

INFORME EJECUTIVO

| | | | | | | | |
|--|---|-----|--------------|------------------------------------|-----|-----|------|
| Nombre de la Auditoría Interna | 15. ENSAYOS Y CALIBRACION DE MEDIDORES. | | | 1050001-2021-0311 | | | |
| | N° Consecutivo | | | | | | |
| Destinatario | Dra. CRISTINA ARANGO OLAYA | | | | | | |
| | GERENTE GENERAL DE LA EAAB-ESP | | | | | | |
| PROCESO: | Gestión CHE | | SUBPROCESO | Ensayos y Calibración de Medidores | | | |
| Dependencia / Área / Unidad Auditable | Gerencia de tecnología | | Responsables | Noel Valencia López | | | |
| | Dirección de Servicios Técnicos | | | Diego Fernando Naranjo Gutiérrez | | | |
| | Laboratorio de Medidores | | | Diego Fernando Duran | | | |
| Reunión de Apertura | 07 | 10 | 2021 | Reunión de Cierre | 29 | 11 | 2021 |
| | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
| Equipo Auditor | | | | | | | |
| Auditor Líder OCIG | Gloria Piedad Roa Carrero | | | | | | |
| Auditor Líder de Grupo | Yimmy Márquez Álvarez | | | | | | |
| Auditor | Carlos Alberto Guzmán Soriano | | | | | | |
| Dificultades del Proceso Auditor | N.A. | | | | | | |
| <i>Este "Informe Ejecutivo", solo relaciona información de interés para la Gerencia General de la EAAB-ESP, los resultados detallados de este proceso auditor (Resultados de la Auditoría), se ha puesto en conocimiento del(os) auditado(s) para que den inicio a la gestión correspondiente de acciones de mejora.</i> | | | | | | | |

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA.

Evaluar la eficacia de los elementos de control del Subproceso Ensayos y Calibración de Medidores que soportan en el alcance de sus competencias, el cumplimiento de sus objetivos, al igual que la atención a las recomendaciones de los organismos de acreditación y certificación.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

Se verificarán los elementos de control del subproceso, con base en la matriz vigente de riesgos del Proceso CHE, al igual que, la eficiencia de los sistemas de información, las acciones adelantadas con relación a los hallazgos de los entes acreditadores, certificadores, de entes de control y OCIG del 2019 a la fecha; finalmente, los reportes de autocontrol de los subcomités de control interno de la vigencia 2021.

3. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

3.1. Aspectos Generales.

El presente proceso auditor surtió todas las etapas previstas según lo establecido en el Plan de Auditoría durante el periodo septiembre a noviembre de la vigencia 2021, lo cual permitió emitir conclusiones sobre la efectividad del Sistema de Control Interno y su compromiso con el mejoramiento continuo, concluyendo que:

- Los niveles de riesgo residual asociados a los tres riesgos de gestión y al riesgo de corrupción relacionados con el laboratorio de Medidores, a partir de la evaluación del diseño y efectividad de los 17 controles, son sólidos y disminuyen razonablemente la probabilidad de materialización de los riesgos; adicionalmente, los niveles de riesgo inherente y residual calificados por el proceso, son concordantes con los niveles de riesgo evaluados por el equipo auditor.
- Frente a los 21 aspectos aplicados al sistema de información actual Softmed se obtuvo que 5 cumplieron con los soportes y controles informáticos, 6 no aplican, mientras que en 10 de ellos se halló que tienen oportunidades de mejora que serán abordadas en el numeral 7 de recomendaciones (Informe General).
- Frente al seguimiento de la información que se realizó con los datos de un medidor desde que ingresa al laboratorio, hasta que se generan los cuadros de totales mensuales que manejan los colaboradores administrativos, se concluye cumple con el flujo y controles determinados en los procesos.
- Analizada la topología con que cuenta el sistema de información actual, se encontró que cumple con los requerimientos informáticos que demanda el laboratorio, que permite capturar, procesar, transmitir y almacenar la información, incluyendo su operatividad de la interface con el sistema de información empresarial ERP SAP.
- Frente a la gestión de los compromisos adquiridos con los entes certificadores y acreditadores, se verifica que, a la fecha, el laboratorio no cuenta con acciones en desarrollo y que ha gestionado efectivamente sus compromisos con relaciona a planes de mejoramiento.
- En cuanto a la gestión de los planes de mejoramiento comprometidos con la Oficina de Control Interno y Gestión, y con los Entes de Control, el laboratorio no registra compromiso alguno, sin embargo, si se encuentran 3 acciones comprometidas con la Contraloría de Bogotá a cargo de la Dirección de Servicios Técnicos las cuales deben ser atendidas, ya que están próximas a finalizar. (3.3.1.16 acciones 1, 2 y 3).
- Frente a la realización y remisión de las actas producto de las reuniones del Subcomité de Control Interno, el proceso ha realizado y cumplido de manera rigurosa esta actividad.

