando el diligenciamiento mínimo por el 80% de los funcionarios. • </p> <p>2. Socializar de manera inmediata el listado de formatos vigentes disponibles en el sistema de información Xpert y en la Carpeta Pública. Se ejecuto a través de comunicado y correo electrónico. Cumple.</p> <p>3. Verificar y Garantizar que las encuestas del PIC y el Plan de Bienestar Social e Incentivos sean diligenciadas mínimo por el 80% de los funcionarios de la CGC. Se aplicó las encuestas para las actividades desarrolladas. Se vio registro anexo 07- encuesta de satisfacción actividades de bienestar social e incentivos FO-MA-TH-S1-01 V02 24.05.2024 del 19/03/2025, actividad: conmemoración día del hombre. Cumple.</p> <p>Se verifico seguimiento a todos los planes propuestos. Se evidencio seguimiento a cada plan. Cumple.</p> <p>La acción cerrada: 20/02/2026.</p> <p>Dadas las condiciones anteriores y las evidencias recopilada se da por cerrada la No conformidad mayor. CERRADA.</p>		
<p>Fecha de cierre:</p>	<p>06 Mar 2026</p>		
<p>Cerrado por:</p>	<p>Ext. Rosmery.Cepeda</p>		
<p>Número</p>	<p>9</p>	<p>Clasificación</p>	<p>Mayor</p>
<p>Sitios Auditados:</p>			
<p>Norma / Esquema</p>	<p>ISO 9001:2015</p>	<p>Cláusula:</p>	<p>10.2,8.4.1</p>
<p>Descripción</p>	<p>Se declara una no conformidad mayor debido a la ineficacia demostrada de los planes de acción definidos para dar tratamiento a la No Conformidad Menor previamente identificada, cuyo criterio era: "La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos. La organización debe conservar la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones. EVIDENCIA: No se evidencio la determinación de los criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos. Por otra parte, se vio en el anexo 22 Informe de evaluación del desempeño de los proveedores externos FO.MA-GJ-S2-01 V01 10.09.2021 año 2023, no se deja registro en la casilla modalidad y en la casilla evaluación de impacto de os contrato. Lo anterior incumple el numeral 8.4.1 de la norma ISO 9001:2015".</p> <p>La ineficacia de las acciones correctivas se comprueba al revisar el registro anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28/05/2024 del 04/12/2025, donde se evidencia que, al validar la determinación de los criterios en el procedimiento de contratación PT-MA-GJ-S2-01 V13 05.09.2025, no se han definido los criterios de forma clara. Más aún, al validar los criterios con la muestra tomada (Contrato No. C2-010-2025), se observó que, aunque el anexo 3 evalúa los criterios de evaluación, no se evidencian los criterios de selección y reevaluación. De igual forma, los criterios de seguimiento al desempeño en el anexo 22 no se aplico para la muestra tomada.</p> <p>Lo anterior incumple los numerales 8.4.1 y 10.2.1 d) de la norma ISO 9001:2015.</p>		

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

Fecha de Apertura	10 Dec 2025	Abierta por:	Ext. Rosmary.Cepeda
Proceso:	Proceso Gestión Jurídica	Tipo de Visita:	SUR 3.2 (ONAC - ISO 9001:2015)

FUA

PAC aceptado:	Sí
Fecha recepción de PAC:	07 Jan 2026
Comentarios al Plan de Acción:	<p>Tras una revisión inicial de los planes, se solicitó ajustes para asegurar el cumplimiento y cierre eficaz del proceso.</p> <p>Análisis de Causas: Se identificó un vacío en la normatividad interna, ya que no se encuentra regulado dentro de los procesos y procedimientos a cargo de la Dirección Jurídica y/o Dirección de Talento Humano y Servicios de Apoyo a la Gestión. Esto ha generado falta de claridad en la evaluación, revaluación, selección y seguimiento al desempeño de proveedores impactando la gestión contractual.</p> <p>Correcciones:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Modificar el procedimiento de contratación, para incluir los criterios de evaluación, revaluación, selección y seguimiento del desempeño de los proveedores externo. <p>Acciones Correctivas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Revisar y modificar el procedimiento actual para incluir disposiciones claras relacionadas con la gestión de proveedores externos.2. Determinar y documentar los criterios específicos para la evaluación, revaluación, selección y seguimiento del desempeño de los proveedores externos dentro del Procedimiento de Contratación.3. Asegurar que, al finalizar cada vigencia, se complete en su totalidad el registro del Anexo 22 - Informe de Evaluación del Desempeño de los Proveedores Externos, incluyendo la modalidad y la evaluación de impacto.4. Revisar cada (seis meses) el del Anexo 22 para asegurar la correcta documentación de todos los aspectos evaluativos.5. Documentar en el registro del Anexo 22 Informe de Evaluación del Desempeño de los Proveedores Externos, todas las casillas incluida la modalidad y la casilla evaluación de impacto, una vez finalizada la vigencia.
Implementación efectiva:	Sí

