



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	Interna de Calidad No.9	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	20	Mes:	Mayo	Año:	2014
----------------------	------------------------------------	---	------	----	------	------	------	------

Proceso(s) a Auditar:	Direccionamiento Estratégico
Dependencia(s):	Dirección - Subdirección – Comunicaciones
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Elizabeth Rodriguez Taylor – Maria Teresa Russell – Adriana Bermudez
Objetivo de la Auditoría:	Revisar el estado actual del sistema de gestión de calidad frente a los cambios y ajustes institucionales del último año, específicamente al proceso de Direccionamiento Estratégico, con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad y los establecidos por la Entidad.
Alcance de la Auditoría:	Desarrollo del proceso de Direccionamiento Estratégico (Dirección, Subdirección, Comunicaciones y Planeación), durante la vigencia Mayo de 2013 a Marzo de 2014
Criterios de la Auditoría:	Norma Técnica, Planeación Anual, Manual de Calidad, Políticas de Operación, Normograma, Procesos referenciados en el alcance, procedimientos asociados, Guías relacionadas al Sistema de Gestión de la Calidad, Plan de Mejoramiento institucional, Riesgos, Indicadores, resultados de medición, documentos y formatos identificados.

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	07	Mes	05	Año	2014	Desde	15/05/2014	Hasta	19/05/2014	Día	21	Mes	05	Año	2014
							D/M/A		D/M/A						

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor
David Alejandro Giraldo Molina	Luz Stella Patiño	Nohora Constanza Siabato Lozano Yovanna Alexandra Cadavid Herrera Olga Lucia Arango Barbaran

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	
Durante las entrevistas y revisión documental al proceso de Direccionamiento Estratégico, se evidencia: Conocimiento sobre la responsabilidad frente al proceso y donde se encuentra documentado dentro del Sistema de Gestión de calidad. (Dirección y Subproceso de comunicaciones); quien es la alta dirección en la entidad y su responsabilidad frente al direccionamiento estratégico. (Dirección y Subdirección); pleno conocimiento de los objetivos y compromisos institucionales y la forma como se miden. (Subdirección); seguimiento a los controles definidos en el mapa de riesgos hasta el primer trimestre del 2014. (Dirección, Subdirección y Subproceso de comunicaciones).	4.1	C	Replicar la misma estrategia de difusión de la planeación Institucional para el año 2014, en todo lo relacionado con el Sistema de Gestión de la Calidad.
Se pudo evidenciar la articulación de la planeación Institucional con las metas de Gobierno y las nuevas estrategias asumidas por la Entidad, al igual que el debido monitoreo y control que se realiza al avance de la gestión. De igual manera se verifica el mejoramiento de la herramienta de planeación y seguimiento la cual permite un mayor análisis de información en tiempo real.	4.1 y 5.6.1	C	
Durante el desarrollo de la entrevista se evidencia el seguimiento realizado por parte	8.2.3	C	NA



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

de la Subdirección a los procesos misionales en el cumplimiento de las metas.			
<p>Como resultado de la encuesta realizada a algunos integrantes del Comité Directivo, el día 19 de mayo, se observa que no hay unidad de criterio en los diferentes procesos sobre conceptos institucionales tales como: Responsabilidad frente al sistema de gestión de la calidad, productos y servicios, control del producto no conforme y eficacia, eficiencia y efectividad de la comunicación.</p> <p>La totalidad de los encuestados fueron 8, de los cuales el 50% tiene identificado claramente las políticas sobre las que el DAFP debe formular y hacer seguimiento y el 63% conocen donde está definida la responsabilidad del DAFP frente a estas políticas.</p>	5.5.3	OBS	<p>La alta dirección debe establecer estrategias con el fin de lograr una mayor interiorización sobre las políticas, así como comunicarlas a todo nivel.</p> <p>Mientras se surte el proceso de reingeniería del Sistema de Gestión de Calidad, se recomienda realizar los cambios de forma entre esos el líder del proceso y todos los cambios que se están realizando en los procesos y que afectan directamente al sistema de gestión de la calidad deben verse reflejados en el informe de la revisión por la dirección para la vigencia 2014, con el fin de que se refleje la mejora de los productos y servicios acorde con los requisitos del cliente.</p>
<p>Durante la auditoria se pudo observar que procesos como Instrumentalización, Difusión y comunicaciones, presentaron modificaciones en cuanto al liderazgo de los mismos a partir del año 2014, sin embargo, los documentos asociados al sistema de gestión de calidad no han sido ajustados. Lo anterior no corresponde al requisito <i>de determinar criterios y métodos para asegurar que tanto la operación como el control de los procesos son eficaces y eficientes.</i></p>	4.1	NC	<p>Ajustar los documentos de acuerdo a las directrices.</p>
<p>Revisado el Plan Anual de Adquisiciones 2014 y el informe de ejecución presupuestal 2013, no se evidencia provisión o asignación de recursos financieros para el mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, sin embargo se pudo constatar que la entidad ha gestionado mediante otras estrategias el mantenimiento del sistema. Lo anterior en reconocimiento del requisito de norma, donde se determina que la entidad debe proporcionar los recursos financieros necesarios para el mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad.</p>	5.1 6.1	OBS	<p>Se recomienda que la Entidad establezca un rubro presupuestal para el mantenimiento y fortalecimiento del Sistema de Gestión y el desarrollo de habilidades de los auditores y el grupo de mejoramiento.</p>
<p>Se evidencia que el proyecto <i>Sirvo a mí país</i> fue articulado a la gestión institucional, tal y como fue recomendado en la revisión por la Dirección al Sistema del año 2013, sin embargo, no se encuentra identificado ni documentado dentro del sistema de gestión de calidad como uno de los medios o estrategias de la entidad por el cual se interactúa con el cliente externo.</p>	7.2.3	OBS	<p>Definir la interacción del portal con los procesos de la entidad.</p>
<p>Durante la revisión documental a la gestión de los procesos que generan información al Direccionamiento Estratégico, se verificó que existen diferentes fuentes de información sobre la gestión institucional como: estadísticas, Orfeo, Proactiva Net, SPI, Sinergia, SGI, SUIT y SIGEP los cuales no están articulados y por lo tanto no se refleja todo el quehacer de la entidad; y no proporcionan datos confiables para el análisis de información y toma de decisiones.</p>	8.4	OBS	<p>Articular los diferentes aplicativos y sistemas de información para la generación de informes y datos que den cuenta de la gestión total de la Institución.</p>



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>Durante la auditoria se pudo constatar la realización de la encuesta de percepción al cliente externo del año 2013, realizada por el Subproceso de Comunicaciones la cual provee información de gran valor para la gestión institucional. A la fecha no se evidencia la entrega y publicación de los resultados.</p> <p>Lo anterior no permite la toma de decisiones basada en la recopilación y análisis de información confiable para el mejoramiento de la gestión.</p>	4.1 y 8.4	OBS	Publicar los resultados de la encuesta.
<p>Si bien es cierto, la entidad aplica métodos de medición de sus procesos no se evidencia medición durante el año 2013 del indicador del Subproceso de comunicaciones. Al mismo tiempo no existe coherencia en la identificación del indicador de eficiencia asociado al proceso de Direccionamiento Estratégico, por cuanto se define en porcentaje y se interpreta en número. Así mismo la definición de las variables de la ficha del indicador no guarda relación con el resultado de la medición lo que no permite que los resultados sirvan de insumo para la mejora de los procesos.</p>	8.2.3 8.4	NC	Ajustar los indicadores, mejorar el análisis de los resultados obtenidos en la medición, definir el método de evaluación y seguimiento del subproceso y ajustar el informe de gestión.

C. Conformidad: 3 **NC**. No Conformidad:2 **OBS**. Observación:5

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Disposición y colaboración por parte de los auditados. - Estrategia de comunicación de la planeación institucional a los servidores por parte de la alta dirección. - El uso de las TIC para el seguimiento y mejoramiento de los procesos
Oportunidades de mejora	La responsabilidad y autoridad establecida para el Comité Directivo en la matriz de responsabilidad y autoridad frente al sistema de gestión en el DAFP no es coherente con las funciones establecidas en la resolución 1644 de 2013.
Recomendaciones para auditorias posteriores	Continuar el seguimiento sobre producto no conforme, medición y análisis del proceso, riesgos deberían tener auditorias especiales de seguimiento.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de 05 del año 2014 .

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Elizabeth Rodriguez Taylor.	Auditado	
Maria Teresa Russell	Auditado	
Adriana Bermudez	Auditado	
David Alejandro Giraldo Molina	Auditado	
Nohora Constanza Siabato Lozano	Auditor Líder	
Yovanna Alexandra Cadavid Herrera	Auditor	
Olga Lucia Arango Barbaran	Auditor	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	8 Interna de Calidad	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	22	Mes:	04	Año:	2014
----------------------	----------------------	-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Proceso(s) a Auditar:	Formulación
Dependencia(s):	Dirección de Empleo Público, Dirección de Control Interno, Dirección Jurídica y Subdirección
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Maria Teresa Russell - Subdirección, Francisco Amézquita (e) – Dirección de Empleo público, Claudia Patricia Díaz (e) – Dirección de Control interno –Claudia Patricia Hernández – Dirección jurídica
Objetivo de la Auditoría:	Revisar el estado actual del sistema de gestión de calidad frente a los cambios y ajustes institucionales del último año, con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad en los procesos misionales de Formulación Instrumentalización y Difusión
Alcance de la Auditoría:	Direcciones técnicas de empleo público control interno y racionalización de trámites y jurídica en el marco del proceso de Formulación
Criterios de la Auditoría:	Norma Técnica, Planeación Anual, Manual de Calidad, Políticas de Operación, Normograma, Procesos referenciados en el alcance, procedimientos asociados, Guías relacionadas al Sistema de Gestión de la Calidad, Plan de Mejoramiento institucional, Riesgos, Indicadores, resultados de medición, documentos y formatos identificados.

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	07	Mes	04	Año	2014	Desde	20/04/14 D/M/A	Hasta	20/04/14 D/M/A	Día	21	Mes	04	Año	2014

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
David Alejandro Giraldo Molina	Luz Stela Patiño Jurado	Victoria Díaz Acosta

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	
Se evidencia el conocimiento por parte de los miembros de los equipos de la Subdirección y las Direcciones el conocimiento del Sistema de Gestión de Calidad del Departamento, como un sistema que integra procesos, orientación al cliente, requisitos y evaluaciones que orienten el accionar de la Entidad al Mejoramiento Continuo.	4.1 a)	C	
El control de registros se realiza de acuerdo con el procedimiento establecido en el Departamento para la gestión documental.	4.2.4	C	
Se evidencia la alineación en la planeación anual con los objetivos estratégicos, los de calidad, planes sectoriales, plan nacional de desarrollo y demás normas y documentos que circunscriben las funciones del Departamento y alcances del proceso, lo que denota acciones orientadas a asegurarse de elaborar una eficaz planificación.	4.2.1 (e) 7.1	C	
Durante la evaluación documental y la entrevista al proceso de Formulación Difusión e Instrumentalización Se evidencian acciones orientadas al control	7.5	NC	Se recomienda generar una nueva estrategia para el control del producto no conforme en la entidad



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

del producto no conforme, no obstante estas no se documentan de acuerdo a lo establecido en la norma para el control de registros, ni a los documentos y registros creados para tal fin. Adicionalmente es un hallazgo ha reiterado para toda la entidad, al cual no se le ha dado el debido tratamiento.			
<p>Durante la revisión documental al proceso y la entrevista realizada a los líderes de los procesos, Se evidencia que no se han tomado acciones correctivas para subsanar las observaciones y no conformidades relacionadas con los indicadores de Proceso y la medición que se debe hacer de acuerdo los requisitos establecidos por la entidad por la norma y para el producto, situación generalizada en toda la entidad.</p> <p>Los líderes operativos y profesionales que participan en la ejecución de actividades del proceso, reconocen que los indicadores planteados no permiten medir la eficacia, eficiencia y efectividad del proceso, no obstante, no se ha realizado la revisión, ajuste y mejoras pertinentes</p>	Numeral 8.5.2	NC	<p>Los indicadores se tienen como un referente de cumplimiento de la NTC más no como una herramienta que permite valorar la eficiencia, eficacia y efectividad, para apoyar el mejoramiento del proceso. Los líderes reconocen la no correspondencia y utilidad de los mismos.</p> <p>Se recomienda incluir en los cronogramas detallados del proyecto transversal, tareas y actividades orientadas a la definición y/o ajuste de los indicadores.</p>
Se evidencio que no existe homogeneidad en las Direcciones auditadas, en los conceptos y la forma de ejecutar y desarrollar el proceso de formulación de política, siendo esta una situación recurrente con la auditoria del año 2013	4.1 y 5.5.3	OBS	Se sugiere que las Direcciones identificar y plantear mecanismos de articulación que permitan fortalecer la estandarización del desarrollo del proceso de formulación de política, sus mejoras, seguimiento y medición de la eficiencia, eficacia y efectividad del mismo.
No se evidencia el seguimiento a la aplicación de los controles establecidos en el mapa de riesgos asociado al proceso de Formulación, con la periodicidad establecida lo que evidencia debilidad en el seguimiento y medición del desempeño del proceso.	4.1. g	NC	
Se evidenció que los líderes operativos tienen identificadas las mejoras del proceso y que éstas han sido presentadas a la alta Dirección, sin embargo estas acciones no se han realizado dentro del sistema de gestión de la calidad, impidiendo su planificación, ejecución y puesta en operación de manera articulada en el SGC.	8.5.1	OBS	

C. Conformidad. 3 **NC.** No Conformidad 3 **OBS.** Observación. 2

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	<p>La atención a la auditoría de manera coordinada y articulada por tres directores técnicos.</p> <p>El conocimiento que se tiene sobre la formulación de la política y los resultados</p> <p>La afinidad con la gestión por proyectos que tiene la Dirección de Control Interno y Racionalización de trámites, la cual se debe replicar.</p>
---------------------	---



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Oportunidades de mejora	El conocimiento y articulación del concepto de Formulación de política en todas las áreas y procesos de la Entidad
Recomendaciones para auditorias posteriores	Auditar y recibir auditoría a todos los procesos misionales misionales que se involucran en el proceso de Formulación

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de mayo del 2014 .

