



Informe de Auditoría Interna

AUDITORIA No.	Interna de Calidad No. 10	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día: 27	Mes: 05	Año: 2015
----------------------	---------------------------	-------------------------------------	---------	---------	-----------

Proceso(s) a Auditar:	Direccionamiento Estratégico
Dependencia(s):	Dirección y Subdirección
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Liliana Caballero/ Andrés Podlesky
Objetivo de la Auditoría:	Identificar el estado de madurez, solidez y continuidad del Sistema de Gestión, desde el proceso de direccionamiento estratégico
Alcance de la Auditoría:	Auditar el proceso de direccionamiento estratégico en la Dirección y Subdirección del Departamento
Criterios de la Auditoría:	Requisitos de los procedimientos, requisitos de la Norma Técnica de Calidad

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	11	Mes	05	Año	2015	Desde	27/05/ 2015	Hasta	27/05 /2015	Día	28	Mes	05	Año	2015
							D / M / A		D / M / A						

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
Andrés Podlesky	Luz Stella Patiño	Luz Mary Riaño C./ Marianela Bravo /Olga Lucia Arango

PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS/ HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

Descripción del hallazgo o situación detectada y/o requisito de la norma	Numeral de norma	Tipo	Recomendación
		C NC OBS	
Proceso Direccionamiento Estratégico – Subdirección y Dirección del DAFP			
Durante el proceso de auditoría, se evidencia compromiso de los servidores frente al cumplimiento de los objetivos institucionales, verificado a través de la Planeación Institucional y Metas Institucionales.	5.1 Compromiso de la Alta Dirección	C	Iniciar la actualización de los documentos soportes, de acuerdo con lineamientos del SGC, adoptado por el DAFP.
Se evidencia compromiso de la Dirección en la generación de políticas para el cumplimiento de los objetivos institucionales, en el marco de las competencias del DAFP, políticas de Gobierno y los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo.			
Al indagar sobre los objetivos Institucionales, se evidencia que las actividades que los funcionarios desarrollan, se enfocan al cumplimiento de estos, demostrando conformidad con los lineamientos vigentes.	5.4.1 Objetivos de calidad	C	Realizar jornadas de interiorización del Manual de Calidad
Los hechos encontrados durante el análisis documental a la Dirección y Subdirección y las entrevistas realizadas, muestran la articulación de la planeación institucional documentada en la matriz de planificación anual 2014 con las metas del Plan Nacional de desarrollo.	4.1, Requisitos generales	C	
Se encontró que la Alta Dirección realiza de manera permanente los comités directivos y estratégicos (planeación anual según	5.1 Compromiso de la	C	Complementar estos comités en el marco de la Revisión por la dirección de conformidad con los numerales 5.6, 5.6.1 y 5.6.2 de la



Informe de Auditoria Interna

cronograma verificado y agendas electrónicas) donde se analizan los resultados de las auditorías externas y de las auditorías de gestión y se toman decisiones en cumplimiento de este requisito.	Dirección		norma de calidad
Frente a la Política de Calidad documental y vigente en el aplicativo de Calidad DAFP (mecanismo de información), se evidencia que los funcionarios asociados al proceso, aunque tienen claridad frente a su compromiso con los objetivos del DAFP, no la conocen, situación que puede llegar a incumplir requisitos de la norma.	5.3 Política de Calidad	OBS	Difundir la Política de calidad del DAFP, a la alta Dirección y al personal que integra la Subdirección y la Dirección
Revisada la actividad de Cooperación Internacional, se evidencia que existe pleno conocimiento sobre la responsabilidad y participación de la Entidad en este tema, sin embargo, no hay evidencia que el desarrollo de las tareas actuales están asociadas a la Guía que regula esta actividad (vigente en el aplicativo de Calidad DAFP) y tampoco se encuentra asociado a un procedimiento escrito.	4.1 Requisitos generales	OBS	Revisar la Guía y determinar su ajuste o la descripción de un procedimiento
Durante el desarrollo de la auditoría, se encuentra que la tabla de retención documental fue revisada y actualiza por parte de los responsables del área, sin embargo se encuentra pendiente de asignación del código correspondiente por parte del Grupo de Gestión Documental, situación que puede conducir al incumplimiento de las normas de archivo	4.2.4 Control de registros	OBS	Desarrollar jornadas de actualización de las tablas de retención documental
De la revisión de los riesgos asociados al proceso, se encontró que aunque se registran mensualmente las acciones realizadas en el aplicativo SGI, no se está haciendo una adecuada administración del riesgo tal como lo indica la metodología definida en Función Pública.	8.5.3 Acciones preventivas	OBS	Realizar la valoración de riesgos de acuerdo con la metodología establecida, para determinar mitigación o mantenimiento del riesgo
De acuerdo con la última revisión por la Dirección, se recomendó y se llevó a cabo la reubicación de los procesos de Instrumentalización y Difusión de la Política; sin que a la fecha se haya documentado esta situación.	5.4.2 Planificación del SGC	OBS	Agilizar proceso de reingeniería y dar inicio a la modificación y documentación del SGC.
De la entrevista a la Directora, se observa que existen adecuados y eficaces mecanismos de seguimiento al cumplimiento de políticas y planes institucionales; no obstante estos controles no se encuentran descritos dentro de los procesos y procedimientos del DAFP.	8.5.1 Mejora Continua	OBS	Agilizar proceso de reingeniería y dar inicio a la modificación y documentación del SGC

C. Conformidad. 4 NC. 0 No Conformidad OBS. Observación6

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	Compromiso de la alta Dirección para innovar y adecuar la gestión Institucional a los retos que impone la política gubernamental de cara al postconflicto
Oportunidades de mejora	Agilizar el proceso de reingeniería, ajustar la cadena de valor y actualizar la documentación del SGC.
Recomendaciones para	Capacitar a los funcionarios que vayan ingresando y hacer reinducción en el tema de calidad



Informe de Auditoria Interna

auditorias posteriores

Capacitar a todos los funcionarios una vez se finalice proceso de reingeniería y se ajuste el SGC.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los **28** días del mes de **Mayo** del año **2015**