3.2. Fortalezas.

- ✓ Se reconoce el compromiso del Proceso Gestión CHE y de los laboratorios en general, frente a los riesgos y su mantenimiento, ya que durante la revisión documental fue notorio el esfuerzo por mantener actualizados los documentos, incluso en el marco de los nuevos formatos para la actualización de procedimientos según las disposiciones del proceso de gestión documental, los cuales se reflejaron e identificaron en la matriz de riesgos del proceso.
- ✓ Se observó que se cuenta con un sistema de información que ayuda a agilizar la actividad del laboratorio entre los metrólogos en los bancos de prueba utilizando las tabletas y las personas que administran la información para luego ser transmitidas al sistema ERP-SAP.
- ✓ Se reconoce la dedicación y apropiación frente a los reportes de autocontrol de los subcomités de C.I. enviados a la OCIG, notando que esta actividad se realiza más allá de los requerimientos de la resolución, abordando temas generales del proceso y de los laboratorios.
- ✓ Se encuentra oportunidad en los auto reportes de los planes de mejoramiento, notando que realizan esta labor dentro de los términos indicados a través de la herramienta Archer.
- ✓ Se encuentra compromiso por parte del personal del proceso, de cara a la atención a las auditorias y su mantenimiento reputacional, con relación a la certificación y acreditación de los laboratorios.

3.3. Observaciones

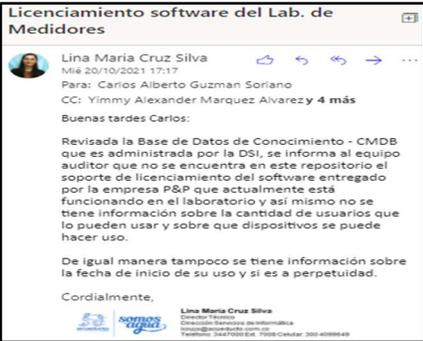
“Las OBSERVACIONES, deben ser objeto de Plan de Mejoramiento en el marco del procedimiento de -Mejoramiento Continuo- de la EAAB-ESP, con el fin de eliminar las causas que les dieron origen. La OCIG analizará y verificará la efectividad de las acciones formuladas y gestionadas en el marco de los seguimientos a los Planes de mejoramiento o en próximas auditorías del proceso o tema en cuestión”.

No se registran situaciones que sean consideradas **Observaciones**, sin embargo, si relaciona recomendaciones orientadas a la mejora continua.

| RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA | | |
|--|--|--|
| <i>Las “Recomendaciones para la mejora” si bien no requieren plan de mejoramiento, si deberán ser analizadas y en caso de ser procedentes, deberán ser atendidas por los responsables en el marco de la gestión propia del área o dirección a cargo, ya que serán objeto de monitoreo en próximas auditorías, y su desatención en más de dos oportunidades será comunicada al superior inmediato o escalado a la alta dirección según consideración de la Jefatura OCIG.</i> | | |
| | RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA | RESPONSABLE |
| 1 | Se recomienda que en la actualización de procedimientos, las actividades de control sean redactadas haciendo uso de verbos que indiquen que la acción debe realizarse como parte del control, ejemplo; verificar, validar, conciliar, cotejar y comparar , entre otras, teniendo en cuenta la diagramación dispuesta en el formato del procedimiento MPFD0802P-06 Documentación de Procesos, de igual forma, se recomienda actualizar en la matriz de riesgos, para lo cual también se recomienda incluir su nueva redacción y el o los numerales de la(s) actividad(es) correspondiente donde se ejecuta en el procedimiento, y el registro aplicable, al laboratorio que corresponde, esto con el fin de dar mayor claridad de la aplicación y revisión de los mismos. | Gerencia de Tecnología Dirección Servicios Técnicos / Laboratorio Medidores |
| 2 | Se recomienda revisar y actualizar la Caracterización del Proceso CHE (2018) en el marco del nuevo PGE 2021-2024, acudiendo a las nuevas metodologías para estas situaciones como los elementos | |

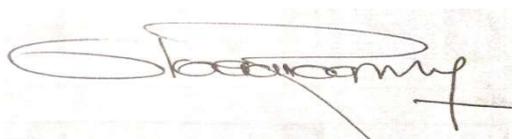
OFICINA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN

| | | |
|----------|--|--|
| | SMART, ya que en el ítem Control de Cambios, se encontró la nota: “Se requiere realizar la actualización de la caracterización de forma que se fortalezca el enfoque por procesos. El cambio incluye revisión del objetivo, alcance y todas las actividades claves del proceso, las entradas, salidas, los proveedores y los clientes.”, la cual no ha sido atendida, según se verificó en las indagaciones y entrevistas realizadas al laboratorio. | Gerencia de Tecnología / DGCYP |
| 3 | Se recomienda al proceso, contar con el funcionario “Facilitador” con el fin de que se retomen las actividades relacionadas con Calidad, Riesgos y demás asociadas a este rol, lo anterior teniendo en cuenta que su presencia es fundamental en la atención, respuesta y manejo al considerable número de auditorías que debe atender el proceso. | Gerencia de Tecnología Dirección Servicios Técnicos |
| 4 | Se recomienda, crear un repositorio oficial de informes de auditoría realizada al proceso CHE y en especial a los Laboratorios, ya que, al momento de la auditoria al Laboratorio de Medidores, no se encontró claramente un sitio destinado a este fin. | Gerencia de Tecnología Dirección Servicios Técnicos |
| 5 | <p>Se recomienda a la DGCYP y al proceso CHE, incorporar en el formato MPC0201F02-01Informe Auditoria Medidores, espacios para registrar información relacionada con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedencia de la Auditoria. (Línea del Plan Anual de Auditoria PAA de la EAAB-ESP) - Nombre completo de la Auditoría. (El cual debe ser consecuente con la línea del PAA correspondiente) - Nombre de la persona o empresa que realiza la auditoria y Fecha de Entrega del informe. <p>Lo anterior debido a que, al realizar la trazabilidad de los planes de mejoramiento en el Excel oficial y en Archer, no se registró dicha información básica, la cual es fundamental al momento de requerir la trazabilidad o los PM asociados a un informe de auditoría.</p> <p>De igual forma se recomienda, revisar la pertinencia de las columnas D (Origen) y E (Nombre del Registro) del formato MPC0202F02-04 Plan de mejoramiento, ya que es allí donde se debería diligenciar dicha información y que debería ser consecuente con el formato de informe, inicialmente citado MPC0201F02-01Informe Auditoria Medidores.</p> <p>Lo anterior permitiría obtener la trazabilidad absoluta de los Planes de Mejoramiento no solo del proceso CHE, sino de toda la entidad, bien sea en el formato Excel como en Archer, donde también se recomienda incorporar estos espacios para diligenciamiento en el marco de los planes de mejoramiento sin importar su procedencia.</p> | Gerencia de Tecnología Dirección Servicios Técnicos / DGCYP |
| 6 | Se recomienda configurar y hacer mantenimiento tanto a los equipos de cómputo (PCs, Tablet, Servidores, Comunicaciones), como al software de medidores, Sistemas operativos y bases de datos, ya que al analizar el cumplimiento del numeral 1.2 de la lista de verificación “Interfaces del Sistema de Información”, la interface con el Sistema de Información empresarial ERP SAP/R3, es lenta y puede durar horas procesando o transfiriendo un conjunto de certificados de calibración de los medidores. | Gerencia de Tecnología Dirección Servicios de Informática |
| 7 | Se recomienda que el sistema de información que opere en el laboratorio genere automáticamente los informes que requiere el área. En el caso de SOFTMED se evidencio que al momento de analizar el cumplimiento del numeral 1.3 de la lista de verificación “Reportes generados por el Sistema de información Softmed”, los colaboradores administrativos del laboratorio de medidores, se ven abocados a hacer exportación de información a hojas electrónicas de Excel, y luego manipular la información para generar los cuadros o informes que requieren, puesto que el software no cuenta con reportes que permita filtrar por rangos o características de cada campo (ej. fechas, zonas). Esto genera el riesgo de errores humanos y debilidades en la seguridad de la información. | Gerencia de Tecnología Dirección Servicios de Informática Dirección de Servicios Técnicos |
| 8 | Se recomienda que el licenciamiento este centralizado y administrado por la Dirección Servicios de Informática, ya que verificado el numeral 1.4 de la lista de verificación “Licenciamiento de Software”, se encontró que la Directora DSI (ver imagen del comunicado) comunica que: “Revisada la Base de Datos de Conocimiento - CMDB que es administrada por la DSI, se informa al equipo auditor que no se encuentra en este repositorio el soporte de licenciamiento del software entregado por la empresa P&P que actualmente está funcionando en el laboratorio y así mismo no se tiene información sobre la cantidad de usuarios que lo pueden usar y sobre que dispositivos se puede hacer uso. | Gerencia de Tecnología Dirección Servicios de Informática DSI Dirección de Servicios Técnicos |