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Victoria Eugenia Díaz	Auditor	
Maria Teresa Russell	Auditado	
David Alejandro Giraldo Molina	Representante la alta dirección	
Olga Lucia Arango	Auditor	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	Interna No. 9	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	20	Mes:	05	Año:	2014
----------------------	---------------	-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Proceso(s) a Auditar:	Instrumentalización
Dependencia(s):	Subdirección, Dirección de Control Interno, Dirección Jurídica, Dirección de Empleo Público, Dirección de Desarrollo Organizacional
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	María Teresa Russell, Claudia Patricia Hernández León
Objetivo de la Auditoría:	Determinar el mejoramiento del proceso después de 6 años de implementación del sistema y las posibles acciones a emprender.
Alcance de la Auditoría:	Procesos y Procedimientos de Instrumentalización y los documentos asociados.
Criterios de la Auditoría:	Norma Técnica, Planeación anual, Manual de Calidad, Normograma, procesos, procedimientos, guías, plan de mejoramiento, riesgos, indicadores, resultado de medición, documentos y formatos

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	7	Mes	04	Año	2014	Desde	7/04/14 D/M/A	Hasta	16/05/14 D/M/A	Día	21	Mes	05	Año	2014

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor
David Alejandro Giraldo	Luz Stella Patiño	Ruth Martínez Pinzón/Olga Lucía 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: Instrumentalización			
Se evidencia que la alta Dirección gestiona la consecución de recursos para el desarrollo de las actividades del Departamento y a su vez establece estrategias que permiten la optimización de dichos recursos y el cumplimiento de la política de eficiencia administrativa, mediante la directriz de difundir los instrumentos a través de la página Web.	6.1 – 8.5	C	
La Subdirección realiza reuniones de coordinación con las áreas misionales para revisar y hacer seguimiento oportuno al cumplimiento de la gestión, lo cual da cumplimiento al requisito de seguimiento y medición del producto y/o servicio.	8.2.4	C	
Revisada la documentación de la “Compilación de la Ley 909 de 2004 y sus Decretos Reglamentarios” y “La Guía de Auditoría para entidades públicas”, instrumentos emitidos en el 2013, Se evidencia que el proceso cumple la etapa de validación establecida en el procedimiento de <i>Elaboración o actualización de instrumentos</i> , que se conservan los registros electrónicos producto de la validación con 4 entidades, se hace la publicación en la página Web y que se envía por correo a los líderes de los procesos para su validación y comentarios.	7.5.2	C	
Durante el 2014 el proceso de instrumentalización tuvo cambio de Líder Estratégico de la Dirección Jurídica a la	5.1 – 7.1	OBS	Realizar una revisión del procedimiento para elaborar una propuesta de modificación e incluir el



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>Subdirección. Sin embargo, durante la entrevista realizada el 2 de mayo en la Dirección Jurídica se evidenció que no se ha realizado una entrega formal del proceso ni de los instrumentos, ni se han realizado los ajustes documentales correspondientes. Tampoco se evidenció que esta decisión haya sido comunicada de manera formal.</p> <p>Al mismo tiempo, para el 2014 se creó un formato denominado matriz de necesidades de instrumentalización, el cual contiene la relación de instrumentos que las Direcciones técnicas proponen trabajar durante la vigencia 2014; sin embargo, al revisar el procedimiento de <i>Elaboración o Actualización de instrumentos</i> se encuentra que este formato no hace parte del sistema de gestión de Calidad.</p>			<p>nuevo formato de Matriz de Necesidades, dado que le genera valor al proceso.</p>
<p>Con el fin de verificar la coherencia del proceso de instrumentalización en todas las áreas misionales, se evidenció claramente la etapa de planificación en algunas direcciones Técnicas, la identificación de las necesidades de instrumentos y los registros de reuniones. Sin embargo, no es una práctica generalizada en todas las dependencias asociadas al proceso, por lo cual no es posible decretar conformidad frente a este requisito del procedimiento de <i>Elaboración y/o Actualización de Instrumentos</i>.</p>	7.1	OBS	<p>Se recomienda fortalecer la unicidad de criterios en las áreas involucradas en el proceso de instrumentalización.</p>
<p>Para la socialización del Instrumento "Guía de auditoría para entidades públicas" se realizó un evento dirigido al cliente externo el día 16 de septiembre de 2013, sin embargo, no se evidenció la socialización del documento al cliente interno establecido en la actividad 17 el procedimiento de <i>Elaboración o Actualización de Instrumentos</i> que establece la socialización a través de un comunicado o correo.</p>	7.2.3	OBS	<p>Adicional a la publicación en el portal Web, el proceso debe utilizar otras estrategias de comunicación internas para los funcionarios informando que la cartilla se encuentra publicada y disponible para consulta.</p>
<p>En el plan de mejoramiento relacionado al proceso de instrumentalización y publicado en Calidad_DAFP, se tienen las oportunidades de mejora N° 427 y 430 relacionadas con indicadores y procedimientos, las cuales no presentan la autoevaluación de las acciones adelantadas, lo que denota que no se está haciendo seguimiento oportuno a los resultados de las auditorías.</p>	8.5	OBS	<p>Se recomienda revisar las acciones realizadas y reportar los seguimientos y aportar las evidencias a la Oficina de Planeación para publicación.</p>
<p>El resultado de las 8 encuestas aplicadas a los servidores de la Dirección Jurídica como mecanismo de auditoría, permitió evidenciar que se conocen las políticas de operación transversales (63%), que hay dificultad para identificar las políticas de responsabilidad del Departamento (75%) y que se conocen los instrumentos que trabajó la dependencia (75%), pero no se tiene información sobre los otros instrumentos que expidió el Departamento, lo anterior determina fallas en la gestión por procesos de la entidad, en la comunicación interna y en la apropiación de la gestión institucional.</p>	5.5.3-6.6.2	OBS	<p>Fortalecer los procesos de comunicación interna y la gestión por procesos para asegurar la unicidad de criterios</p>
<p>Mediante el acta 004 del 12 de febrero de 2013 se aprobaron los instrumentos que las Direcciones Técnicas incluyeron en la planeación del mismo año y que trabajaron</p>	4.2.4	OBS	<p>Teniendo en cuenta que la responsabilidad y autoridad para la elaboración de documentos la determina la Alta Dirección, se</p>



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>durante dicha vigencia. Para la planificación del año 2014 se quiso constatar el cumplimiento de este requisito lo cual no fue posible evidenciar el 15 de mayo, día en que se realizó la verificación documental a este proceso. Sin embargo, entrevistados los responsables de esta actividad, manifestaron que estaba pendiente por aprobación del Comité Directivo, lo cual a la fecha no se ha realizado ni se ha evidenciado en las Actas de Comité Directivo.</p>			<p>recomienda incluir esta actividad en la aprobación de la planificación para cada vigencia.</p>
<p>La Subdirección controla y hace seguimiento a la Gestión a través de diferentes indicadores como: el Sistema de Planeación, el SISMEG y el SPI, Sin embargo, durante la entrevista se evidenció desconocimiento de los indicadores establecidos por el proceso.</p> <p>Analizados dichos indicadores se pudo establecer que no cumplen con la función de medir el desempeño del proceso y dar información importante para la toma de decisiones.</p> <p>Adicionalmente, el proceso tiene establecido un indicador semestral de eficacia para medir la satisfacción del cliente, el cual no ha sido diligenciado en los años 2011, 2012, 2013.</p>	8.2.3	NC	<p>Se deben revisar los indicadores que actualmente se tienen en los procesos para evaluar su aplicabilidad y contemplar la posibilidad de articularlos con los de otros sistemas.</p>
<p>Revisado en el portal Web la publicación de Guía de Auditoría para Entidades Públicas (23 de abril de 2014) se evidenció que cumple con los requisitos legales y normativos, pero no con los establecidos para el producto en cuanto a fecha de edición y versión; adicionalmente, no se ejerció control del producto en la diagramación por cuanto se publicó sin este requisito. Dichos requisitos están establecidos en la ficha técnica de producto o servicio y en la Guía de elaboración o actualización de instrumentos que se encuentran publicados en el aplicativo calidad_Dafp.</p>	7.3.5, 4.2.3	NC	

C. Conformidad: 3 **NC**. No Conformidad: 2 **OBS**. Observación: 6

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	Los equipos de trabajo mostraron buena disposición para atender la auditoría. El proceso cuenta con un archivo electrónico muy organizado, donde se encuentran los registros de validación de los instrumentos del departamento.
Oportunidades de mejora	En el plan de mejoramiento se deben dejar documentados los cambios que se van a realizar dentro de la entidad, relacionados con el rediseño cambio y mejora de los procesos. Revisar la organización de los instrumentos en la página Web, de tal forma que cuando se consulte en la página inicial el vínculo de guías y cartillas del DAFP, solo se muestren los vigentes que tiene el Departamento, y que adicionalmente se incluya el año de edición.
Recomendaciones para auditorias posteriores	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de mayo del año 2014 .

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Claudia Patricia Hernández León	Auditado	
María Teresa Russell	Auditado	
David Alejandro Giraldo	Responsable de la Alta Dirección	
Olga Lucía Arango	Auditor	
Ruth Martínez Pinzón	Auditor	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	No. 9	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	21	Mes:	05	Año:	2014
----------------------	-------	-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Proceso(s) a Auditar:	Difusión
Dependencia(s):	4 Direcciones técnicas, más la subdirección como líder técnico de las cuatro direcciones.
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Claudia Patricia Díaz (e) , Dr. Francisco Amézquita (e) , Dra. María Teresa Russel
Objetivo de la Auditoría	Revisar el estado actual del sistema de gestión de calidad frente a los cambios y ajustes institucionales del último año, con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad en cada uno de los procesos identificados y documentados en la Entidad.
Alcance de la Auditoría:	Desarrollo de los (12) doce procesos de la entidad: Direccionamiento Estratégico, Formulación, Difusión, Instrumentalización, Asesoría y Orientación, Gestión Financiera, Gestión Documental, Gestión Administrativa, Gestión Contractual, Apoyo Jurídico y Representación Judicial, Tecnología de la información y Medición y Análisis, durante la vigencia Mayo de 2013 a Marzo de 2014
Criterios de la Auditoría:	Norma Técnica, Planeación Anual, Manual de Calidad, Políticas de Operación, Normograma, Procesos referenciados en el alcance, procedimientos asociados, Guías relacionadas al Sistema de Gestión de la Calidad, Plan de Mejoramiento institucional, Riesgos, Indicadores, resultados de medición, documentos y formatos identificados.

