**INSTITUTO DEPORTIVO Y RECREATIVO DE FUSAGA**

**PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO**

| | |
|---|---|
| **Proceso/ Subproceso Auditado** | |
| **Objetivo del Proceso** | Desarrollar un diagnóstico del estado actual de la institución e iniciar un proceso de imp Mejoramiento Inst |
| **Auditor:** | **Andrés Varón Soto** |
| **Objetivo de la Auditoría** | El programa de auditorías internas Integrales del Instituto Deportivo y Recreativo Fusagasug |
| **Alcance de la Auditoría** | Esta auditoría interna integral de calidad es aplicable al proceso de Fomento al Deporte |

| Ítem | Oportunidad de Mejora /hallazgo | Riesgo Identificado | Acción a implementar |
|---|---|---|---|
| 1 | Durante la revisión documental se evidencia que existen deficiente control de copias distribuidas, ya que durante la auditoría aparecen copias de ediciones o revisiones de formatos obsoletos o no aprobados en el Sistema de gestión de Calidad, como son las listas de reuniones de instructores que llevan periódicamente. Al igual que se utilizan formatos sin codificar y aprobar como el formato de Asistencia a Centros Deportivos 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; y g) prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón. | Se pueden realizar procesos en documentos sin cumplir con los requisitos de ley o q no cumplen las especificaciones tecnicas requeridas | Se requiere revisar y actualizar el procedimiento de control de documentos y registros, para evitar e uso inadecuado de formatos obsoletos o de versiones no correctas. |
| 2 | Cuando se revisaron los registros de la carpeta de Contratos, Contrato de prestación de servicios, las cuales se encuentran foliadas y rotuladas, aunque se evidencia que debe establecerse un Control de Registros ya que se encuentran documentos sin firmas y no se están diligenciando correctamente, como los formatos FO FD-001 Planeación y reporte de atención a centros de formación deportiva IDERF, 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. | Falta de controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros, así como el diligenciamiento adecuado de los mismos | Realizar control de documentos a partir del procedimiento de control de registros y documentos |
| 3 | Se revisa 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 a la fecha, además no se ha realizado el seguimiento a los controles y materialización de riesgos, incumpliendo de esta manera con el elemento de Administración del riesgo, MECI 2014. | El Mapa de Riesgos no ha sido evaluado, por lo que se pueden volver a presentar en forma reiterada. | Actualizar y revisar los riesgos del procesos y posteriormente determinar el seguimiento de los mismos |
| 4 | El líder del proceso manifiesta que existe una alta carga laboral y concentración de funciones en los cargos, debido a que solo son dos funcionarios en los procesos misionales quien haces las veces de líderes, al revisar los manuales de funciones se evidencia que la entidad cuenta con pocos funcionarios y muchas de las actividades están inmersas en un solo cargo con temas que deben manejarse de manera independiente. Además no se cuenta con el personal suficiente para ejercer las actividades operativas y administrativas, e históricamente se han venido contratando los instructores sin que haya uno solo de planta. Por lo cual se evidencia el incumpliendo a uno de los requisitos de la norma en el numeral 6.1 Provisión de Recursos. y el elemento del MECI de Estructura organizacional y Talento humano donde la Entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios. Esta no conformidad Aplica para el proceso de Gestión Administrativa y Planeación de la Gestión. | Concentración excesiva de funciones en los funcionarios. | Revisar Manual de funciones y competencias, y de hay determinar con la alta gerencia si se hace necesario la contratación de personal. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **5** | Se evidencia que no se realizan mediciones de satisfacción del cliente con la ciudadanía, incumpliendo el numeral 8.2.1 Satisfacción del cliente de la norma NTCGP: 1000 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 y deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información. | Incumplir la norma aun teniendo los documentos para dar cumplimiento a la misma, por el desconocimiento o falta de interes por revisión | Revisar y actualizar el procedimiento referente a satisfacción al cliente para posteriormente aplicar encuesta y asi hacer la medición y seguimiento. |
| **6** | Al preguntar por los indicadores se muestran unos avances acerca del tema en la vigencia pasada, pero 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. | Falta seguimiento y control periodico de los avances acerca del tema en la vigencia pasada, evidenciado en la repetición o incumplimiento de los mismos | Revisar y actualizar indicadores y posteriormente realizar el seguimiento |

**Elaboro:** Dueño de Proceso

Aprobo:
**GERENTE IDERF**

| | | |
|---|---|---|
| **Fecha de Ejecución de la Auditoría :** | Septiembre 10 de 2015 | |

| \SUGA | Versión: 01<br>Fecha: 27/10/2015 |
|---|---|
| | VERSION: 01 Junio 2014 |
| FOMENTO AL DEPORTE | PAGINA 1 DE 2 |

lementación de acciones tendientes a mejorar la calidad, plasmadas en objetivos claros y alcanzables de manera objetiva y eficaz, con el cual se pueda formular el Plan de titucional y así mismo definir el sistema de seguimiento, monitoreo, control y evaluación a dicho plan.

| | Coordinador Deportivo |
|---|---|

gá (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.

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.

| Fecha Inicio | Fecha Fin | Responsable | Acciones desarrolladas | Evidencias | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 de Marzo de 2016 | 31 de Diciembre de 2016 | **Coordinador Deportivo** | **se realizo el procedimiento de control de documentos y control de registros los cuales se socializaron y se cargaron en la pagina institucional del IDERF** | **pagina web** | **cerrado** |
| 01 de Marzo de 2016 | 31 de Diciembre de 2016 | **Coordinador Deportivo** | **se realizo el procedimiento de control de documentos y control de registros los cuales se socializaron y se cargaron en la pagina institucional del IDERF** | **pagina web** | **cerrado** |
| 01 de Marzo de 2016 | 31 de Diciembre de 2016 | **Coordinador Deportivo** | **A traves de correo electronico se socializo l matriz de riesgos de cada proceso y en los informes de gestion se le esta realizando el respectivo seguimiento** | **matriz de riesgos de cada proceso enviada a correos electronicos de los lideres de procesos** | **cerrado** |
| 01 de Marzo de 2016 | 31 de Diciembre de 2016 | **Coordinador Deportivo** | **actualizar el manual de funciones** | **manual de funciones actualizado** | **abierto** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 de Marzo de 2016 | 31 de Diciembre de 2017 | **Coordinador Deportivo** | **Se realizo el procedimiento para la medicion de satisfaccion del usuario, falta aplicar la encuesta** | **procedimiento de satisfaccion del usuario del procesode servicio al cliente PRO-GSC-02, falta aplicar la encuesta** | **abierto** |
| 01 de Marzo de 2016 | 31 de Diciembre de 2016 | **Coordinador Deportivo** | **Se proyectaron losindicadores en la vigencia 2016 y en la vigencia 2017 se realizo su medicion y seguimiento atraves del informe de gestion elaborado por el proceso de talento humano y demas procesos** | **indicadores e informes de gestion de cada proceso vigencia 2017** | **FALTA LABORAR LOSINFORMES DE GESTION DE GESTION DE TALENTO HUMANO PARA CERRAR** |

Reviso:
**JEFE CONTROL INTERNO**

| | | |
|---|---|---|
| | | Noviembre 22 de 2015 |