| | | |
|------------------|---|---|
| | <p><i>De igual manera tampoco se tiene información sobre la fecha de inicio de su uso y si es a perpetuidad.”</i></p> <p>Por lo anterior se recomienda a la Dirección de Servicios técnicos que se coordine con la DSI para entregar y centralizar todo lo relacionado con software o hardware adquirido y utilizado en el laboratorio de Medidores.</p>  <p>Fuente: DSI, Imagen de comunicado sobre licenciamiento Softmed</p> | |
| <p>9</p> | <p>Se recomienda que la documentación del software de gestión del laboratorio de medidores, que entrega el proveedor, adopte los procesos y formatos para manuales donde se considere los parámetros básicos como: fecha de creación, el manejo de versionamiento, control de cambios, nombre del responsable de la creación o de las actualizaciones, responsable de revisión y responsable de aprobación, ya que, en la revisión del numeral 1.5 de la lista de verificación “Documentación” de SOFTMED, se observó que sus manuales carecen de una o varias de las características de un manual.</p> | <p>Gerencia de Tecnología Dirección Servicios de Informática Dirección de Servicios Técnicos</p> |
| <p>10</p> | <p>Se recomienda que la documentación de los procedimientos este actualizada con las actividades que se realizan en el software actual. En caso de ser necesario especificar alguna actividad más técnica, hacer referencia al manual del sistema. En el caso de Softmed se encontró de acuerdo al numeral 1.6 “Procesos y Procedimientos” de la lista de verificación, que los procedimientos no incluyen los pasos o actividades que se realizan con el software y tampoco hace referencia a ninguno de sus manuales.</p> | <p>Dirección Servicios de Informática Dirección de Servicios Técnicos</p> |
| <p>11</p> | <p>Se recomienda que, al designar al administrador del sistema de información, sea un funcionario diferente a los funcionarios que operan el sistema, debido a que el administrador tiene todos los permisos y por tanto no habría una adecuada segregación de funciones, permitiendo surgir debilidades en la seguridad de la información. Verificado el punto 2.5 “Segregación de Funciones” de la lista de verificación, se observó que el Administrador Softmed, puede también operar el sistema y realiza otras actividades como designar turnos de trabajo de los metrologos.</p> | <p>Dirección de Servicios Técnicos</p> |
| <p>12</p> | <p>Se recomienda que el software de gestión del Laboratorio de Medidores se encuentre alineado con a las políticas de seguridad de la información de la EAAB-ESP, ya que, al revisar el punto 3.3 “Alineación de Sistema de Información vs. políticas de seguridad de la información de la Entidad.” de la lista de verificación, los parámetros de SoftMed son independientes de las Políticas de Seguridad de la información de la Entidad, ejemplo; longitud mínima y máxima de user/contraseña, periodo de expiración de la contraseña, time out, número de intentos fallidos, acciones ante intentos fallidos, histórico de claves, clave alfanumérica fuerte, mensaje recordatorio por vencimiento, cancelación de cuentas por inactividad, entre otros. En los manuales de Softmed no se observan políticas de seguridad. El administrador comunica al equipo auditor que el Proveedor PyP no le ha mencionado estas Políticas, ni el software las ha exigido.</p> | <p>Gerencia de Tecnología Dirección Servicios de Informática Dirección de Servicios Técnicos</p> |
| <p>13</p> | <p>Se recomienda que el software de gestión del laboratorio de medidores tenga disponible el log de transacciones y que este sea revisado periódicamente por una persona responsable de la seguridad informática.</p> | <p>Gerencia de Tecnología Dirección Servicios de Informática</p> |