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	07	Mes	04	Año	2014	Desde	22/04/2014	Hasta	21/05/2014	Día	21	Mes	05	Año	14
							D/M/A		D/M/A						

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor
David Alejandro Molina	Luz Stela Patiño	Olga Lucia Arango, Harold Herreño, Ruth González

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	
En desarrollo de la auditoria al proceso de Difusión, se resalta el cumplimiento y respeto por los horarios establecidos para cada una de las sesiones programadas durante la misma, es de resaltar igualmente la claridad de los funcionarios de las áreas misionales frente a su quehacer, entendido el mismo como su participación dentro del desarrollo de las políticas de operación del DAFP. Adicional a ello existe cultura por dar cumplimiento a la norma de calidad en cuanto a la utilización de la mayoría de formatos implementados en el sistema	4.2.3. Control de Documentos 5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	C.	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Las estrategias para hacer difusión de los eventos del Departamento, se han fortalecido en cuanto a los canales y medios utilizados, lo que repercute en mejor y mayor impacto en la población objetivo.	7.2.3. Comunicación externa con el cliente	C	
Durante la auditoria al proceso de Difusión se evidencia que la responsabilidad del mismo fue trasladada para el año 2014 al Grupo de Comunicaciones; al indagar por los registros documentales que dan cuenta de dicho traslado por parte de la Dirección de Control Interno al Grupo de Comunicaciones, existe un registro de reuniones internas del 29 de enero de 2014, en donde se mencionan los temas a tratar, sin que se observe un desarrollo metodológico de la transferencia del proceso de una dependencia a otra, tampoco se cuenta con evidencia del cambio documental en el sistema de gestión de calidad, ni la aprobación por parte de la Alta Dirección (caracterización, procedimientos, mapa de riesgos y manual de calidad).	4.2.3. Control de Documentos 5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	N.C.	Fortalecer la oportunidad en los cambios documentales del sistema de gestión de calidad frente a la realidad institucional
El proceso de Difusión establece que al inicio de cada vigencia, se debe consolidar y publicar el plan de difusión de la entidad, que recoge las necesidades de las áreas misionales. Al solicitar a la Dirección de Control Interno el plan de difusión del año 2014, se verifica que no se encuentra publicado, ni se ha dado a conocer, por cuanto el traspaso del proceso de difusión al grupo de comunicaciones, se viene llevando a cabo en los últimos meses. Lo anterior, incumple los requisitos del proceso y la planificación del servicio de Difusión. De otra parte, al efectuar la entrevista con el equipo de trabajo de la Dirección de Desarrollo Organizacional el 28 de abril de 2014, se evidenció la divulgación de la "Guía para establecer Empleos Temporales en las Empresas Sociales del Estado" a finales del año 2013, el cual no estaba incluido en el plan de difusión de 2013. Lo anterior denota un incumplimiento de la planificación del servicio de difusión, y al control de los requisitos establecidos en dicho proceso, por lo tanto no fue posible validar y verificar el servicio previamente, como lo determina la norma.	7.1. Planificación	N.C.	Asegurar el conocimiento y toma de conciencia frente a la planificación y cumplimiento de los requisitos establecidos por la Entidad
Revisados los instrumentos actualizados durante el 2013 que deberían ser difundidos en el 2014, entre ellos, la "Actualización y Compilación de la Ley 909 de 2004 y sus decretos reglamentarios", se manifiesta que el proyecto en mención no ha cumplido sus etapas previas a la difusión, por cuanto se determinó un nuevo requisito para el producto denominado "innovación". Dicho requisito no se encuentra en la actualidad en la ficha técnica establecida por el proceso, aun	7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto	OBS	Dado que es un nuevo concepto importante para la entidad y apunta a la visión institucional, se recomienda integrarlo al sistema de gestión de la calidad.



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

cuando se ha contemplado como una estrategia institucional.			
---	--	--	--

C. Conformidad. 2 **NC.** No Conformidad 2 **OBS.** Observación. 1

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	<p>1.- El proceso de Medición y Análisis debe articular junto con la Oficina de Control Interno mecanismos idóneos que deriven en la adecuada implementación de indicadores de los procedimientos del Departamento, lo anterior en razón a que una vez analizados los mismos, se pudo evidenciar junto con los auditados que los indicadores propuestos en cada uno de los procedimientos no están cumpliendo con su objeto, luego no aportan información relevante que pueda ser de utilidad para la medición del cumplimiento de los objetivos por parte de los procesos.</p> <p>3.- El proceso de Medición y Análisis debe enlazar junto con la Oficina de Control Interno actividades que conduzcan en la detección de riesgos y que efectivamente se establezcan controles para su mitigación.</p> <p>4.- Si bien es cierto existe un direccionamiento estratégico respecto a la responsabilidad que tendrá el Grupo de Comunicaciones e Innovación, frente a la gestión de información tanto para clientes internos como externos con criterios de oportunidad e innovación, se recomienda efectuar los ajustes en el Sistema de la Gestión de la Calidad frente a la responsabilidad y existencia del grupo frente a la política de innovación y su interacción con los demás procesos.</p>
Oportunidades de mejora	Se recomienda utilizar los resultados de las encuestas de percepción en los eventos de difusión del DAFP, como una herramienta de mayor utilidad,
Recomendaciones para auditorías posteriores	Hacer seguimiento a los planes de mejoramiento que resulten de las diferentes auditorías.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los veinte (21) días del mes de mayo del año 2014.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Adriana Bermúdez	Auditado	
Maria Teresa Russell	Auditada	
David Alejandro Giraldo	Representante Alta Dirección	
Ruth María González	Auditora	
Harold Herreño	Auditor	
Olga Lucia Arango	Auditora	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	INTERNA No. 9	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día: 20	Mes: 05	Año: 2014
----------------------	---------------	-------------------------------------	----------------	----------------	------------------

Proceso(s) a Auditar:	ASESORIA Y ORIENTACION
Dependencia(s):	Desarrollo Organizacional, Atención al Ciudadano, Trámites, Dirección Jurídica y Grupo de apoyo a la gestión
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Fernando Berrio Berrio, Claudia Patricia Diaz Vaquero, Claudia Patricia Hernández L., Luis Fernando Núñez y Francisco Amézquita.
Objetivo de la Auditoría:	Revisar el estado actual del sistema de gestión de calidad frente a los cambios y ajustes institucionales del último año, específicamente al proceso de Asesoría y Orientación, con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad.
Alcance de la Auditoría:	Desarrollo del proceso de Asesoría y Orientación, de la entidad, durante la vigencia Mayo de 2013 a Marzo de 2014.
Criterios de la Auditoría:	Norma Técnica, Planeación Anual, Manual de Calidad, Políticas de Operación, Normograma, Procesos referenciados en el alcance, procedimientos asociados, Guías relacionadas al Sistema de Gestión de la Calidad, Plan de Mejoramiento institucional, Riesgos, Indicadores, resultados de medición, documentos y formatos identificados.

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	7	Mes	04	Año	2014	Desde	28/04/14 D/M/A	Hasta	16/05/14 D/M/A	Día	16	Mes	05	Año	2014

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor
DAVID ALEJANDRO GIRALDO M.	LUZ STELLA PATIÑO JURADO	NOHORA CONSTANZA SIABATO L. MARIA PRISCILA RODRIGUEZ P. OLGA LUCIA ARANGO BARBARAN.

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	
Se pudo evidenciar durante la revisión documental, que tanto el proceso como el subproceso se encuentran caracterizados y se identifican claramente los procedimientos, los controles y formatos en el aplicativo Calidad DAFP.	4.1	C	
Durante el desarrollo de las entrevistas y revisión documental al proceso de Asesoría y Orientación, se evidencia adecuado manejo de los archivos de Gestión así como de los inventarios documentales, tal y como lo establece la NTCGP 1000:2009 para el control de documentos.	4.2.4	C	
Durante el desarrollo de las entrevistas a los servidores, se evidencia que existe conocimiento y aplicación a lo descrito en la matriz de responsabilidad y autoridad establecida por la Entidad.	5.5.1	C	
Se pudo evidenciar el adecuado uso de los medios establecidos tanto para la	5.5.3	C	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

comunicación interna como externa (correos electrónicos y Sistema Orfeo), tal y como lo establecen los procedimientos asociados al proceso, sub proceso; garantizando con esto que la eficacia, eficiencia y efectividad de la comunicación.			
Tal y como lo establece la NTCGP1000:2009, se tienen identificados los riesgos del proceso de Asesoría y Orientación y el Subproceso Apoyo a la Gestión Meritocrática y se hace seguimiento a los controles de los riesgos identificados, sin embargo para el caso de atención al ciudadano no se pudo evidenciar seguimiento por cuanto el líder refiere que dichos riesgos no son acordes a su quehacer.	4.1	OBS	Entendiendo que la entidad tiene establecido hacer una revisión general de los riesgos, se sugiere involucrar todos los riesgos que puedan afectar los procesos independientemente de quien los alimente y reporte.
Durante las entrevistas realizadas a algunos servidores públicos asociados al proceso y al subproceso se pudo evidenciar que pese a que conocen donde se encuentra la información referente al sistema de gestión de la calidad, aún presentan poca interiorización de lo que es la misión, los objetivos y la política de calidad, lo que puede poner en riesgo el cumplimiento de la conformidad del sistema, de los procesos y productos o servicios del DAFP.	5.3 6.2.2.	OBS	Se recomienda realizar mensualmente retroalimentación y seguimiento al efectivo conocimiento de los servidores públicos del DAFP, sobre el sistema de gestión de calidad y sus cambios. Reactivar papel de los facilitadores.
Se evidencia conocimiento y aplicación de los requisitos del producto o servicio, encontrando que no se ha generado solicitudes o reclamos por incumplimiento de los mismos. Sin embargo el requisito de oportunidad asociado a este servicio se ve afectado al encontrarse registros en el aplicativo ORFEO desde el año 2011, que aún no han sido tramitados Aun cuando se viene adelantando un plan de choque para terminar con el retraso.	7.2.1	OBS	Se debe culminar con el plan de choque para descargar todas las solicitudes pendientes de respuesta.
Durante las entrevistas se evidencia conocimiento del proceso de Asesoría y Orientación, del subproceso y de los procedimientos asociados, sin embargo encontramos que de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento: Asesoría en políticas de Competencia del DAFP, en General, no se está utilizando el Formato 010 GEN Versión 4 (Distribución) y adicionalmente el que se encuentra circulando en los profesionales de la Dirección de Desarrollo Organizacional esta desactualizado, ya que se relacionan funcionarios retirados y los que recientemente llegaron al área no figuran, generando inadecuado control de los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad. Por otro lado, revisado el procedimiento publicado en calidad DAFP, se evidencia que este no refleja el quehacer diario de la asesoría y que lo relacionado con los sistemas de información SIGEP y SUIT, aún no se encuentra documentado ni articulado a dicho proceso	4.2.3	NC	La oficina asesora de planeación debe realizar el cierre de la acción 499, por cuanto desde el año 2013 el líder del proceso solicitó hacer los cambios al formato de acuerdo a las necesidades del proceso. Se deben actualizar procesos y procedimientos para que reflejen la realidad. Así mismo deben actualizarse las guías asociadas al proceso para que involucren los cambios que se dan en los procesos.
Se evidencia que los líderes de las actividades claves del proceso y del subproceso comunican la responsabilidad al personal nuevo que ingresa al área. Sin	6.2.2	OBS	Fortalecer el proceso de inducción específica en el área dada la importancia de este proceso misional y dejar los



**INFORME DE AUDITORIA
INTERNA**

<p>embargo mediante este acompañamiento no se está <i>asegurando la apropiación y conocimiento que deben poseer los servidores y/o particulares que puedan afectar la conformidad del servicio.</i> Al mismo tiempo no se evidencian los registros y seguimientos de la tutoría delegada por el grupo de Gestión Humana el cual podría fortalecer el proceso de interiorización y conocimiento.</p>			<p>debidos registros.</p> <p>Revisar por parte del grupo de Gestión Humana la importancia de la delegación del tutor, el seguimiento y la evaluación del mismo.</p>
<p>En el desarrollo de las entrevistas se pudo evidenciar que se tiene claridad sobre los requisitos del producto o servicio por parte de los funcionarios tal y como lo establece el numeral 7.2.2. de la NTCGP1000:2009, sin embargo, se pudo establecer que no se han generado acciones ni mecanismos que permitan el efectivo control del producto y/o servicio no conforme, así como su respectivo tratamiento poniendo en riesgo que los productos o servicios que presta del DAFP incumplan con los requisitos específicos.</p>	8.3	NC	<p>Dado que es un hallazgo repetitivo en la entidad se deben adelantar acciones que permitan controlar el producto no conforme y que se evidencie la interiorización por parte de los servidores del tratamiento y control del mismo.</p>
<p>El proceso de Asesoría y Orientación tiene establecido indicadores para la medición del mismo, sin embargo estos no dan cuenta de la gestión y avance, por tanto no aportan valor en la toma de decisiones. Así mismo encontramos que existen métodos de medición que se han implementado pero que no están formalizados en el Sistema de gestión de la Calidad.</p> <p>Se evidencia que existen varias fuentes de información como Orfeo, Estadísticas, ProactivaNet, Suit entre otros los cuales sirven de apoyo para la consolidación de información que permite monitorear los procesos pero no se encuentra articulada.</p>	8.2.3 y 8.4	NC	<p>Se debe hacer revisión tanto del método empleado para medir el proceso como de las fuentes. Es necesario que la Entidad defina una herramienta única de consolidación de datos que permita recopilar toda la información que dé cuenta de la Gestión Institucional.</p>
<p>De acuerdo a la revisión documental realizada al proceso, se pudo evidenciar que existen planes de mejoramiento a los que no se les ha hecho seguimiento o en su defecto no se ha dado el cierre por parte de la OCI. Así mismo se pudo evidenciar que en el último año tanto el proceso como el subproceso han evidenciado cambios que se deben hacer, pero no han elevado las respectivas oportunidades de mejora, lo que pone en riesgo la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>	8.5	NC	<p>Teniendo en cuenta que el sistema ya cuenta con casi seis años de implementación, se deben adoptar las medidas necesarias para que en los procesos se generen oportunidades de mejora y que las mismas no se den solo producto de las auditorias.</p>

