

	INFORME DE AUDITORÍA	Código: FOR-CS-001
	PROCESO CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO	Versión: 2 junio 2014
		Página: 1 de 3

Nº INFORME AUDITORÍA:	1	FECHA:	03	09	2015
			DÍA	MES	AÑO


PROCESO AUDITADO:	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO
OBJETIVO:	El programa de auditorías internas Integrales del Instituto Deportivo y Recreativo Fusagasugá (IDERF) para la vigencia 2015, tiene por objetivo verificar el cumplimiento de los requisitos del Modelo Estándar de Control Interno MECI1000:2014 y el Sistema de Gestión de la Calidad NTCGP1000:2009 definidos e implementados en el IDERF.
ALCANCE DE LA AUDITORÍA:	Esta auditoría interna integral de calidad es aplicable al proceso de Control, Evaluación Y Seguimiento que conforma el Sistema de Gestión de la Calidad del IDERF, inicia con la planificación del programa anual de auditorías internas y finaliza con el seguimiento, ejecución y cumplimiento del plan de mejoramiento.
AUDITOR: Andrés Varón Soto	PERSONAL ENTREVISTADO: Miguel Páez
DOCUMENTOS ANALIZADOS:	
Listados Maestros de Documentos Internos Caracterización proceso de Control y Mejoramiento Continuo Carpetas informes a entes de control Mapa de Procesos Plataforma Estratégica (Misión - Visión - Objetivos Institucionales) Política y objetivos de calidad Código de Ética	

HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA
ASPECTOS FAVORABLES:
<ul style="list-style-type: none"> • Existen importantes iniciativas de mejoramiento continuo y de gestión de calidad, lo cual demuestra el compromiso con el cumplimiento de objetivos. • La auditoría se realizó con buena disposición por parte del auditado. • Buen conocimiento del Sistema de Gestión de calidad en términos generales, se conoce de manera global. • Interés del personal entrevistado de cara al mejoramiento del proceso y conocimiento de los componentes de calidad y MECI. • A pesar de no haber realizado ciclos de auditoria para vigencias pasadas, se resalta el esfuerzo por iniciar el cumplimiento de a la normatividad, y el realizar evaluación de los procesos a través de las Auditorías Internas. • Se han realizado contratación de personal que apoye las actividades relacionadas con el Actualización, mantenimiento y mejora del Sistema de gestión de calidad.
ASPECTOS DÉBILES:
<ul style="list-style-type: none"> • No se evidencia control documental para el proceso. • No se evidencia un adecuado control de registros en el proceso. • Falta de ajuste y actualización de la documentación (procedimientos y formatos) que se encuentran aprobados para el proceso • Débil eficacia del proceso de Inducción y Reinducción • Debilidad en la Comunicaron interna y externa • Falta de recursos tecnológicos, humanos y de infraestructura. • Bajo nivel de cultura de la calidad

**INFORME DE AUDITORÍA****Código: FOR-CS-001****PROCESO CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO****Versión: 2 junio 2014****Página: 2 de 3****INFORME DE HALLAZGOS****NO CONFORMIDADES :**