NO CONFORMIDADES DE LA VISITA ANTERIOR

<p>Evidencias revisadas para confirmar que la implantación es efectiva:</p>	<p>Acciones Correctivas: Se vio acción correctiva en el registro Anexo 01 reporte de corrección, acción correctiva o de mejora FO-MV-EM-S3-01 V08 28.05.2024 del 01/12/2025.</p> <p>Se verifica la metodología del análisis de causas la cual fue 5M y los tres porques. Cumple.</p> <p>Se valida la corrección presentada así: 1. Modificar el procedimiento de contratación, para incluir los criterios de evaluación, reevaluación, selección y seguimiento del desempeño de los proveedores externo. Se evidencio Procedimiento contratación PT-MA-GJ-S2-01 19.02.2026. Se vio en la actividad 8 en la nota "los criterios para la evaluación y Selección". Actividad 15 en la nota "criterios para el seguimiento y reevaluación de los proveedores", Actividad 22 "el diligenciar el anexo 22 informe de la evaluación del desempeño de los proveedores externos. Cumple.</p> <p>Se valida las acciones correctivas propuestas así: 2. Revisar y modificar el procedimiento actual para incluir disposiciones claras relacionadas con la gestión de proveedores externos. Se evidencio la revisión y la modificación. Cumple.</p> <p>3. Determinar y documentar los criterios específicos para la evaluación, reevaluación, selección y seguimiento del desempeño de los proveedores externos dentro del Procedimiento de Contratación. Se vio en el procedimiento. Se evidencio Procedimiento contratación PT-MA-GJ-S2-01 19.02.2026. Se vio en la actividad 8 en la nota "los criterios para la evaluación y Selección". Actividad 15 en la nota "criterios para el seguimiento y reevaluación de los proveedores", Actividad 22 "el diligenciar el anexo 22 informe de la evaluación del desempeño de los proveedores externos. Cumple.</p> <p>4. Asegurar que, al finalizar cada vigencia, se complete en su totalidad el registro del Anexo 22 - Informe de Evaluación del Desempeño de los Proveedores Externos, incluyendo la modalidad y la evaluación de impacto. Se toma como muestra la contratación con SGS, ya que a la fecha no se ha realizado más contratación por la ley de garantía. Se reviso el folio anexo 04 FO-MA-GD-S1-02 V03 28.05.2024, código 140-07.02, expediente invitación publica C2-003-2026 – certificación de sistema de calidad del 10/02/2026. Se revisa los soportes anexo 05 proceso de selección contratistas, anexo 02 estudios previos mínima cuantía, anexo 06 formato invitación publica mínima cuantía, documento donde se valida los cambios en los criterios presentados en el procedimiento. Cumple. anexo 07 acta de evaluación de propuestas, anexo 2 propuesta económica, modelo carta de presentación de la propuesta del 02/03/2026. Anexo 26 carta de aceptación oferta con firma electrónica. Anexo 17 notificación de función de supervisión. Cumple.</p> <p>5. Revisar cada (seis meses) el del Anexo 22 para asegurar la correcta documentación de todos los aspectos evaluativos. No se puede realizar por la ley de garantías. Se evidencio registros anexo 22 y se tomó como evidencias el expediente C2-008-2025 – mantenimiento de servicios profesionales – mantenimiento correctivo y preventivo del servidor. Contratista: Martin Alberto Collazos Ramirez. Objeto: Prestación de servicios técnicos especializados para el mantenimiento preventivo y correctivo, incluido repuestos al servidor PROLIANT DL380P Red Local, internet y seguridad de la información los cuales son indispensables para un correcto funcionamiento de la entidad. Supervisor Dra. Amada Aguilar Balanta. evaluación del impacto de los contratados: Según los resultados obtenidos, se dio cumplimiento a los fines Constitucionales y misionales de la entidad, obteniendo como resultado un impacto positivo, para la contraloría General del Cauca, frente al objeto contractual, en la ejecución del contrato. Cumple. se valida el anexo 14 informe del superviso FO-MA-GJ-S2-01 V05 24.05.2025 del 31/07/2025. Cumple.</p> <p>6. Documentar en el registro del Anexo 22 Informe de evaluación del desempeño de los Proveedores Externos, todas las casillas incluida la modalidad y la casilla evaluación de impacto, una vez finalizada la vigencia. Se revisa el formato Anexo 22 informe de la evaluación del desempeño de los proveedores externos FO-MA-GJ-S2-01 V02 24.05.2024 del año 2025. Cumple. Se valido la actualización de la información con la muestra tomada. Cumple.</p> <p>Se verifico seguimiento a todos los planes propuestos. Se evidencio seguimiento a cada plan. Cumple.</p> <p>La acción cerrada: 20/02/2026.</p> <p>Dadas las condiciones anteriores y las evidencias recopilada se da por cerrada la No conformidad mayor. CERRADA.</p>
<p>Fecha de cierre:</p>	<p>06 Mar 2026</p>
<p>Cerrado por:</p>	<p>Ext. Rosmery.Cepeda</p>