C. Conformidad. 4 **NC.** No Conformidad 4 **OBS.** Observación. 4

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	<p>Muy buena disposición del líder del proceso y de los auditados para recibir la auditoría.</p> <p>Mejora e interiorización en la adecuada disposición de los archivos tanto electrónicos como físicos que permiten acceder a la información.</p>
Oportunidades de mejora	Dejar evidencias del seguimiento que se hace tanto a los planes de mejora como a



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	las situaciones que afectan la conformidad del sistema pero que han sido evidenciadas. Reactivar funciones de los facilitadores de calidad que permitan tener un monitoreo constante de la conformidad tanto de los requisitos como de las actualizaciones del sistema de gestión de la calidad.
Recomendaciones para auditorias posteriores	

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de Mayo del año 2014.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
JOSE FERNANDO BERRIO B.	AUDITADOS	
FRANCISCO AMEZQUITA	AUDITADOS	
LUIS FERNANDO NUÑEZ	AUDITADOS	
NOHORA CONSTANZA SIABATO L.	AUDITORA	
MARIA PRISCILA RODRIGUEZ P.	AUDITORA	
OLGA LUCIA ARANGO B.	AUDITORA	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	Interna de Calidad No.9	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	16	Mes:	05	Año:	2014
----------------------	-------------------------	-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Proceso(s) a Auditar:	Gestión Administrativa
Dependencia(s):	Grupo Gestión de Servicios Administrativos
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Sylvia Cristina Puente / Andres Felipe Gonzalez
Objetivo de la Auditoría:	Revisar el estado actual del sistema de gestión de calidad frente a los cambios y ajustes institucionales del último año, en especial el proceso de Gestión Administrativa, con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad identificados y documentados.
Alcance de la Auditoría:	Desarrollo del proceso de Gestión Administrativa, durante la vigencia Mayo de 2013 a Marzo de 2014.
Criterios de la Auditoría:	Norma Técnica, Planeación Anual, Manual de Calidad, Políticas de Operación, Normograma, Procesos referenciados en el alcance, procedimientos asociados, Guías relacionadas al Sistema de Gestión de la Calidad, Plan de Mejoramiento institucional, Riesgos, Indicadores, resultados de medición, documentos y formatos identificados.

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre						
Día	7	Mes	05	Año	2014	Desde	7/05/14 D/M/A	Hasta	12/05/14 D/M/A	Día	15	Mes	05	Año	14

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Audidores
David Alejandro Giraldo	Luz Stella Patiño	Olga Lucia Arango Martha Juzga L Williams Pulido

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	
Se resalta la disposición y el compromiso de los servidores del Grupo de Gestión Administrativa para atender la auditoria, así como la accesibilidad a la documentación relacionada al proceso.		OBS	
Revisados los procedimientos publicados en el aplicativo de calidad DAFP para el proceso de Gestión Administrativa, no se evidencia concordancia con las actividades desarrolladas por el Grupo, debido a que solo se encuentran documentados dos procedimientos, de las cuatro actividades claves manifestadas durante la entrevista, lo cual no facilita la visualización de la planificación.	4.1 Requisitos Generales	OBS	Unificar la jerarquización documental y revisar la posibilidad de crear un procedimiento de servicios administrativos, que unifique los diferentes servicios que presta ese grupo. (Articulación)
En el área de recepción se verifico el mejoramiento respecto a los hallazgos de la pasada auditoria, en cuanto al conocimiento	4.2.3 Control de	NC	Unificar formato para los tres tipos de usuarios (individuales, masivos de pruebas de selección y masivos de



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>del procedimiento y el diligenciamiento de los formatos de ingreso de elementos y control de vehículos. No obstante, se viene verifico que están en uso formatos desactualizados tales como: formato de reuniones externas para el ingreso a pruebas de Meritocracia, formato de evaluación del servicio no vigente, y formato para eventos masivos en Excel, el cual no está asociado al Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>De otro lado, revisado el Manual de calidad vigente, se pudo constatar que aún las políticas de operación de gestión contractual y administrativa no han sido separadas, tal como se realizo para la división de los procesos.</p> <p>Así mismo, se evidencia la gestión para la actualización de la caracterización del proceso, y sus procedimientos sin embargo aún no se encuentra aprobado y publicado en Calidad DAFP.</p>	documentos		<p>eventos de capacitación) y utilizar las versiones vigentes publicadas en calidad.</p> <p>Culminar el proceso de revisión y ajuste documental con el fin de visualizar la gestión de este proceso.</p> <p>Establecer controles efectivos que minimicen el uso de formatos no vigentes.</p>
<p>Según las políticas de operación establecidas por este proceso en cuanto al registro de ingreso y salida de vehículos, se determina tiempos límites para el ingreso y retiro de los mismos durante el fin de semana. Sin embargo, en las planillas verificadas del mes de mayo no se encuentra ningún registro que verifique el cumplimiento de este lineamiento.</p>	4.2.4. Control de registro	N.C	
<p>En entrevista a la Secretaria General se evidencia que algunos documentos del sistema de gestión de calidad no están siendo utilizados para el propósito que fueron creados, como lo es la matriz de responsabilidad y autoridad.</p>	5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	OBS	Actualizar y realizar divulgación de este documento, para el cumplimiento de las responsabilidades de cada cargo.
<p>Durante la entrevista a la Líder estratégica del proceso y el líder operativo se evidencia coherencia en la comunicación, la planificación y seguimiento a la gestión del proceso.</p>	5.5.3 comunicación interna	C	
<p>De la encuesta realizada al Grupo de Servicios Administrativos el día 7 de mayo de 2014, se evidencia un bajo conocimiento de temas institucionales tales como: Políticas del Departamento, requisitos del producto, políticas de operación y productos generados por las áreas misionales. Lo cual demuestra fallas en la comunicación interna y en la toma de conciencia por parte de los servidores públicos.</p>	6.6.2 Competencia, formación y toma de conciencia	OBS	Implementar estrategias para la interiorización de los fundamentos del Sistema de Gestión de Calidad y de la gestión de las áreas misionales.
<p>Verificado durante la entrevista al Coordinador del Grupo de Servicios Administrativos, se encontró que no existe acta de entrega del anterior Coordinador del Grupo, situación que puede afectar la continuidad en la gestión del proceso.</p>	6.2.2. y 7.1 competencia, formación y toma de conciencia y planificación del servicio	OBS	Revisar este
<p>Se evidencio seguimiento al mantenimiento de la infraestructura del Departamento en lo relacionado con tecnología, puestos de trabajo y áreas comunes, no obstante, no</p>	6.3 Infraestructura	OBS	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

se evidencia un rubro específico para el mejoramiento del ascensor de la entidad que permitiera financiar imprevistos. Lo anterior, afecta la prestación del servicio exigido en la normativa vigente.			
Frente al seguimiento del hallazgo al producto no conforme de auditorías de años anteriores durante la entrevista a la líder de los procesos de apoyo, solo se evidencian actas de reunión con los coordinadores, pero no se evidencia la gestión específica de mejora realizada al respecto.	8.5. Mejora	OBS	Establecer una estrategia para fortalecer el control del producto no conforme en los procesos de apoyo.
Verificado el plan de mejoramiento del proceso de Gestión Administrativa, publicado en el aplicativo de Calidad DAFP, a la fecha de la auditoría, no se evidencia seguimiento a las acciones planificadas, incumpliendo el requisito de seguimiento a las acciones preventivas y correctivas.	8.5.2 y 8.5.3 Acción Correctiva y Acción Preventiva	NC	Establecer planes de mejoramiento, con acciones eficaces que permitan erradicar las causas de estos hallazgos.

C. Conformidad: 1 **NC**. No Conformidad: 4 **OBS**. Observación: 6

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR	
Aspectos relevantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. La líder estratégica del proceso y el equipo de trabajo se mostraron receptivos frente a los requerimientos de la auditoría. 2. En el desarrollo de la auditoría se pudo evidenciar un avance en la interiorización del Sistema de Gestión de Calidad, en la medida que la gestión de operación se correlaciona con la gestión documental.
Oportunidades de mejora	<ol style="list-style-type: none"> 1. El cronograma establecido inicialmente no fue posible cumplirlo por las ocupaciones de las diferentes personas involucradas, lo cual ocasiono varios cambios de fechas y horarios para cumplir con la auditoría interna. 2. Hacer seguimiento a la utilización de los formatos vigentes en el sistema.
Recomendaciones para auditorías posteriores	Programar un tiempo mayor para la preparación y ejecución de las auditorías debido que los auditores tiene múltiples ocupaciones

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 20 días del mes de MAYO del año 2014 .

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA		
Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Sylvia Cristina Puente	Auditado	
Andres Felipe Gonzalez	Auditado	
Martha Juzga Lugo	Auditor	
William Pulido T.	Auditor	
Olga Lucia Arango	Auditor	
David Alejandro Giraldo Molina	Representante de la alta dirección	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	Interna de Calidad No.9	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	20	Mes:	05	Año:	2014
----------------------	-------------------------	-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Proceso(s) a Auditar:	Gestión Contractual
Dependencia(s):	Grupo Gestión Contractual
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Sylvia Cristina Puentes / Doris Atahualpa
Objetivo de la Auditoría:	Revisar el estado actual del sistema de gestión de calidad frente a los cambios y ajustes institucionales del último año al proceso de gestión contractual, con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad.
Alcance de la Auditoría:	Procesos, procedimientos y documentos relacionados del proceso de Gestión Contractual, durante la vigencia Mayo de 2013 a Marzo de 2014.
Criterios de la Auditoría:	Norma Técnica, Planeación Anual, Manual de Calidad, Políticas de Operación, Normograma, Procesos referenciados en el alcance, procedimientos asociados, Guías relacionadas al Sistema de Gestión de la Calidad, Plan de Mejoramiento institucional, Riesgos, Indicadores, resultados de medición, documentos y formatos identificados.

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre						
Día	7	Mes	05	Año	2014	Desde	2/05/14 D/M/A	Hasta	12/05/14 D/M/A	Día	20	Mes	05	Año	14

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor
Olga Lucia Arango	Luz Stella Patiño	Olga Lucia Arango / Biviana Vargas / Yeani Lopez

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 1:			
Se resalta la disposición y el compromiso de los servidores del proceso de Gestión Contractual para atender la auditoría y para la actualización permanente en los cambios normativos en el desarrollo de sus actividades a pesar del constante cambio.	6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia	C	
De acuerdo a las entrevistas realizadas a los cinco profesionales, el día 9 de mayo/2014, y revisados los procedimientos publicados en el aplicativo de calidad DAFP para el proceso de Gestión Contractual, no se evidencia concordancia entre lo documentado y lo manifestado en la auditoría, debido a que se encuentran publicados nueve procedimientos cuando actualmente se ejecutan solo cinco. Lo anterior incumpliendo el control de documentos exigido por la norma NTCGP 1000:2009.	4.1 Requisitos Generales	NC	Actualización oportuna de documentación en el SGC, para que cumplan su función de apoyo a los servidores.
En la verificación documental del proceso de Gestión Contractual, el normograma publicado se encuentra desactualizado, en cuanto a la eliminación de actos administrativos que ya no aplican, sin embargo se confirma la ejecución adelantada por parte del grupo ante el SGC para su aprobación y publicación. .	4.2.3 Control de documentos 4.2.4 Control de registros	NC	Realizar el seguimiento permanente para actualizar los documentos requeridos de manera oportuna para el desarrollo de las actividades propias del proceso.
De igual manera no están publicados todos los formatos vigentes de estudios previos			