OFICINA DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN

| | | |
|-----------|---|--|
| | En el caso de Softmed según lo observado en el punto 3.5 “Log de transacciones y/o usuarios del Sistema de Información” de la lista de verificación, el administrador comunica que no maneja ni revisa ningún log, ni el proveedor PyP le ha capacitado para manejarlo. Los manuales no muestran un manejo de logs, para monitorear posibles errores o detectar riesgos del manejo de la información. | Dirección de Servicios Técnicos |
| 14 | Se recomienda que el software de gestión del laboratorio de medidores cuente con un registro de administración de usuarios con su histórico de creación, modificación, fecha de retiro como usuario activo, fechas de activo e inactivo, bloqueos, entre otros. Lo anterior con el propósito de controlar que personas puede ingresar al sistema y acceder a la información. El administrador comunica según la revisión del punto 3.6 “Comunicación de las novedades (Creación, modificación, retiro, etc.) de usuario al administrador del sistema de información”, que en SOFTMED no se lleva un control de periodos en que se inactiva, modifica o se bloquea un usuario (ej. por retiro, cambio de área, vacaciones, incapacidades). | Gerencia de Tecnología Dirección Servicios de Informática Dirección de Servicios Técnicos |
| 15 | Se recomienda que el software de gestión del laboratorio de medidores sea incluido con cierto nivel de prioridad como parte del Plan de Recuperación de Desastres (DRP) y plan de continuidad del negocio (BCP), ya que de este software depende la operación diaria del Laboratorio de Medidores. Se verifico el punto 3.9 “El Sistema de información hace parte del Plan de Recuperación de Desastres (DRP) y plan continuidad del negocio (BCP)”, observando que el área no tiene soportes al respecto. | Gerencia de Tecnología Dirección Servicios de Informática Dirección de Servicios Técnicos |
| 16 | Se recomienda digitalizar (escanear) los archivos que se manejan en papel físico con el objetivo de obtener mayor agilidad de consulta y como respaldo en caso de deterioro o pérdida. En la visita presencial se observó que los archivos físicos pueden sufrir deterioro, o perdida al estar expuestos al medio ambiente de una oficina en bodegas con posible humedad. Igualmente, a estas oficinas puede ingresar personal externo al laboratorio (como por ejemplo personal de las zonas, de otras áreas, proveedores, clientes que tienen que ver con los medidores, entre otros). | Dirección Servicios de Informática Dirección de Servicios Técnicos |



Gloria Piedad Roa Carrero
Jefe Oficina de Control Interno y Gestión.