SITE SERVICE SCOPE - ANNEX A

ANNEX - SITE IN CERTIFICATION SCOPE		
*The scope is shown at site level only where it is different to the main scope for the service (as displayed in audit criteria section of the report)		
SITIO 1: CONTRALORÍA GENERAL DEL CAUCA - Carrera 7 No 1N - 66 Segundo Piso Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.		
Número efectivo de empleados	Numero total de empleados	Nº Turnos
57	57	1
Norma / Esquema	Alcance de la certificación	
ONAC ISO 9001:2015	Spanish: *	
Códigos Aplicables		
Código EAC :	36	
Código TA :	36.1	
Código NACE :	75.11	



Matriz de Plan de Auditoría

Organización:	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA
Alcance:	Control fiscal a la gestión integral de las entidades sujetas de control del orden departamental y municipal, y a los particulares que manejen recursos públicos en la jurisdicción del departamento del Cauca. No aplica 7.1.5.2, 8.3.
Nivel de Complejidad del Sistema de Gestión (Si Aplica):	MEDIO
Dirección del sitio principal:	Carrera 7 No 1N - 66 piso 2 Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Colombia

"Este espacio debe diligenciarse únicamente si el registro no se realiza a través de DigiApp 2.0."

Área / Departamento / Procesos / Función	Actividades Específicas del Proceso	Auditor (es):	Cláusulas:	Fase 1		SUR 3.2	FUA	SUR 2	RAU
				RAU 3.4	SUR 3.2	FUA	SUR 2	RAU	
		Visitas:							
		Turno:		N.A	1	1	1	1	1
		No. de Empleados:				57	57		
		Fechas:		N.A	02-03-04/12/2024	09-10/12/2025	05-06/03/2026	12/2026	12/2027
		Auditor (es):		N.A	R.Cepeda	R.Cepeda	R.Cepeda	AS.SGS	AS.SGS
		Cláusulas:							
Logo de SGS	uso			---	X	X	-----	O	O

Contrato No.	CO/CAL/2000011165	Organization / Organización:	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA	Main Location / Ubicación principal	Carrera 7 No 1N - 66 piso 2 Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Colombia	Issue n° / Rev. No.	4
Document/ Documento:	GSO-305-CO	Standard(s)/ Norma:	ISO 9001:2025,			Page n° / Pag. No.	1 of X