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>para cada modalidad, ni esta actualizado el listado maestro de documentos, asociado al proceso.</p> <p>De acuerdo a la entrevista realizada al líder operativo del proceso de Gestión Contractual, el día 7 de mayo/2014, se verifica que no se encuentra publicada la caracterización del proceso, sin embargo se evidencia la gestión adelantada para su aprobación.</p> <p>Lo anterior afecta el cumplimiento de los requisitos establecidos frente al control de documentos y registros.</p>			
<p>Aunque el grupo de gestión contractual adelanta la separación de las políticas de su proceso con gestión administrativa, aún no se encuentran actualizadas dichas políticas en el manual de calidad.</p>	4.2.2 Manual de calidad	OBS	Se recomienda realizar seguimiento y verificar su publicación.
<p>En entrevista realizada al líder estratégico y líder operativo del proceso de Gestión Contractual, se evidencia que algunos documentos del sistema de gestión de calidad no están siendo utilizados para el propósito que fueron creados, como lo es la matriz de responsabilidad y autoridad. Lo cual no promueve la toma de conciencia y responsabilidad frente al SGC.</p>	5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	OBS	Actualizar y realizar divulgación de este documento, para el cumplimiento de las responsabilidades de cada cargo.
<p>Durante la entrevista al grupo de profesionales del grupo de Gestión Contractual, realizada el 9 de mayo de 2014, se evidencia la claridad en su proceso y procedimientos, sin embargo es notable la falta de personal con conocimiento específico para asumir la responsabilidad de actualizar y hacer seguimiento al SGC.</p>	6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia	OBS	Fortalecer las competencias y habilidades en los profesionales del área para asumir los roles como auditor, gestor y facilitador para el SGC.
<p>Verificando los documentos propios del proceso, se evidencia que el manual de contratación no se encuentra actualizado de acuerdo a los últimos cambios de normatividad ni de formatos vigentes. Sin embargo, se pudo constatar la gestión adelantada en este aspecto por parte de los responsables del proceso.</p> <p>Siendo el manual de contratación un documento que le genera valor al proceso de Gestión Contractual, se incumple el requisito de oportunidad en los cambios que puedan afectar la prestación del servicio.</p>	7.1 Planificación de la realización del producto	NC	Actualizar y publicar el manual de contratación de manera oportuna frente a los cambios normativos
<p>Durante la entrevista se evidencio que al interior del grupo de Gestión Contractual, se comunican los cambios normativos, ejemplo información del Decreto 1510 Colombia compra eficiente, correo interno con fecha 4 de abril de 2014.</p> <p>Siendo este un requisito de ley importante para el desarrollo de los procesos contractuales, es necesario establecer un canal de comunicación formal y efectivo como control del proceso.</p>	7.1 Planificación de la realización del producto 7.2.3 Comunicación con el cliente	OBS	Establecer y documentar un canal de comunicación efectiva, para garantizar que los profesionales no incurran en inconsistencias e incumplimiento de la norma.
<p>En el plan de mejoramiento publicado se evidencian actividades relacionadas al proceso de Gestión Contractual, bajo responsabilidad del proceso de Gestión Administrativa, al mismo tiempo se pudo</p>	8.5 Mejora continua	OBS	Realizar seguimiento y gestionar la actualización de los documentos que le corresponden al Grupo.



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>verificar que en el plan de mejoramiento no se ha identificado el proceso de Gestión Contractual.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, este proceso no refleja actividades que permitan verificar la mejora continua y el establecimiento de acciones correctivas y preventivas.</p>			
<p>De acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los cinco profesionales del área, el día 7 de mayo, se pudo evidenciar que el 90% de los servidores encuestados, desconocen las políticas de operación del proceso gestión contractual.</p> <p>El requisito de la norma NTCGP 1000:2009, establece que se debe proporcionar formación y toma de conciencia a los servidores, frente a su responsabilidad ante la entidad y ante el SGC.</p>	<p>6.2.2 (d) Competencia , formación y toma de conciencia</p>	OBS	<p>Asegurarse de que los servidores son conscientes de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuye al logro de los objetivos de la calidad.</p>
<p>Frente al seguimiento del hallazgo al producto no conforme de auditorías de años anteriores durante la entrevista al proceso, se evidencian actas de reunión con los coordinadores, pero no se evidencia la gestión específica de mejora realizada al respecto.</p> <p>Es importante resaltar que la entidad debe mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del SGC y analizar los resultados de auditorías anteriores para la toma de decisiones.</p>	<p>8.5.1 Mejora continua</p> <p>8.5.2 Acción correctiva</p>	OBS	<p>Establecer una estrategia para fortalecer el control del producto no conforme en los procesos de apoyo.</p>

C. Conformidad.1 **NC.** No Conformidad 3 **OBS.** Observación. 7

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR	
Aspectos relevantes	<ol style="list-style-type: none"> La Líder Estratégica del proceso y el equipo de trabajo se mostraron receptivos frente a la retroalimentación y recomendaciones derivadas de los aspectos revisados en la auditoría. El interés de los funcionarios por conocer y desarrollar las actividades para cumplir con los objetivos del departamento, a pesar del constante cambio normativo a cumplir.
Oportunidades de mejora	<ol style="list-style-type: none"> El grupo de Gestión Contractual, maneja un cuadro de reparto y seguimiento a los contratos, el cual es un buen control para el seguimiento de los objetivos del proceso de Gestión Contractual de forma interna, sería conveniente establecerlo como un control del proceso en el SGC. Revisar y actualizar permanentemente la información publicada la cual es de gran importancia para la consulta de todos.
Recomendaciones para auditorias posteriores	<ol style="list-style-type: none"> El cronograma establecido inicialmente no fue posible realizarlo por las ocupaciones de las diferentes personas involucradas, lo cual ocasiono varios cambios de fechas y horarios para cumplir con la auditoria interna. Definir los responsables frente al SGC, para garantizar la permanente actualización de documentos requeridos, para el buen funcionamiento del proceso y evitar incumplimientos de ley vigente reglamentarios.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de MAYO del año 2014 .



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
SYLVIA CRISTINA PUENTE	AUDITADO	
DORIS ATAHUALPA	AUDITADO	
BIVIANA VARGAS	AUDITOR	
YEANI GABRIELA LOPEZ	AUDITOR	
OLGA LUCIA ARANGO	AUDITOR	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	Interna No. 9	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	20	Mes:	05	Año:	2014
----------------------	---------------	-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Proceso(s) a Auditar:	Gestión Financiera
Dependencia(s):	Grupo de Gestión Financiera
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Sylvia Cristina Puente - Luz Stella Mesa
Objetivo de la Auditoría:	Revisar el estado actual del sistema de gestión de calidad frente a los cambios y ajustes institucionales del último año, especialmente al proceso de Gestión Financiera con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad.
Alcance de la Auditoría:	Auditar el cumplimiento de requisitos del proceso de gestión financiera frente al sistema de gestión de calidad, a través del análisis documental, entrevistas al equipo de trabajo y verificación en sitio.
Criterios de la Auditoría:	Norma Técnica, , Manual de Calidad, Políticas de Operación, Normograma, Procesos referenciados en el alcance, procedimientos asociados, Plan de Mejoramiento institucional, Riesgos, Indicadores, resultados de medición, documentos y formatos identificados.

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	07	Mes	04	Año	2014	Desde	13-05-2014	Hasta	13-05-2014	Día	21	Mes	05	Año	2014
							D/M/A		D/M/A						

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor
David Alejandro Giraldo	Luz Stella Patiño	Olga Lucia Arango, Magda Carolina Cardozo, Andrés Méndez Jiménez

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	
Se evidenció pleno conocimiento de la responsabilidad y autoridad por parte de la Líder Operativo del proceso de Gestión Financiera, en relación con las funciones que le han sido asignadas.	5.5.1, 4.1. y 4.1.a NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008	C	
Se explicó en la auditoría por parte de Líder Operativo de Grupo de Gestión Financiera la adecuada interacción del proceso con el SGC, evidenciando claridad y apropiación en las actividades desarrolladas en el área.	4.1.b. NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008	C	
Durante la auditoría se puede evidenciar conocimiento, claridad y apropiación en el desarrollo de sus funciones por parte del Grupo de Gestión Financiera y demás auditados.	5.3. NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008	C	
Revisados los registros de certificado de disponibilidad presupuestal, ordenes de pagos, informe de arqueo entre otros, se encontró que se aplican los lineamientos y directrices establecidas por el proceso de gestión documental para el desarrollo de las actividades propias del mismo.	4.2 Gestión Documental	C	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Se efectuó revisión al cronograma de los arqueos de caja menor enviado por correo electrónico en el mes de febrero, donde se asigna un profesional del grupo para esta función y al mismo tiempo se evidencio que el procedimiento se planea y se ejecuta de acuerdo con la programación establecida y respondiendo a la designación de los profesionales asignados.	7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio / planes y programas	C	
Dentro del análisis documental, se encontró en las actividades descritas para el procedimiento <i>Ejecución del gasto</i> el término "información exógena", el cual no presenta su definición en terminologías y abreviaturas del procedimiento, lo cual no cumple con el requisito de lenguaje claro establecido por la entidad.	4.1 Requisitos Generales literal c)	OBS	Sería conveniente en la sección " Terminología y abreviaturas del procedimiento incluir la definición de Información Exogena.
Verificado el seguimiento que debe realizar el Grupo de Gestión Financiera a los riesgos identificados en el proceso se evidencia que se realiza la evaluación de acuerdo a la periodicidad establecida para los mismos, sin embargo es conveniente actualizar y ajustar los riesgos a la realidad actual del proceso.	4.1 g) Establecer controles sobre los riesgos...	OBS	
En el desarrollo de la auditoria, la líder operativa y los profesionales, manifiestan estar en un proceso de modificación de sus procedimientos, sin embargo no se han formalizado estos ajustes de manera oportuna bajo los lineamientos del Sistema de Gestión de Calidad del DAFP, requisito establecido para la adecuada prestación del servicio.	7.1. Planificación del Servicio.	OBS	
Dentro de la revisión documental y entrevista con la líder operativa, se identificó la necesidad de complementar las entradas y salidas en la interacción de las actividades del proceso. (por ejemplo: Estatuto Orgánico de Presupuesto)	4.1. Requisitos Generales	OBS	
El procedimiento de producto no conforme dispuesto por el SGC del DAFP responde al requisito establecido en la norma y a los exigidos por la entidad, el mismo se encuentra identificado en la generalidad de los procedimientos de Gestión Financiera, sin embargo este concepto no es aplicado ni conocido conceptualmente por algunos servidores del área.	8.3 Control del producto y/o servicio no conforme.	OBS	Revisar la pertinencia de la aplicación del control del producto no conforme para los procesos de apoyo.
En los procedimientos de programación, elaboración y presentación del presupuesto DAFP y el de conciliación bancaria, se evidenció que dentro de los registros de los procedimientos se incluyó la herramienta de "Estadísticas" que en la actualidad no está siendo utilizada por el Grupo de Gestión Financiera. De otra parte en el <i>procedimiento ejecución del gasto</i> no se encuentran descritas las actividades que se deben realizar cuando existen sobrantes de los certificados de disponibilidad presupuestal -CDP y como se liberan	4.2.3 Control de documentos 4.2.4 Control de registros	NC	A pesar de que se manifiesta por parte de los auditados, el que sus documentos están en un proceso de cambios, se debe Revisar los procedimientos y replantear los registros descritos en las actividades, con el fin de que sean fácilmente identificables.



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>estos saldos.</p> <p>Dentro de la revisión documental se identificó la necesidad de complementar las entradas y salidas en la interacción de las actividades del proceso por cuanto no responde a lo manifestado verbalmente durante la auditoría. (por ejemplo: Estatuto Orgánico de Presupuesto)</p> <p>Se identifica que las políticas de operación que soportan las actividades dirigidas al presupuesto, contabilidad y pagaduría, están documentadas pero estas no responden a lo manifestado verbalmente por lo auditados frente al cierre contable.</p> <p>Así mismo, se encontró que los registros descritos dentro del procedimiento de "cierre contable" no se evidencian aquellos que soportan las actividades 1 y 11 (Estadísticas, F 002 PR AJR, F 003 PR AJR, F 004 PR GA, F 035 PR GA... al igual que F007 PR GF Nota de Contabilidad).</p> <p>Lo anterior incumpliendo con los requisitos oportunos frente a actualización documental.</p>			
--	--	--	--

C. Conformidad. 5 **NC**. No Conformidad 1 **OBS**. Observación. 5

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	<p>En la auditoría se detectaron 11 hallazgos así: cinco (5) conformidades, Cinco (5) observaciones y una (1) no conformidades.</p> <p>En general se puede mencionar que el ejercicio de auditoria se caracterizó por ser participativo. Adicionalmente en el periodo de entrevista con los responsables, surgieron algunas observaciones las cuales fueron aceptadas por los mismos de manera propositiva.</p> <p>Se considera oportuno que la entidad revise al interior la oportunidad de las acciones preventivas.</p>
Oportunidades de mejora	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que exista una mayor disponibilidad de tiempo para los auditores, con el propósito de que se tenga una mayor cobertura. 2. Se debe formalizar los cambios efectuados en años anteriores, a los procedimientos que hacen parte de la gestión financiera. 3. Realizar seguimiento a las acciones preventivas y correctivas de acuerdo a las mejoras que el grupo va identificando. 4. Actualizar de acuerdo a las necesidades, los documentos asociados al proceso. 5. Durante el desarrollo de la auditoria, se encontró que no existe acta de entrega en el caso del traslado de la Dra. Nohora Constanza Siabato, por lo cual lo hace que no se pueda sustentar la entrega de las funciones a la persona que la reemplazo.
Recomendaciones para auditorias posteriores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer un seguimiento directo por parte del líder estratégico y líder operativo de los reportes de mejoramiento para el proceso.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los **21** días del mes de **Mayo** del año **2014** .



