



Informe de Auditoría Interna

AUDITORIA No.	Interna de Calidad No.10	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	15	Mes:	05	Año:	2015
----------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------	-----------	------	-----------	------	-------------

Proceso(s) a Auditar:	Direccionamiento estratégico
Dependencia(s):	Oficina asesora de planeación – Secretaría General
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Liliana Caballero Durán / Andrés Podlesky – Gustavo García
Objetivo de la Auditoría:	Identificar el estado madurez, solidez y continuidad del Sistema de Gestión desde el Proceso de Direccionamiento Estratégico.
Alcance de la Auditoría:	Auditar el proceso de direccionamiento estratégico en las áreas de Oficina Asesora de Planeación y Secretaría General, del 4 al 29 de mayo de 2015.
Criterios de la Auditoría:	-Requisitos de los procedimientos, requisitos de la Norma Técnica de Calidad, requisitos de MECI y requisitos FURAG, requisitos Ley de Transparencia - Normatividad vigente aplicable a la Entidad y a cada uno de los procesos, Nomograma - Requisitos del usuarios, del producto y del servicio

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre						
Día	05	Mes	05	Año	2015	Desde	11/05/2015 D/M/A	Hasta	15/05/2015 D/M/A	Día	15	Mes	05	Año	2015

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor
Andrés Podlesky	Luz Stella Patiño	Yovanna A. Cadavid Herrera- Ruth González – Olga Lucia Arango

PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS/ HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

Descripción del hallazgo o situación detectada y/o requisito de la norma	Numeral de norma	Tipo	Recomendación
		C NC OBS	
Proceso 1. Direccionamiento estratégico - Oficina asesora de planeación – Secretaría General			
Durante la entrevista a la Secretaria General y Planeación, se evidencia compromiso de la alta dirección para comunicar a los servidores la importancia de satisfacer los requisitos del cliente y legales, verificado mediante las actas y las comunicaciones internas.	5.1 – Compromiso de la dirección	C	N.A
Se observa la gestión emprendida desde la Oficina Asesora de Planeación y la Secretaria para la consecución de recursos dirigidos al mantenimiento del Sistema, que comprende la capacitación del personal al través de PIC y PAES, recursos para la auditoria de seguimiento y el propósito de		C	Se sugiere ampliar la cobertura de la capacitación programada para la Dirección de Control Interno al grupo de mejoramiento.



Informe de Auditoría Interna

fortalecer el grupo de mejoramiento.			
En el Acta de la revisión por la dirección, realizada en junio de 2014, se evidencia que la política de calidad fue revisada para determinar su adecuación y permanencia, en cumplimiento de este requisito.	5.3 – Política de la calidad	C	Se recomienda revisar la política, una vez culminado el ejercicio de reingeniería para determinar la adecuación de la política de calidad con los requisitos de la norma.
El representante de la dirección evidencia durante la entrevista su responsabilidad de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema, las necesidades de mejora y los avances, verificado en las actas de comité directivo y Desarrollo administrativo del 2014 y 2015.	5.5.2 - Representante de la dirección	C	N.A
Se evidencia que la Oficina Asesora de planeación implementó las recomendaciones establecidas por la Oficina de Control Interno, en la evaluación por dependencias 2014, las cuales fueron incluidas en la planeación 2015 (Indicadores, riesgos, reingeniería).	8.5 - Mejora	C	N.A
Según la norma técnica, “los objetivos de calidad deben ser medibles y coherentes con la política de calidad”, sin embargo, se evidencia que la medición de los objetivos se limita al avance de cada proyecto, pero no existe una medición global por cada objetivo de calidad.	5.4.1 – Objetivos de calidad	OBS	Se recomienda crear un mecanismo de evaluación que refleje la medición de cada uno de los objetivos institucionales.
Se evidencia la identificación de riesgos asociados a los proyectos (ficha de proyectos) y a los procesos (SGI) en la planeación institucional, sin embargo, el seguimiento y control a los riesgos de proyecto no se visualiza en la herramienta institucional (SGI) .	4.1 Lit G 5.4.2 – Planificación del SGC	OBS	Incluir en el SGI los riesgos identificados en los proyectos para su respectivo seguimiento y control.
En los manuales de funciones y los procesos y procedimientos se determina el nivel de responsabilidad y autoridad, sin embargo, el registro denominado “matriz de responsabilidad y autoridad asociado al sistema no se encuentra disponible en la herramienta Calidad-DAFP.	4.2.4 Control de registros	OBS	Se hace necesario crear una política de operación o incorporar dentro del manual de calidad que dicha autoridad o responsabilidad se encuentran identificadas en los manuales funciones y las caracterizaciones.
En la información de entrada para la revisión por la dirección del año 2014 no se incluyó el seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección.	5.6.2 – Información de entrada para la revisión	OBS	Incluir en la revisión por la dirección del año 2015 entre otras entradas el seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección.
En la revisión por la dirección del año 2014 se incluye dentro de la agenda de dicha reunión la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema y sus procesos, la mejora del producto y/o servicio en relación con los requisitos del cliente y las necesidades de recursos, sin embargo,	5.6.3 – Resultados de la revisión por la dirección.	OBS	La revisión por la dirección debe incluir decisiones relacionadas con: La mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema y sus procesos, la mejora del producto y/o servicio en relación con los requisitos del cliente y las necesidades de recursos