Matriz de Plan de Auditoría

Planeación y Gestión de Calidad	Asesorar la formulación de los planes, programas y proyectos institucionales y adelantar el seguimiento a los mismos para lograr el cumplimiento de la misión institucional y el aseguramiento del mantenimiento del Sistema integrado de Gestión MECI-CALIDAD	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1.1, 5.2, 6.1, 6.2, 6.3, 9.1.1, 9.1.3, 9.3, 10.1, 10.2, 10.3	-----	X 2 NCm 6.2.2 9.1.3 item b	X 1 NCM 6.2.2 y 10.2.1 d) 1NCm 4.1 y 4.2	X CEERADA	O	O
Evaluación y Mejora	Verificar y evaluar la gestión de los procesos y los mecanismos de control mediante la evaluación del Sistema de Control Interno, las auditorías internas, el seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos y la consolidación de los informes de la autoevaluación del control; con calidad, oportunidad y confiabilidad, recomendando y proponiendo acciones que permitan una adecuada retroalimentación para el buen desempeño de la entidad.	4.4, 9.2, 10.2	-----	X 1 NCm 9.2.1 item a-2	X 1NCM 9.2.1 item a -2 / 10.2.1 d) 1NCm 10.2.1	X CEERA	O	O
Participación Ciudadana	Vincular a la comunidad en actividades de control social, atendiendo oportunamente los requerimientos realizados a través de denuncias o derechos de petición y	4.4, 5.1.2, 8.2, 9.1.2, 10.2, 9.1.1, 9.1.3,	-----	X 1NCm 9.1.2	X	-----	-----	O

Contrato No.	CO/CAL/2000011165	Organization / Organización:	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA	Main Location / Ubicación principal	Carrera 7 No 1N - 66 piso 2 Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Colombia	Issue n° / Rev. No.	4
Document/ Documento:	GSO-305-CO	Standard(s)/ Norma:	ISO 9001:2025,			Page n° / Pag. No.	1 of X



Matriz de Plan de Auditoría

	capacitarlos en diferentes actividades de prevención, promoción y divulgación.								
Gestión Documental	Contribuir a la planificación, administración, conservación, almacenamiento, control y disposición final de los documentos producidos y recibidos en la entidad de acuerdo con la normatividad vigente.	4.4, 7.5, 9.1.1, 9.1.3, 6.1.	-----	X	----	-----	O	O	
Responsabilidad fiscal y jurisdicción coactiva	Determinar jurídicamente la responsabilidad fiscal en que puedan incurrir servidores públicos y/o particulares que en ejercicio de la gestión fiscal o con ocasión de esta, causen daño al patrimonio del Estado. Y lograr el resarcimiento de los daños ocasionados mediante el recaudo de los montos de las obligaciones establecidas en fallos con Responsabilidad Fiscal, resoluciones sancionatorias y providencias que presten mérito ejecutivo por Jurisdicción Coactiva.	4.4, 7.1.5.1, 8.1, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.1, 9.1.3, 6.1, 10.2	-----	X 1NCm 6.1.2	X 1 NCM 6.1.2 y 10.2.1 d)	X CEERA	-----	O	
Comunicación Pública	Optimizar la comunicación con clientes externos e internos mediante estrategias efectivas y el uso de diversos medios y herramientas, con el objetivo de difundir los propósitos de la entidad y fortalecer la transparencia en su gestión.	4.4, 7.4, 9.1.2, 9.1.1, 9.1.3, 6.1	-----	X	-----	-----	O	O	
Administración de Recursos Informáticos	Administrar, mantener y asegurar el Recurso Informático en la Entidad, garantizando el apoyo logístico para el buen funcionamiento institucional.	4.4, 7.1.3, 9.1.1, 9.1.3.10.2	-----	X 1NCm 7.1.3 y 7.5.1	X 1NCM 7.1.3, 7.5.1 b)	X CEERA	----	O	

Contrato No.	CO/CAL/2000011165	Organization / Organización:	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA	Main Location / Ubicación principal	Carrera 7 No 1N - 66 piso 2 Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Colombia	Issue n° / Rev. No.	4
Document/ Documento:	GSO-305-CO	Standard(s)/ Norma:	ISO 9001:2025,			Page n° / Pag. No.	1 of X