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Luz Stella Meza	Auditada	
Andres Méndez	Auditor	
Magda Carolina Cardozo	Auditor	
Olga Lucia Arango	Auditor	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	9 Interna de Calidad	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	20	Mes:	05	Año:	2014
---------------	----------------------	------------------------------	------	----	------	----	------	------

Proceso(s) a Auditar:	Administración de la Tecnología Informática
Dependencia(s):	Oficina de Sistemas
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Ing. Victoria Eugenia Díaz Acosta
Objetivo de la Auditoría:	Revisar el estado actual del sistema de gestión de la calidad frente a los cambios y ajustes institucionales del último año en el proceso de administración de la tecnología informática, con el fin de asegurar el cumplimiento los requisitos establecidos en la norma técnica de calidad.
Alcance de la Auditoría:	Desarrollo del proceso institucional denominado <i>Administración de la Tecnología Informática</i> , durante la vigencia Mayo de 2013 a Marzo de 2014.
Criterios de la Auditoría:	Norma técnica, planeación anual 2013 y 2014, manual de calidad, políticas de operación, Normograma procesos y procedimientos asociados, de guías relacionadas al sistema nissan de la calidad, plan de mejoramiento institucional, riesgos e indicadores, resultados de medición, documentos y formatos relacionados al proceso.

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	7	Mes	04	Año	2014	Desde	21/05/2013 D/M/A	Hasta	23/05/2013 D/M/A	Día	21	Mes	05	Año	2014

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor
David Alejandro Giraldo Molina	Luz Stella Patiño Jurado	David Alejandro Giraldo Molina Biviana Vargas Rojas 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	
El líder del proceso conoce y tiene claro el objetivo del mismo y su interacción con los demás procesos institucionales.	4.1 Requisitos generales, literales a y b	OBS	Se recomienda ajustar la caracterización del proceso para establecer la periodicidad de elaboración o actualización del plan estratégico y aclarar que dicho plan lo conforman el Plan de Acción Anual del área y el (los) Proyecto(s) de Inversión vigente(s).
Para la caracterización del Proceso de Administración de la Tecnología se tuvieron en cuenta los requisitos del cliente. De igual manera se evidencia que el proceso define actividades tendientes a su cumplimiento y a lograr la satisfacción del cliente. La ejecución del proceso contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales y de calidad. Especialmente a través del desarrollo de las actividades inherentes al diseño y desarrollo del producto o servicio, según lo establecido en el numeral 8.3 del Manual de Calidad.	5.2 Enfoque del cliente 5.3 Política de Calidad	C	
El líder del proceso identifica, conoce y entiende los niveles de autoridad y responsabilidad definidos y comunicados por la entidad, sin embargo, en los	5.5.1 Responsabilidad y autoridad.	OBS	La inclusión de esta información facilitaría el proceso de comunicación al interior de la organización.



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>documentos asociados al proceso no se identifican claramente dicha responsabilidad para la elaboración y aprobación del Plan Estratégico.</p>			
<p>En todas las etapas del proceso se identifican y priorizan las necesidades de infraestructura para el cumplimiento de los objetivos y la planeación institucional, las prioridades de la Dirección del DAFP, y las disposiciones legales que le sean aplicables (Ej. Programa de Gobierno en Línea – GEL).</p> <p>Lo anterior evidencia que la planificación y ejecución del proceso es consistente con los requisitos del sistema de gestión de calidad para la realización del producto o prestación del servicio, y que la entidad a través del proceso identifica y prioriza las necesidades de infraestructura para lograr la conformidad del producto.</p> <p>Registros observados:</p> <p>Informe de identificación y priorización de recursos tecnológicos de la vigencia 2013 y 2014.</p> <p>Acta del Comité Directivo de los días 2 y 11 de diciembre de 2013.</p> <p>Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2013 y 2014.</p> <p>Plan de Acción Anual 2014.</p>	<p>5.2 Enfoque del cliente 6.3 Infraestructura 7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio.</p>	C	
<p>Durante la ejecución del proceso se evidencia el uso y aplicación de las políticas de operación relacionadas con la Comunicación Interna y Externa.</p> <p>Registros observados:</p> <p>Ficha Bpin del proyecto de inversión denominado Mejoramiento de la Gestión de las Políticas Públicas, a través de las Tecnologías de Información - TICs., publicada en el portal del SUIFP del Departamento Nacional de Planeación.</p> <p>Plan de Acción Anual 2014 publicado en el portal del DAFP.</p> <p>Acta del Comité Directivo de los días 2 y 11 de diciembre de 2013.</p> <p>Último reporte de Cifras de interés de la Oficina de Sistemas.</p>	<p>5.5.3 Comunicación Interna 4.2.4 Control de registros.</p>	C	
<p>Desde el año 2008 el proceso proyectó las necesidades en materia de recursos tecnológicos, económicos y humanos, y en 2009 formuló el proyecto de inversión denominado: Mejoramiento de la Gestión de las Políticas Públicas, a través de las Tecnologías de Información - TICs., el cual ha sido actualizado y ejecutado año a año y cuenta con solicitud de recursos hasta la</p>	<p>4.1. Requisitos Generales, literal b. 5.1 Compromiso de la Dirección, literal e. 6.1. Provisión de recursos. 6.3 Infraestructura.</p>	C	



**INFORME DE AUDITORIA
INTERNA**

<p>vigencia 2017.</p> <p>Los recursos financieros se gestionaron según la proyección de necesidades que hizo la Oficina de Sistemas, articulado a los lineamientos y metodología de la Oficina Asesora de Planeación y el DNP.</p> <p>El proceso cuenta con una planta temporal de catorce (14) personas asignados para la operación del SIGEP, Desarrollo y Operación del SUIT, Desarrollo y Operación del SGI y Gestión del Proyecto de Inversión</p> <p>Por lo expuesto, se evidencia la interacción de los procesos y el compromiso de la alta Dirección y del líder operativo en la debida consecución y eficiente asignación de los recursos necesarios para la gestión institucional y su mejora, la satisfacción de las necesidades del cliente y lograr la conformidad del producto.</p>			
<p>Con ocasión de la ejecución de los recursos del proyecto de inversión y del Plan Anual de Adquisiciones, se evidencia el monitoreo y medición del proceso, así como la implementación de acciones necesarias para lograr los resultados planeados y la mejora del mismo.</p> <p>Registros observados:</p> <p>Documento de trabajo denominado "Avance presupuestal"</p>	<p>4.1 Requisitos generales, literales a, e y f. 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.</p>	<p>C</p>	
<p>Revisados los indicadores de gestión del proceso, los reportes de seguimiento al mapa de riesgos y los reportes efectuados a través del SPI se evidencia que el proceso aplica métodos convenientes para su seguimiento y medición.</p> <p>Se resalta el seguimiento permanente efectuado por el área y el Comité de Contratación de la entidad a los recursos asignados para la ejecución del proyecto de inversión indicado anteriormente.</p> <p>Registros observados:</p> <p>Reportes Siplan a diciembre de 2013. Reportes SGI a marzo 31 de 2014. Reportes de avance registrados en el sistema de Seguimiento de Proyectos de Inversión (SPI) del Departamento Nacional de Planeación.</p>	<p>8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.</p>	<p>C</p>	
<p>El proceso proporciona y mantiene en operación la infraestructura de TI necesaria para lograr la conformidad del producto.</p> <p>Para tal fin cuenta con un procedimiento documentado orientado a solucionar de manera oportuna y eficiente las solicitudes del cliente interno y externo.</p> <p>Por otra parte, el proceso ha establecido planes de contingencia subsidiarios para garantizar la preservación (evitar pérdida) y</p>	<p>6.3 Infraestructura 6.4 Ambiente de Trabajo 7.1. Planificación de realización del producto o prestación del servicio. 8.2.1 Satisfacción del cliente.</p>	<p>OBS</p>	<p>Se recomienda gestionar la provisión de recursos para la implementación de un plan integral que garantice la continuidad del servicio</p>



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>seguridad de la información de la Entidad en concordancia con el mapa de riesgos del proceso vigente.</p> <p>No obstante lo anterior, la entidad no se encuentra preparada para atención de situaciones que interrumpan de manera prolongada su operación tales como eventos de la naturaleza, suspensión del fluido eléctrico, entre otros.</p> <p>Registros observados:</p> <p>Formatos de Control de Cambio Actas de reunión y cronogramas de trabajo para el desarrollo o ajustes funcionales al SIGEP. Actas de reuniones internas de trabajo con el equipo funcional para el desarrollo del SUIT 3.0 Incidencias registradas a través del aplicativo Proactiva Net. Mapa de Riesgos del proceso.</p>			
<p>El líder del proceso y su equipo de trabajo conocen los procedimientos y guías documentados.</p> <p>A través de los procedimientos y guías del proceso, se evidencia que la entidad:</p> <p>Planea y desarrolla actividades necesarias para la prestación del servicio.</p> <p>Determina los requisitos para el producto, y</p> <p>Aplica actividades de verificación, validación y seguimiento de los requisitos especificados por el usuario funcional con el fin de atender las necesidades de información de los procesos misionales y de apoyo.</p>	<p>6.3 Infraestructura 7.1. Planificación de realización del producto o prestación del servicio. 8.3 Control de Producto No Conforme. Literales a, b y c.</p>	<p>C</p>	
<p>Se evidencia que las actividades de verificación implementadas le permiten al proceso alcanzar los resultados planeados y que de no alcanzarlos se adoptan correcciones y acciones correctivas para asegurar la conformidad del producto.</p> <p>Las acciones y controles establecidos se encuentran registradas en el mapa de riesgos del proceso. El seguimiento a la ejecución del proceso se realiza a través de indicadores de gestión y reportes de información.</p> <p>Registros observados:</p> <p>Informe de ejecución del Plan Anual de Adquisiciones. Reportes de avance del Plan de Acción Anual. Informes de seguimiento de servicios de Tecnologías de la información. Informes de gestión al comité directivo y de contratación. Indicadores del catálogo de servicios y del proceso evaluados. Plan de mejoramiento.</p>	<p>8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos. 4.2.4. Control de registro.</p>	<p>C</p>	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>Con el fin de disminuir la probabilidad de entregar al cliente un producto o servicio que no cumple con los requisitos de cliente, de ley, de la entidad, el proceso aplica el procedimiento de mesa de servicio que incluye la realización de dos ciclos de pruebas (De calidad y funcional) con la participación de los desarrolladores y los usuarios.</p> <p>Se evidencia que:</p> <p>Los procedimientos asociados incluyen puntos de control para prevenir el uso o entrega no intencional del producto no conforme (Ciclos de desarrollo y pruebas). Durante el período auditado no se detectaron productos no conforme.</p>	8.3 Producto No Conforme	C	
<p>A través de la herramienta de gestión Orión se monitorea el funcionamiento de los servicios de tecnología de información y se realiza el seguimiento a la operación permanente de los sistemas de información clasificados como críticos para la gestión del DAFP.</p> <p>De manera complementaria se utiliza la plataforma dispuesta por la firma contratista ETB para efectuar el monitoreo a la operación de los sistemas de información que reposan en el centro de datos contratado.</p> <p>Adicionalmente, el proceso ha destinado la infraestructura necesaria (Recursos técnicos, tecnológicos y humanos) para la gestión y solución de incidencias y la atención de requerimientos y aplican controles para asegurar la prestación del servicio en términos de oportunidad, claridad y efectividad. (Cumplimiento de términos, recursos asignados, Medición de la satisfacción del usuario y disponibilidad de la aplicación).</p> <p>Por otra parte, aplica los métodos institucionales para medir la eficacia, eficiencia y efectividad del proceso (Indicadores, Reportes de avances en la gestión SIPLAN y SGI, Reportes de gestión del proyecto de inversión a través del SPI) y para demostrar la conformidad del producto o servicio.</p> <p>Como resultado del seguimiento y medición del proceso se ha aumentado la satisfacción de los clientes.</p>	8.1. a. Medición, análisis y mejora. 8.2.1 Satisfacción del Cliente.	C	
<p>El líder operativo y el equipo de trabajo conoce el procedimiento de Respuestas a Quejas, Reclamos y Denuncias del Usuario Formuladas por Escrito.</p> <p>Para tal fin destinó un equipo de trabajo encargado de administrar la herramienta Proactiva Net para la gestión de incidencias (De primer y segundo nivel), así como para atender y dar solución a las mismas, la cual permite aplicar controles para asegurar la prestación del servicio en términos de oportunidad, claridad y efectividad.</p>	8.1 Medición, análisis y mejora.	NC	<p>Atender el hallazgo registrado el día 13 de enero en el plan de mejoramiento e identificado con el número 527 relacionado con las fallas técnicas en la página web, en los aplicativos SIGEP y SUIT y en los correos electrónicos durante el fin y comienzo de año, reportadas por los clientes internos y externos (reclamos).</p> <p>Ver reclamo radicado bajo en número 2013900033972 de fecha 08 de diciembre de 2013, mediante la cual el</p>