Informe de Auditoría Interna

dentro del desarrollo de la misma no se evidencia las conclusiones frente a estos temas.			
Se evidencia que en el informe de gestión del año 2014 se incluye información del aplicativo estadística, y de otras fuentes de información como SIGEP, SUIT, etc., sin embargo, la política de operación N° 9 del proceso de medición se limita únicamente al aplicativo estadísticas.	8.4 - Análisis de datos	OBS	Ajustar la política de operación N° 9 del proceso de medición.
Durante la entrevista a la Jefe de Planeación, manifestó la decisión de la alta dirección frente al tema de cooperación internacional (trasladar esta función al Subdirección) con el fin de que tuviera mayor importancia en la entidad, sin embargo, dicho cambio no se encuentra reflejado en los respectivos manuales de funciones y en los procesos asociados.	4.2.4 Control de registros y 8.5.1 Mejora Continua	OBS	Gestionar el ajuste del manual de funciones de la subdirección y el de la Oficina asesora de planeación, así como incluir en el proceso de direccionamiento el tema de cooperación internacional.

C. Conformidad. 5 **NC**. No Conformidad 0 **OBS**. Observación. 7

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	Participación activa del Asesor de la oficina de planeación y su equipo de trabajo.
Oportunidades de mejora	Definir dentro de la política de operación del proceso de medición (N° 5), las fechas en que se presenta cada informe al Comité Directivo. Documentar las acciones preventivas que estén implementando en la actualidad como: Fortalecimiento de indicadores, SGI, riesgos.
Recomendaciones para auditorías posteriores	El proceso de direccionamiento se auditó de forma fraccionada, se debería generar un solo informe por el proceso y no por las áreas auditadas. Reforzar al equipo auditor en temas específicos de la norma.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los **15** días del mes de **05** del año **2015**.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Andrés Podlesky	Auditado	N/A
Gustavo García	Auditado	N/A
Yovanna A. Cadavid Herrera	Auditor	N/A



FUNCIÓN PÚBLICA
Departamento Administrativo de la Función Pública

Informe de Auditoria Interna

Ruth González

Auditor

N/A



Informe de Auditoría Interna

INSTRUCTIVO.

Auditoría No.: registre el número de la Auditoría de acuerdo con el Programa Anual de Auditorías.

Proceso(s) a Auditar: registre nombre del (los) proceso(s) que se va(n) a auditar.

Dependencia(s): registre el nombre de la(s) dependencia(s) que interfiere(n) en el desarrollo del proceso

Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s): registre el nombre del líder del proceso a auditar (Auditoría interna de calidad) y/o(los) jefe(s) de la(s) dependencia(s) relacionada(s)

Objetivo de la Auditoría: registre el propósito y finalidad de la auditoría, responda las preguntas por qué y para qué se realiza la auditoría.

Alcance de la Auditoría: registre las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el período de tiempo cubierto.

Criterios de la Auditoría: registre las políticas, procedimientos o requisitos (de ley, del producto, de la entidad y del cliente), tenidos en cuenta para realizar la auditoría.

Reunión de Apertura: registre la fecha de la reunión de apertura.

Ejecución de la Auditoría: registre la fecha de la ejecución de la auditoría, especificando desde hasta cuando en formato de día / mes / año.

Reunión de cierre: registre la fecha de la reunión de cierre.

Representante de Calidad: registre el nombre del Representante de la Dirección para el SGC.

Jefe oficina de Control Interno: registre el nombre del Jefe de la Oficina de Control Interno

Auditor Líder: registre el nombre del auditor que realizará las funciones de líder. (El líder de auditoría será uno de los auditores asignados por la Oficina de Control Interno en las auditorías combinadas).

PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS/HALLAZGOS DE LA AUDITORIA

Descripción del hallazgo o situación detectada y/o requisito de la norma: describa los hechos o situaciones que impactan significativamente el desempeño de la entidad. Cuando este haga referencia a un requisito de la Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2009, especifíquelo en esta casilla.

Cuando se realicen auditorías a varios procesos, los hallazgos se deben presentar organizados por proceso, como se indica en la tabla Proceso 1, proceso 2, proceso n.

Cuando se trate de un hallazgo relacionado específicamente con la Norma Técnica de Calidad, se deben incluir el numeral auditado y se deben tipificar los hallazgos así:

C: Conformidad: hallazgo de cumplimiento frente a la norma.

NC: No Conformidad: hallazgo de incumplimiento de requisitos.

OBS: Observación: hallazgo que implica una probabilidad de incumplimiento de requisito.

Recomendaciones: Describa las recomendaciones significativas que podrían contribuir al mejoramiento

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR:

Aspectos relevantes: registre aspectos que considera importantes en el desarrollo de la auditoría

Oportunidades de mejora: registre los aspectos que se pueden mejorar en el proceso.



Informe de Auditoría Interna

Recomendaciones para auditorías posteriores: registre todos los aspectos que considera se deben tener en cuenta para mejorar el desarrollo de posteriores auditorías.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORIA INTERNA:

Nombre Completo: registre el nombre completo de las personas que intervienen en la aprobación del informe de la auditoría

Responsabilidad: registre el papel que cumple cada persona en la auditoría (Auditado, Auditor líder, representante de la Dirección, Jefe Oficina de Control Interno, etc.).

Firma: de las personas que intervienen en le aprobación del informe de la auditoría.