Matriz de Plan de Auditoría

					y 10.2.1 d)			
Control Fiscal	Evaluar la gestión fiscal de las entidades sujetas de control y particulares que manejen fondos o bienes del estado, promoviendo la mejora continua y la generación de valor agregado para beneficio de la comunidad	4.4, 7.1.5.1, 8.1, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.1, 9.1.3, 10.2, 6.1	-----	X 1NCm 8.7.2 item b	X 1NCm 8.7.1	X CEERA	-----	O
Gestión Jurídica	Asesorar jurídicamente a la Contraloría General del Cauca mediante el apoyo efectivo a los procesos Misionales y de Apoyo, a los sujetos de control y partes interesadas, y ejercer la defensa judicial de la entidad, garantizando el respeto de los requisitos legales.	4.4, 8.2.1, 8.5.1, 8.4.1, 8.4.3, 9.1.1, 9.1.3, 10.2, 6.1	-----	X 1NCm 8.4.1	X 1NCM 8.4.1 y 10.2.1 d)	X CEERA	-----	O
Gestión del Talento Humano	Administrar de manera eficiente el Recurso Humano de la Contraloría General del Cauca, buscando contribuir permanentemente a la mejora de las competencias, ambiente y condiciones de trabajo para el personal de la entidad, aplicando la normatividad vigente y de acuerdo con las necesidades y capacidad de la organización.	4.4, 5.3, 7.1.2, 7.1.4, 7.1.6, 7.2, 7.3, 9.1.1, 9.1.3, 10.2, 6.1	-----	X 1NCm 7.3 item c y d	X 1NCM 7.3 c) y d) y 10.2.1 d)	X CEERA	-----	O
Gestión de Recursos Físicos y Financieros	Planificar, Gestionar, ejecutar y administrar los recursos Físicos y Financieros de la Contraloría General del Cauca; con el fin de satisfacer y apoyar las necesidades de los demás procesos, conforme a las competencias reconocidas constitucional y legalmente.	4.4, 8.4, 7.1.3, 7.1.1, 9.1.1, 9.1.3, 10.2, 6.1	-----	X	-----	-----	O	O

Contrato No.	CO/CAL/2000011165	Organization / Organización:	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA	Main Location / Ubicación principal	Carrera 7 No 1N - 66 piso 2 Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Colombia	Issue n° / Rev. No.	4
Document/ Documento:	GSO-305-CO	Standard(s)/ Norma:	ISO 9001:2025,			Page n° / Pag. No.	1 of X



Matriz de Plan de Auditoría

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Notas de diligenciamiento:

En la columna 1, listar los departamentos, procesos, actividades u otras unidades funcionales, definidas por la organización. Estos deberían ser los mismos departamentos y/o procesos identificados en el plan de auditoría.

En la columna 2, listar objetivos o actividades del proceso aplicables al departamento, proceso o actividad.

En la columna 3, listar todos los requisitos del estándar aplicables que se relacionan con cada actividad o proceso definido en la columna 1.

Para cada visita planeada, marcar cada una de las celdas de los procesos a cubrir con una "O" (Planeado).

Indicar con un (guion) "-" en el caso de no ser necesario auditar la actividad o proceso.

Al terminar cada visita marcar la celda de cada departamento o proceso evaluado con una "X". Si se identifican no conformidades (NC), anotar el número de NC menores/mayores identificadas en cada departamento o proceso.

Nivel integración del Sistema Integrado de Gestión (SIG): ___% NO APLICA

Ciclo de certificación	¿Se evaluó la totalidad de los requisitos de la norma durante la auditoría?		Especifique los requisitos que no fueron cubiertos durante la auditoría para cada norma			Por favor, relacione las observaciones que deben tenerse en cuenta para la siguiente auditoría
			ISO_9001	ISO	ISO	
INICIAL / RENOVACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	En una auditoría inicial o renovación se debe auditar el 100 % de los requisitos	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

Contrato No.	CO/CAL/2000011165	Organization / Organización:	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA	Main Location / Ubicación principal	Carrera 7 No 1N - 66 piso 2 Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Colombia	Issue n° / Rev. No.	4
Document/ Documento:	GSO-305-CO	Standard(s)/ Norma:	ISO 9001:2025,			Page n° / Pag. No.	1 of X



