

	<b>INFORME DE AUDITORÍA</b>	<b>Código: FOR-CS-001</b>
	<b>PROCESO CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	<b>Versión: 2 junio 2014</b>
		<b>Página: 1 de 4</b>

Nº INFORME AUDITORÍA:	2	FECHA:	14	09	2015
			DÍA	MES	AÑO

<b>PROCESO AUDITADO:</b>	PLANEACIÓN DE LA GESTIÓN
<b>OBJETIVO:</b>	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.
<b>ALCANCE DE LA AUDITORÍA:</b>	Esta auditoría interna integral de calidad es aplicable al proceso de Planeación de la Gestión 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.
<b>AUDITOR:</b> Andrés Varón Soto	<b>PERSONAL ENTREVISTADO:</b> Herney Romero
<b>DOCUMENTOS ANALIZADOS:</b>	
Listados Maestros de Documentos Internos Plan de Desarrollo Municipal Plan Anualizado PDM Caracterización proceso de Planeación de la Gestión Carpetas PQRS Mapa de Procesos Plataforma Estratégica (Misión - Visión - Objetivos Institucionales) Política y objetivos de calidad Código de Ética Resolución 533 de 2012 : Estructura del IDERF Manual de Funciones Estatuto interno Diagnóstico y avance de la actualización MECI 2014.	

<b>HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA</b>
<b>ASPECTOS FAVORABLES:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evidenció el conocimiento por parte del líder de la Entidad en general y de los planes, programas y proyectos que se adelantan.</li> <li>• Se observan importantes iniciativas para reforzar conceptos y temas de la Entidad como ejercicios y talleres de apropiación con una profesional en psicología, demostrando interés en pro del mejoramiento continuo y de gestión de calidad.</li> <li>• La auditoría se realizó con buena disposición por parte del auditado.</li> <li>• Buen conocimiento del Sistema de Gestión de calidad en términos generales, se conoce de manera global.</li> <li>• Se evidencia la buena gestión y planificación a través de los resultados obtenidos para la vigencia 2014 con una mención de cumplimiento del 96%.</li> <li>• Interés del personal entrevistado de cara al mejoramiento del proceso y conocimiento de los componentes de calidad y MECI, lo cual evidencia el compromiso por parte de la Alta Dirección.</li> <li>• Se han realizado contratación de personal que apoye las actividades relacionadas con el Actualización, mantenimiento y mejora del Sistema de gestión de calidad, y se viene implementando la actualización del MECI de acuerdo al decreto 943 de 2014.</li> <li>• Tienen elementos y herramientas administrativas y de gestión actualizadas como el organigrama de la entidad</li> <li>• Se observa y manifiesta por parte del Líder del proceso la buena disposición y compromiso de sus colaboradores lo cual genera un buen clima laboral, fomenta en trabajo en Equipo y el ambiente laboral.</li> </ul>



## INFORME DE AUDITORÍA

Código: FOR-CS-001

### PROCESO CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO

Versión: 2 junio 2014

Página: 2 de 4

- Existe Implementación de políticas de operación que permite planificar de mejor manera, en aras del cumplimiento de los objetivos institucionales, lo cual demuestra un alto nivel de Liderazgo.

#### ASPECTOS DÉBILES:

- Se ha socializado los temas relacionados con el sistema de Gestión de Calidad, pero aún falta apropiación por parte de los funcionarios.
- No se evidencia control documental para el proceso.
- Falta de ajuste y actualización de la documentación (procedimientos y formatos) que se encuentran aprobados para el proceso de Planeación de la Gestión
- Débil eficacia del proceso de Inducción y Reinducción, se debe fortalecer este proceso.
- Debilidad en la Comunicaron interna y externa (No cuentan con intranet, la página web esta en desarrollo)
- Falta de recursos tecnológicos, humanos y de infraestructura.
- Se debe definir en un documento o acto administrativo cuales son las funciones asociadas a la estructura orgánica del Instituto Deportivo y Recreativo Fusagasugá (IDERF).

#### INFORME DE HALLAZGOS

#### NO CONFORMIDADES :

07

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)** aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión; **b)** revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente; **c)** asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de versión vigente de los documentos;
2. Al solicitar los registros utilizados en el proceso se allegan las Carpetas de PQRS las cuales se identifican están foliadas y rotuladas, aunque se evidencia que no se está aplicando correctamente las tablas de retención documental asociadas a la oficina productora ni la serie documental. Por otro lado debe establecerse un Control de Registros donde se actualice 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 revisarlas y actualizarlas según corresponda, por lo cual se está incumpliendo con el **numeral 4.2.4** de la norma, donde exige que los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables. Y el elemento del MECI Información y Comunicación Interna como producto las Tablas de Retención Documental.
3. Luego de aplicar la entrevista con el Líder del Proceso, se logra identificar que no se han documentado los seguimiento y revisiones del sistema por la Alta Dirección, incumpliendo con el **numeral 5.1** donde se estipula que la alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad, mediante los literales d) la realización de las revisiones por la dirección, y e) el aseguramiento de la disponibilidad de recursos.
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



<b>INFORME DE AUDITORÍA</b>	<b>Código: FOR-CS-001</b>
<b>PROCESO CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	<b>Versión: 2 junio 2014</b>
	<b>Página: 3 de 4</b>

temas que deben manejarse de manera independiente como lo es Control Interno. Además no se cuenta con el personal suficiente para ejercer las actividades operativas y administrativas. estas son incumpliendo a 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 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 y la medición de los indicadores del Sistema de gestión de Calidad, 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.

**CONCLUSIÓN GENERAL:**

Se identificaron 7 (siete) No Conformidades, lo que demuestra que existen la necesidad de fortalecer y tomar acciones en temas relacionados con los procedimientos obligatorios como Control de Documentos, Control de Registros, Revisión por la Dirección, y elementos de MECI como Mapas de riesgos, Indicadores por proceso, Inducción y Reinducción y Tratamiento de Servicios No Conformes.

Se deben realizar y documentar las revisiones por la Alta dirección para evaluar el estado del sistema de Gestión de Calidad y el modelo estándar de Control Interno.

Se evidencia la necesidad de adoptar mecanismos y acciones para fortalecer los canales de comunicación interna y externa, y así lograr medir su impacto respecto a la efectividad de la información.

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, donde 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, a partir de la formulación de los planes de mejoramiento que permita subsanar las debilidades y no conformidades detectadas dentro de la Auditoría.

También se identifican necesidades de mejorar el análisis datos y toma de decisiones, con base en hechos, además, se sugiere revisar y actualizarlas Tablas de Retención Documental de la dependencia y la entidad en general según corresponda, aplicando así la Ley 594 Ley General de Archivo y las disposiciones de la Gestión documental.

Realizar la actualización del Mapa de riesgos, según la Guía de Administración del DAFP y dar una revisión, llevar y medir indicadores del proceso, revisar y actualizar a los documentos (Manuales, Guías, Procedimientos y Formatos) del proceso.

FIRMA AUDITOR:	FIRMA AUDITADO:
----------------	-----------------



**INFORME DE AUDITORÍA**

**Código: FOR-CS-001**

**PROCESO CONTROL Y MEJORAMIENTO  
CONTINUO**

**Versión: 2 junio 2014**

**Página: 4 de 4**

**Andrés Varón – Auditor Líder**

**Herney Romero – Líder Planeación de la  
Gestión**