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>(Cumplimiento de términos, recursos asignados, Medición de la satisfacción del usuario y disponibilidad de la aplicación).</p> <p>Sin embargo al revisar el Plan de Mejoramiento se evidencia que no se ha dado solución a los reportes de Mejoramiento generados como parte del proceso de mejoramiento continuo lo que va en contravía de las disposiciones de la Política de Administración del Riesgo.</p>			<p>petionario cuestiona el mal funcionamiento de la herramienta SIGEP en la página web, por tanto el área involucrada es la Oficina de Sistemas , y</p> <p>El reclamo radicado bajo el número 20132060194262 de fecha 16 de diciembre de 2013, en el cual el petionario reporta la falta de acceso a la página web de la entidad.</p>
<p>Se tiene implementado el monitoreo y seguimiento a los riesgos del proceso para garantizar el correcto funcionamiento de los sistemas de información SUIP, SIGEP, SIPLAN, ORFEO, ESTADÍSTICAS, y el Portal Web de la entidad.</p> <p>El líder operativo y el equipo de trabajo conocen el procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas y al interior del proceso se fomenta la mejora continua.</p> <p>Sin embargo al revisar el Plan de Mejoramiento se evidencia que no se ha dado solución ni el tratamiento adecuado a los reportes de Mejoramiento generados como parte del proceso de mejoramiento continuo lo que va en contravía de las disposiciones de la Política de Administración del Riesgo y por ende no permite la implementación de acciones para eliminar las causas de los hallazgos y evitar que éstas vuelvan a ocurrir.</p>	<p>8.5.2 Acción Correctiva.</p>	<p>NC</p>	<p>Se requiere registrar en el plan de mejoramiento la autoevaluación al avance de las acciones de los hallazgos identificados con los números 444 y 445.</p> <p>Al hallazgo registrado el día 13 de enero en el plan de mejoramiento e identificado con el número 527 relacionado con las fallas técnicas en la página web, en los aplicativos SIGEP y SUIT y en los correos electrónicos durante el fin y comienzo de año, reportadas por los clientes internos y externos (reclamos), no se le ha dado el tratamiento adecuado como lo es la definición de las causas del hallazgo y del plan de acción.</p> <p>Por último, se requiere actualizar el reporte de seguimiento al mapa de riesgos con corte al 31 de marzo de 2014.</p>
<p>El programa de Gobierno en Línea en la Entidad se viene implementando con el apoyo tecnológico de la Oficina de Sistemas, evidenciándose el mejoramiento en el acceso y la calidad de los servicios que presta el DAFP.</p> <p>Con ocasión de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y en concordancia con el Plan de Acción Anual se estableció que el programa en mención es transversal a la gestión misional y operativa del DAFP. Razón por la cual cada una de las áreas de acuerdo con los temas de su competencia es responsable de su implementación y su seguimiento se hace a través del diligenciamiento del Formulario Único de Reporte de Avances en la Gestión - FURAG.</p> <p>No obstante el proceso es el responsable de acompañar y asesorar a las áreas en la identificación y levantamiento de los inventarios de información.</p> <p>La implementación del programa ha permitido compartir la información administrada por la entidad a través de los sistemas de información con otras entidades públicas (SUIT – Portal del Estado Colombiano; SIGEP – Min Tic’s)</p>	<p>7.1 Planificación del Producto o Servicio</p>	<p>NC</p>	<p>Se recomienda establecer plan de trabajo para toda la entidad y socializarlo de manera oportuna para que las áreas entiendan su responsabilidad frente al mismo.</p>
<p>A través de la revisión de un caso (PROACTIVA NET - REQ – 2014 – 012678 del 05/05/2014) y de entrevistas con el</p>	<p>4.2.3 Control de</p>	<p>OBS</p>	<p>Se recomienda:</p>



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>personal de mesa de servicio de primer y segundo nivel se verificó la ejecución de las actividades tendientes garantizar la gestión y solución integral y oportuna de las incidencias, peticiones y problemas y la atención de requerimientos relacionados a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), según los acuerdos de niveles de servicio establecidos.</p> <p>El proceso documentó las actividades a través del <i>Procedimiento Atención Mesa de Servicio y las Guías de Gestión de Incidencias, Peticiones y Problemas y de Aplicación de Mesas de Servicio (Agente de Servicio, Usuario Externo e Interno)</i>.</p> <p><i>La herramienta de gestión Proactiva Net, permite la aplicación de encuestas orientadas a evaluar la satisfacción del cliente en términos de oportunidad, claridad y efectividad y la generación de reportes del servicio en tiempo real.</i></p> <p><i>Los resultados se consolidan y se constituyen en el insumo para el diligenciamiento del indicador de efectividad.</i></p> <p>El equipo de trabajo conoce y aplica el procedimiento y las guías en mención.</p> <p>Registros observados:</p> <p><i>Licencias vigentes adquiridas para realizar la labor.</i> <i>Resultados de encuestas de satisfacción del servicio.</i> <i>Reportes de gestión generados por el aplicativo Proactiva Net.</i> <i>Registro de Reunión Interna del GAC de fecha 29 de abril y 5 de mayo de 2014.</i> <i>Registro de Reunión Interna de la OS del 12 de marzo y 7 de mayo de 2014.</i> <i>Plan de Mejoramiento Individual del funcionario Juan P Bonell.</i></p>	<p>documentos</p> <p>4.2.4 Control de Registros</p> <p>7. Realización del producto o prestación del servicio.</p> <p>7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio</p>		<p>Documentar a través del Sistema de Gestión de Calidad los acuerdos de niveles de servicio establecidos</p> <p>Documentar a través del Sistema de Gestión de Calidad los estándares de administración de base de datos y referenciarlos en las políticas de operación del proceso</p> <p>Actualizar, difundir y recordar permanentemente las políticas de operación del proceso.</p>
<p>El proceso tiene definidos los criterios técnicos para crear y estructurar las bases de datos que soportan los sistemas de información de la entidad (SUIT, SIGEP, ORFEO, Mesa de Ayuda, Digiturnos, y SGI) para su administración utiliza la herramienta denominada "Enterprise Manager".</p> <p>La administración del motor de las bases de datos permite la permanente operación y disponibilidad de los sistemas y es uno de los elementos claves para garantizar la seguridad de la información.</p> <p>Las actividades ejecutadas y criterios aplicados para tal fin no se encuentran documentados en el Sistema de Gestión de Calidad.</p>	<p>4.2.3 Control de documentos</p> <p>4.2.4 Control de Registros</p>	<p>OBS</p>	<p>Se recomienda documentar las políticas de operación a través del Sistema de Gestión de Calidad.</p>
<p>El equipo de trabajo conoce y aplica las disposiciones contenidas en el procedimiento "Construcción y Mantenimiento de Sistemas de Información"</p>	<p>4.2.3 Control de documentos</p>	<p>OBS</p>	<p>Se recomienda revisar la asociación de las actividades del procedimiento, en especial las identificadas con el consecutivo No. 16, 19 y 22 y aclarar el</p>



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>para cada una de las etapas del diseño y desarrollo de software.</p> <p>Se evidencia la realización de análisis, verificación y validación de los requisitos del producto para asegurar el cumplimiento de los mismos y minimizar el riesgo de generar un producto no conforme.</p> <p>Sin embargo algunas actividades del procedimiento no se encuentran debidamente asociadas y caracterizadas lo que dificulta establecer si el proceso somete a pruebas de rendimiento o desempeño los ajustes o nuevos desarrollos efectuados a los sistemas de información.</p>			<p>alcance de las pruebas funcionales y de calidad de qué trata el procedimiento.</p>
<p>Se evidencia que el equipo de trabajo conoce y aplica las disposiciones para la protección de la información institucional (Seguridad y acceso) incluida la recuperación del Back Up, el restablecimiento de la información objeto de protección y la confidencialidad de los datos almacenados.</p> <p>No obstante, de acuerdo con lo informado durante la entrevista la guía de Copias de Seguridad se encuentra desactualizada.</p> <p>Registros observados:</p> <p>Guía de Copias de Seguridad</p> <p>Registros de la aplicación de los pasos establecidos para realizar una copia de seguridad</p> <p>Registros de la ejecución del contrato suscrito para prestación del servicio de custodia, transporte y almacenamiento externo de los medios magnéticos de las copias de respaldo de la información del Departamento.</p> <p>Registros de un caso de recuperación de Back Up o de restablecimiento de la información objeto de protección.</p>	<p>4.2.3 Control de documentos</p>	<p>OBS</p>	<p>Se recomienda actualizar la Guía de Copias de Seguridad y las políticas de operación según las condiciones actuales.</p>

C. Conformidad: 10. NC. No Conformidad: 3. OBS. Observación: 7.

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

<p>Aspectos relevantes</p>	<p>Buena actitud y disposición de los funcionarios auditados.</p> <p>El compromiso demostrado para la ejecución de las funciones asignadas y actividades ejecutadas de acuerdo con los roles desempeñados en cada uno de los equipos de trabajo identificados al interior del área, a saber: "Mesa de Ayuda – Proactiva Net – Help Desk; Administrador de Base de Datos; Responsables de Sistemas de Información; Infraestructura".</p> <p>Fácil acceso y trazabilidad de los registros solicitados, a través del uso de registros electrónicos lo que evidencia eficiencia en la gestión del área.</p>
----------------------------	---



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	Mejoramiento del ambiente de trabajo del equipo responsable del desarrollo del SUIT V 3.0, en términos de ergonomía, ventilación e iluminación.
Oportunidades de mejora	Se requiere implementar al interior del proceso mecanismos que permitan registrar de manera oportuna la totalidad de las acciones realizadas para dar tratamiento a los planes de mejoramiento del proceso. Se requiere gestionar la provisión de recursos para la implementación de un plan que garantice la continuidad del servicio. Se requiere actualizar los documentos indicados en el presente informe.
Recomendaciones para auditorias posteriores	Fortalecer las habilidades y competencias del equipo de auditores.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 20 días del mes de mayo del año 2014.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Victoria Eugenia Díaz Acosta	Auditado – Líder Operativo del Proceso	
David Alejandro Giraldo Molina	Líder auditor	
Biviana Vargas Rojas	Auditor	
Olga Lucia Arango	Auditor	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	9	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	19	Mes:	05	Año:	2014
----------------------	---	-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Proceso(s) a Auditar:	Apoyo Jurídico y Representación Judicial
Dependencia(s):	Dirección Jurídica
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Claudia Patricia Hernández León – Camilo Escovar Plata
Objetivo de la Auditoría:	Determinar el mejoramiento del proceso después de 6 años de implementación del sistema y las posibles acciones a emprender.
Alcance de la Auditoría:	Procesos y Procedimientos de Apoyo Jurídico y los documentos asociados
Criterios de la Auditoría:	Norma Técnica, Planeación anual, Manual de Calidad, Normograma, procesos, procedimientos, guías, plan de mejoramiento, riesgos, indicadores, resultado de medición, documentos y formatos.