Matriz de Plan de Auditoría

Ciclo de certificación	¿Se evaluó la totalidad de los requisitos de la norma durante la auditoría?		Especifique los requisitos que no fueron cubiertos durante la auditoría para cada norma			Por favor, relacione las observaciones que deben tenerse en cuenta para la siguiente auditoría
			ISO_9001	ISO	ISO	
SEGUIMIENTO 1	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No Aplica	No Aplica	No Aplica	<p>15/12/2025. Después de la revisión de las no conformidades el resultado es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NCm 9.2.1 ítem a-2. Escala a Mayor 2. NCm 9.1.2. Se cierra. Se genera Observación. 3. NCm 6.2.2. Se cierra. Se genera Observación. 4. NCm 9.1.3 ítem b. Escala a Mayor 5. NCm 6.1.2. Escala a Mayor 6. NCm 7.1.3 y 7.5.1. Escala a Mayor 7. NCm 8.7.2 ítem b. Se cierra. Se genera NCm al 8.7.1. 8. NCm 8.4.1. Escala a Mayor 9. NCm 7.3 ítem c y d. Escala a Mayor
SEGUIMIENTO 2	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No Aplica	No Aplica	No Aplica	

Contrato No.	CO/CAL/2000011165	Organization / Organización:	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA	Main Location / Ubicación principal	Carrera 7 No 1N - 66 piso 2 Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Colombia	Issue n° / Rev. No.	4
Document / Documento:	GSO-305-CO	Standard(s) / Norma:	ISO 9001:2025,			Page n° / Pag. No.	1 of X



Matriz de Plan de Auditoría

Ciclo de certificación	¿Se evaluó la totalidad de los requisitos de la norma durante la auditoría?		Especifique los requisitos que no fueron cubiertos durante la auditoría para cada norma			Por favor, relacione las observaciones que deben tenerse en cuenta para la siguiente auditoría
			ISO_9001	ISO	ISO	
SUPLEMENTARIA (ESPECIFICAR)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Auditora cierre de NCM Se da cierre a todas las NCM.
Nota: La programación de los requisitos normativos debe garantizar la cobertura del 100% del alcance entre el primer y segundo seguimiento.						

INFORMACIÓN DE TURNOS

Ciclo de certificación	No. de Turnos	Horario(s) de cada turno	¿Se auditaron todos?	
INICIAL / RENOVACIÓN	1	07:30 a 16:30	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	En una auditoria inicial o renovación se debe auditar el 100% de los turnos
			<input type="checkbox"/> Sí	
			<input type="checkbox"/> Sí	
			<input type="checkbox"/> Sí	
SEGUIMIENTO 1	1	07:30 a 16:30	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Contrato No.	CO/CAL/2000011165	Organization / Organización:	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA	Main Location / Ubicación principal	Carrera 7 No 1N - 66 piso 2 Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Colombia	Issue n° / Rev. No.	4
Document/ Documento:	GSO-305-CO	Standard(s)/ Norma:	ISO 9001:2025,			Page n° / Pag. No.	1 of X



Matriz de Plan de Auditoría

Ciclo de certificación	No. de Turnos	Horario(s) de cada turno	¿Se auditaron todos?	
SEGUIMIENTO 2			<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
SUPLEMENTARIA (ESPECIFICAR)	1	07:30 a 16:30	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Nota: los turnos deben quedar programados para completarse en su totalidad (100%) entre los seguimientos 1 y 2.

VERIFICACIÓN DEL ALCANCE DE CERTIFICACIÓN

Ciclo de certificación	Detalle el alcance de certificación auditado	Detalle en que proceso del cliente se audito el alcance	¿Se audito todo el alcance?		¿Se verificó la no aplicabilidad de los requisitos respecto al alcance total de la certificación?"	
INICIAL / RENOVACION	Control fiscal a la gestión integral de las entidades sujetas de control del orden departamental y municipal, y a los particulares que manejen recursos públicos en la	Procesos: <ul style="list-style-type: none"> • Participación Ciudadana • Responsabilidad fiscal y jurisdicción coactiva • Control Fiscal • Gestión Jurídica 	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	En una auditoria inicial o renovación se debe auditar el 100 % del alcance	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	En las auditorías iniciales, de renovación y de seguimiento (1 y 2), se debe justificar la no aplicabilidad de los requisitos respecto al alcance total de la certificación.