08

1. Se evidencio en la entrevista, que existen deficiente control de copias distribuidas, ya durante la auditoría aparecen copias de ediciones o revisiones de formatos obsoletos o no aprobados en el Sistema de gestión de Calidad donde, además que la documentación aplicable no disponible para los responsables relacionados. Incumpliendo el **numeral 4.2.3. literales (a, b, c y d)**.
2. Al solicitar los registros utilizados en el proceso se allegan algunos formatos los cuales evidencian que incumplen con el procedimiento establecido por la Entidad de Control de Registros donde debe establecerse un listado Maestro de Registros para definir el tiempo de conservación de los archivos según lo requerido por la entidad. Al revisar Tablas de Retención Documental se observa la necesidad de actualizar sus, con el **numeral 4.2.4** de la norma. donde exige que los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables.
3. Luego de aplicar la entrevista con el Líder del Proceso, se logra identificar una gran falencia en la comunicación Interna y externa debido a que no están siendo eficaces las estrategias y mecanismos implementados por la Entidad, incumpliendo el requisito del **numeral 5.5.3**. La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad y con el elemento del MECI Comunicación Interna y Externa.
4. Al preguntar por el Mapa de Riesgo del proceso, se evidencia la existencia del mismo, existen unos riesgo levantado hacia el año 2009, estos no se han socializado ni revisado, además no se ha hecho el seguimiento a los controles, incumpliendo de esta manera con el **elemento de Administración del riesgo, MECI 2014**.
5. El líder del proceso manifiesta que existe concentración de funciones en los cargos, al revisar los manuales de funciones se evidencia que a raíz de que es una entidad con pocos funcionarios, muchas actividades están inmersas en un solo cargo con temas que deben manejarse de manera independiente como lo es Control Interno. estas son incumpliendo con uno de los requisitos de la norma en el **numeral 6.2**. y el elemento del MECI de Talento humano donde se debe establecer la competencia requerida de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas e implementar acciones que permitan alcanzarla y mantenerla. Esta no conformidad Aplica para el proceso de Planeación de la Gestión y Gestión Administrativa.
6. Se evidencia que se está incumpliendo el **numeral 8.2.1** de la norma donde la entidad debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad, debido a que la muestra de aplicación de la herramienta de medición de satisfacción al ciudadano analizado no es representativa del total de clientes. Los resultados obtenidos no son comparados con resultados de satisfacción anteriores.
7. No existe evidencia del análisis periódico de los indicadores de proceso. El análisis de datos no aporta información para emprender acciones correctivas y preventivas. No se evidencian acciones emprendidas a partir de los resultados de satisfacción del cliente Incumpliendo el requisito de la norma **numeral 8.4** Análisis de Datos, donde la entidad debe determinar, recopilar y analizar los datos resultados del seguimiento y medición de los procesos y el servicio.
8. No se evidencia identificación de servicio no conforme a través del flujo de entrada de correspondencia con quejas y reclamos, de los cuales no se han documentado la no conformidad correspondiente. No se encuentran identificadas las responsabilidades para la detección y apertura de los informes de no conformidad. No se encuentra evidencia documentada de la realización de las tareas planificadas para solucionar la

	INFORME DE AUDITORÍA	Código: FOR-CS-001
	PROCESO CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO	Versión: 2 junio 2014
		Página: 3 de 3

no conformidad y de la verificación del cierre de la misma. Solo se evidencia correcciones y no la aplicación de una metodología para eliminar las causas del servicio no conforme incumpliendo con el requisito de la norma **numeral 8.3**, donde la entidad debe definir las acciones para eliminar el servicio no conforme detectado y cuando se corrija un servicio no conforme, debe someterse a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.

CONCLUSIÓN GENERAL:

Se identificaron 8 No Conformidades, lo que demuestra que existen inconvenientes con procedimientos obligatorios como Control de Documentos, Control de Registros, Mapas de riesgos y Tratamiento de Servicios No Conformes.

Para lo cual se evidencia la necesidad de adoptar mecanismos y acciones para fortalecer los canales de comunicación interna y medir su impacto respecto a la efectividad de la información. Al igual que debe trabajarse en el liderazgo de los procesos, con la generación y comunicación de políticas que impulsen la gestión de calidad y el seguimiento eficaz de los procedimientos. Además La Alta Dirección y el Líder del proceso deben comprometerse con la priorización y solución de las No Conformidades u Observaciones identificadas en sus procesos, prestando especial atención en las observaciones puesto que representan riesgo de incumplimiento de requisitos.

También se identifican necesidades de mejorar el análisis datos y toma de decisiones, con base en hechos y de acuerdo a los resultados de los indicadores que aplican a los Procesos Misionales, además de mejorar el Registro y tratamiento de las Quejas, Reclamos y Sugerencias.

Se sugiere culminar la actualización de las Tablas de Retención Documental de la dependencia y la entidad en general. Realizar la actualización del Mapa de riesgos según la Guía de Administración del DAFP y dar una revisión y respectiva actualización a los documentos (Manuales, Guías, Procedimientos y Formatos) del proceso.

FIRMA AUDITOR: ORIGINAL FIRMADO Andrés Varón – Auditor Líder	FIRMA AUDITADO: ORIGINAL FIRMADO Miguel Páez – Líder Proceso Control y Mejoramiento Continuo
--	--