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre						
Día	7	Mes	04	Año	2014	Desde	7/04/14	Hasta	24/04/14	Día	21	Mes	05	Año	2014
							D/M/A		D/M/A						

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor
David Alejandro Giraldo	Luz Stella Patiño	Olga Lucía Arango/Ruth Martínez

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	
Los funcionarios del Grupo de Apoyo Jurídico y Defensa Judicial demuestran claridad, conocimiento y responsabilidad frente a las actividades del proceso y frente al sistema de Gestión de la Calidad..	6.2.2 y 5.5.1	C	
El proceso tiene identificadas las líneas jurisprudenciales como una estrategia para aminorar el impacto de las demandas que llegan al Departamento.	7.1.c – 4.1.g	C	
Se evidencia el cumplimiento y adecuado control de los requisitos legales establecidos en la Resolución 570 de 2007 que reglamenta la conformación y ejecución del Comité de Conciliación.	7.2.1 y 4.2.4	C	
Si bien el proceso tiene plenamente identificados sus clientes y cuenta con un procedimiento de <i>Apoyo Jurídico Interno</i> , es necesario retomar la revisión adelantada durante el 2013, de los procedimientos asociados a este proceso, con el fin de incluir la asesoría que se presta a las entidades, de tal forma que responda a la realidad actual de la gestión del proceso.	4.1b	Obs	
Mediante la entrevista realizada a los servidores del Grupo de Apoyo Jurídico y Defensa Judicial, se verificó dificultad para identificar las políticas de operación transversales del Departamento, evidenciando que los canales de comunicación interna no tienen la efectividad requerida, ni permiten la apropiación de los funcionarios con el sistema.	4.1.g 5.5.3	Obs	Solicitar al grupo de mejoramiento reforzar el conocimiento del equipo de trabajo en este aspecto.
Se evidencia que el proceso ha avanzado en la Directriz de archivos electrónicos en	4.2.4	Obs	Se recomienda realizar reunión con el Grupo de Gestión Documental para



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

cumplimiento de la política de eficiencia administrativa; sin embargo esta decisión no se refleja en el archivo documental correspondiente, lo que afecta el debido control de los documentos.			aclarar que el archivo de los documentos del Comité de Defensa Judicial se hará de manera electrónica.
Se evidencia la formulación de un plan de acción asociado al proceso de Apoyo Jurídico en el plan de mejoramiento 438, al igual que las acciones adelantadas para dicho plan, sin embargo no se ha consolidado la evidencia del cumplimiento de esta acción, lo cual no permite declarar cumplimiento y cierre de esta acción.	8.5.2 y 8.5.3	Obs	Se recomienda enviar el seguimiento a la Oficina de Planeación y los documentos soporte de la gestión para publicarlos en el aplicativo
Mediante la entrevista a los responsables del proceso se pudo constatar que se realiza seguimiento y control permanente a la gestión realizada, pero estos controles no se ven reflejados en los indicadores definidos y publicados en el Sistema de Gestión de la Calidad, lo cual no es coherente con los requisitos establecidos para el debido monitoreo de las actividades claves.	8.2.4	NC	Revisar los indicadores actuales y presentar una propuesta para revisión con la Dirección de Control Interno y la Oficina Asesora de Planeación.

C. Conformidad: 3. **NC.** No Conformidad: 1 **OBS.** Observaciones: 4

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	El proceso cuenta con un archivo electrónico con carpetas debidamente organizadas, lo que facilita la consulta de cualquier documento. El personal mantuvo una excelente actitud con el equipo auditor.
Oportunidades de mejora	Documentar en el plan de mejoramiento el sistema de vigilancia judicial que están implementando y revisar la pertinencia del apoyo Jurídico en los procesos misionales.
Recomendaciones para auditorias posteriores	

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 20 días del mes de Mayo del año 2014 .

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Claudia Patricia Hernández León	Auditado	
Camilo Escovar Plata	Auditado	
David Alejandro Giraldo	Responsable de la Alta Dirección	
Olga Lucía Arango	Auditor	
Ruth Martínez Pinzón	Auditor	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	Auditoría Interna No,9	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	20	Mes:	MAYO	Año:	2014
----------------------	------------------------	-------------------------------------	-------------	----	-------------	------	-------------	------

Proceso(s) a Auditar:	Medición y Análisis
Dependencia(s):	Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Control Interno
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Luz Stella Patiño, David Alejandro Giraldo
Objetivo de la Auditoría:	Revisar el estado actual del sistema de gestión de calidad frente a los cambios y ajustes institucionales del último año, con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Calidad en cada uno de los procesos identificados y documentados en la Entidad.
Alcance de la Auditoría:	Desarrollo de los (12) doce procesos de la entidad: Direccionamiento Estratégico, Formulación, Difusión, Instrumentalización, Asesoría y Orientación, Gestión Financiera, Gestión Documental, Gestión Administrativa, Gestión Contractual, Apoyo Jurídico y Representación Judicial, Tecnología de la información y Medición y Análisis, durante la vigencia Mayo de 2013 a Marzo de 2014
Criterios de la Auditoría:	Norma Técnica, Planeación Anual, Manual de Calidad, Políticas de Operación, Normograma, Procesos referenciados en el alcance, procedimientos asociados, Guías relacionadas al Sistema de Gestión de la Calidad, Plan de Mejoramiento institucional, Riesgos, Indicadores, resultados de medición, documentos y formatos identificados.

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	7	Mes	4	Año	2014	Desde	15/05/14	Hasta	19/05/14	Día	20	Mes	5	Año	2014
							D/M/A		D/M/A						

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor
David Alejandro Giraldo	Luz Stella Patiño	Juan Felipe Rueda

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	
Los líderes del proceso conocen las actividades claves del proceso y los procedimientos, facilitando la mejora al Sistema de Gestión de Calidad Los líderes del proceso conocen los requisitos de sus productos y los controles para el logro de los objetivos.	4.1. Requisitos generales	C C	
Se encuentra un manejo adecuado de los documentos y registros en cumplimiento de las normas de gestión documental	4.2.3 4.2. 4 Control de documentos y registros	C	
Es totalmente visible el compromiso y dedicación de los líderes del proceso con el fortalecimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad	5.1 Compromiso de la dirección.	C	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Se cuenta con procedimiento adecuado para realizar la auditoría interna, y se planifican los intervalos para su realización ,en el que cada ciclo se realiza en un (1) año	8.2.2 Auditoría interna	C	
Se cuenta con un procedimiento para el Seguimiento y medición de los procesos, en cabeza del Jefe de Planeación	8.2.3	C	
<p>El procedimiento de Auditorías describe los perfiles de los auditores del Departamento, específicamente para el auditor líder se establece en su formación la siguiente “certificación y aprobación como auditor interno. Dos (2) cursos y/o diplomados en ISO 9001, NTCGP1000:2009, MECI, técnicas de seguimiento, medición, auditorías”. Al hacer una revisión del plan de auditoría se encuentra que algunos de los “auditores líderes” no cumplen con algunos de estos requisitos, incumpliendo el procedimiento mismo.</p> <p>Dentro de la terminología y Abreviaturas del procedimiento de auditorías se encuentra la definición de auditoría combinada así: “cuando se auditan juntos dos (2) Sistemas de Gestión”; de tal manera que se trata de varios Sistemas de Gestión, y el Departamento sólo cuenta con un (1) sistema de gestión.</p> <p>Dentro de la terminología y Abreviaturas del procedimiento de auditorías se encuentra la definición de Líder del Proceso, de la siguiente manera: “persona (s) a la cual se le realiza el proceso de auditoría para verificar los requisitos del sistema de gestión”; de tal manera que se está en contravía de las responsabilidades del sistema, en tanto el líder del proceso está definido al interior de la alta dirección del Departamento.</p> <p>La actividad trece (13) del procedimiento de auditorías se denomina “aprobar el programa de auditoría” cuando en realidad refleja la adopción de un cambio en el programa, haciendo difícil el entendimiento del procedimiento mismo.</p>	4.2.1 procedimientos	O O O	<p>Buscar un nombre alternativo para diferenciar al auditor líder, del líder de auditoría</p> <p>Se sugiere cambiar la denominación “Sistemas de Gestión” por “Sistemas de Gestión y Control” o alguna otra que muestre los Sistemas con los que cuenta el Departamento</p> <p>Se sugiere ser preciso en el concepto de líder del proceso para evitar confusiones</p> <p>Se sugiere que se cambie el nombre de la actividad, haciendo énfasis en que la aprobación no es del programa sino de algún cambio en el mismo</p>
Las políticas de operación del proceso no se encuentran documentadas en el Manual de Calidad, lo cual va en contravía de las disposiciones de la alta dirección y del numeral 4.2.2 de la norma	4.2.2 Manual de la Calidad	O	Se deben tomar las acciones necesarias para que las políticas de operación del proceso se documenten el manual de calidad.
El procedimiento “Seguimiento, Medición y Análisis al Sistema de Gestión de Calidad”, es de resorte exclusivo del Jefe de Planeación; sin embargo, como líder operativo aparece también la oficina de control interno, y al describir las actividades	5.5.1 Responsabilidad y autoridad	O	Se sugiere que en este procedimiento se elimine como líder al Jefe de Control Interno, al igual que en el procedimiento de Seguimiento a la Gestión, en el que no participa el Jefe de Planeación



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

podría pensarse que se le asignan responsabilidades al Jefe de Control Interno que van en contra de lo dispuesto en la Ley 87 de 1993			
<p>La actividad cuatro (4) del flujograma del procedimiento de auditorías indica que luego de la aprobación del plan de auditoría, éste será publicado en el aplicativo y en la página web para conocimiento de todos; sin embargo, no se toman otras acciones para su difusión y garantizar su conocimiento, incumpliendo el objetivo de la actividad misma.</p> <p>El procedimiento de producto no conforme responde al requisito establecido en la norma; sin embargo, no es aplicado ni conocido conceptualmente, haciéndolo inoperante frente al numeral 8.3 de la norma</p>	5.5.3 Comunicación interna	O O	<p>Se sugiere incluir otros mecanismos de socialización del plan de auditoría para que se tenga una mayor cobertura en la difusión del mismo.</p> <p>Es necesario que se desarrollen mecanismos de comunicación para asegurar que se comprende la necesidad de aplicar el control al producto no conforme de la entidad</p>
El alcance del procedimiento "Seguimiento a la Gestión" que indica que "El presente procedimiento inicia con la planificación del seguimiento periódico a la gestión y concluye con el seguimiento a la ejecución del plan de mejoramiento", no se refleja en el flujograma del mismo que termina con la actividad "ingreso de acciones de mejora al plan de mejoramiento por procesos", en contravía del procedimiento mismo.	4.2.1 procedimientos	NC	Analizar el alcance del procedimiento frente a lo descrito en el flujograma del mismo, con el fin de que dicho alcance se refleje de manera correcta en el flujograma
El procedimiento de Auditorías describe los perfiles de los auditores del Departamento, específicamente para el auditor líder se establece en su formación la siguiente "certificación y aprobación como auditor interno. Dos (2) cursos y/o diplomados en ISO 9001, NTCGP1000:2009, MECI, técnicas de seguimiento, medición, auditorías". Al hacer una revisión del plan de auditoría se encuentra que algunos de los "auditores líderes" no cumplen con algunos de estos requisitos, incumpliendo el procedimiento mismo.	6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia	NC	Buscar un nombre alternativo para diferenciar al auditor líder, del líder de auditoría

C. Conformidad. **NC.** No Conformidad **OBS.** Observación.

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	<p>Se concluye que el proceso de Medición y Análisis en términos generales, es conforme a los requisitos de la NTCGP1000:2009.</p> <p>Se destaca la sinergia desarrollada entre la Oficina de Control Interno y la Oficina Asesora de Planeación para la búsqueda de la mejora continua del Departamento.</p> <p>La buena disposición de los auditados para la auditoría fue fundamental para el desarrollo de la misma, y se llevó a cabo en términos cordiales, con absoluto respeto y receptividad hacia las recomendaciones, sugerencias y solicitudes del equipo auditor</p>
---------------------	---



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Oportunidades de mejora	<p>Darle mayor relevancia a las auditorías de la Oficina de Control Interno, ya que al leer el procedimiento de auditorías, algunos de sus apartes son pensados únicamente en auditorías de calidad.</p> <p>Se debe innovar en la forma en la que se socializan, difunden y comunican los cambios que se surten en el Sistema de Gestión de Calidad, para lograr aumentar el alcance en cuanto a su conocimiento por parte de los servidores públicos del Departamento</p> <p>Visualizar de manera más clara los roles y responsabilidades de cada uno de los líderes del Proceso, ya que un mal entendimiento de estos roles podría llevar a la pérdida de la independencia de la Oficina de Control Interno.</p> <p>Se debe mejorar la redacción utilizada en la caracterización del proceso y en la descripción de sus procedimientos, ya que en algunos casos es compleja o cortada; así mismo, se debe hacer una revisión de forma para corregir errores de tipografía</p>
Recomendaciones para auditorías posteriores	

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de mayo del 2014 .

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
JUAN FELIPE RUEDA GARCÍA	AUDITOR	
MARÍA ESPERANZA PEÑA	AUDITORA	
LUZ STELLA PATIÑO	AUDITADO	
DAVID ALEJANDRO GIRALDO	AUDITADO	