Contrato No.	CO/CAL/2000011165	Organization / Organización:	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA	Main Location / Ubicación principal	Carrera 7 No 1N - 66 piso 2 Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Colombia	Issue n° / Rev. No.	4
Document/ Documento:	GSO-305-CO	Standard(s)/ Norma:	ISO 9001:2025,			Page n° / Pag. No.	1 of X



Matriz de Plan de Auditoría

Ciclo de certificación	Detalle el alcance de certificación auditado	Detalle en que proceso del cliente se audito el alcance	¿Se audito todo el alcance?		¿Se verificó la no aplicabilidad de los requisitos respecto al alcance total de la certificación?"	
	jurisdicción del departamento del Cauca. No aplica 7.1.5.2, 8.3.					
			<input type="checkbox"/> Sí			
			<input type="checkbox"/> Sí			
			<input type="checkbox"/> Sí			
SEGUIMIENTO 1	Control fiscal a la gestión integral de las entidades sujetas de control del orden departamental y municipal, y a los particulares que manejen recursos públicos en la jurisdicción del departamento del Cauca. No aplica 7.1.5.2, 8.3.	Procesos: <ul style="list-style-type: none"> Control Fiscal Gestión Jurídica Responsabilidad fiscal y jurisdicción coactiva Participación Ciudadana 	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	

Contrato No.	CO/CAL/2000011165	Organization / Organización:	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA	Main Location / Ubicación principal	Carrera 7 No 1N - 66 piso 2 Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Colombia	Issue n° / Rev. No.	4
Document/ Documento:	GSO-305-CO	Standard(s)/ Norma:	ISO 9001:2025,			Page n° / Pag. No.	1 of X



Matriz de Plan de Auditoría

Ciclo de certificación	Detalle el alcance de certificación auditado	Detalle en que proceso del cliente se audito el alcance	¿Se audito todo el alcance?		¿Se verificó la no aplicabilidad de los requisitos respecto al alcance total de la certificación?"	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
SEGUIMIENTO 2			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
SUPLEMENTARIA (ESPECIFICAR)	CIERRE NCM		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

Nota: El alcance de certificación debe quedar programado para completarse en su totalidad (100%) entre los seguimientos 1 y 2.

Contrato No.	CO/CAL/2000011165	Organization / Organización:	CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA	Main Location / Ubicación principal	Carrera 7 No 1N - 66 piso 2 Edificio Lotería del Cauca, Popayán, Colombia	Issue n° / Rev. No.	4
Document/ Documento:	GSO-305-CO	Standard(s)/ Norma:	ISO 9001:2025,			Page n° / Pag. No.	1 of X

MEMORANDO

150

Popayán, 15 de abril de 2026

PARA: **DIANA PATRICIA GUERRERO**
Directora Jurídica

DE: **OLGA LORENA DÍAZ CHAGUENDO**
Directora de Talento Humano y Servicios de Apoyo a la Gestión

ASUNTO: Remisión documentos ejecución contractual contrato No. C2-003-2026

Cordial saludo;

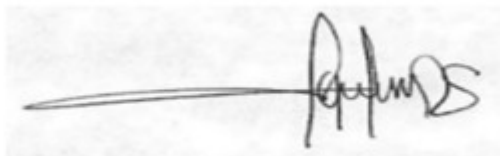
En atención a la actividad 19 del Procedimiento de Contratación – Código: PT-MA-GJ-S2-01, la cual establece: “Remitir los documentos en físico a la Dirección Jurídica, los anexos y/o certificaciones”, me permito remitir los documentos adjuntos, con el fin de que sean incorporados en la carpeta del Contrato No. C2-003-2026, sobre el cual ejercí supervisión.

Los documentos se relacionan a continuación:

1. Matriz de plan de auditoria en 10 folios
2. Informe de Revisión de No Conformidades en 7 folios
3. Informe interno de auditoria en 17 folios
4. Constancia para la continuidad de la certificación emitida el 25/03/2026
5. Acta de reunión de apertura y cierre realizada el 5 y 6 de marzo de 2026, con registro de firmas en 1 folio.
6. Informe del Revisor Fiscal presentado el 6 de marzo de 2026
7. Factura electrónica No.SGS279881 del 26 de marzo de 2026

Solicitando adicionalmente, de acuerdo a la Nota 1 del mencionado procedimiento, efectuar la correspondiente revisión y verificación de los documentos requeridos para que la DTHSAG efectuó el correspondiente pago.

Atentamente,



OLGA LORENA DÍAZ CHAGUENDO

Directora de Talento Humano y Servicios de Apoyo a la Gestión
Supervisora del Contrato C2-003-2026

Proyectó: Olga Lorena Díaz Chaguendo - Supervisora