



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	Interna de Calidad No.8	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	30	Mes:	06	Año:	2013
---------------	-------------------------	------------------------------	------	----	------	----	------	------

Proceso(s) a Auditar:	Direccionamiento Estratégico – Subproceso de Comunicaciones
Dependencia(s):	- Dirección - Subdirección - Comunicaciones
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	- Directora: Elizabeth Rodriguez Taylor - Subdirectora: Maria Teresa Russell García - Adriana Bermudez - Asesor
Objetivo de la Auditoría:	Confirmar la continuidad del sistema de gestión de la calidad en el proceso de Direccionamiento Estratégico, mediante la verificación del cumplimiento de los requisitos de ley, de norma, del producto, del cliente y de la entidad establecidos, identificando el mejoramiento continuo aplicado en la gestión de los procesos.
Alcance de la Auditoría:	Dirección, Subdirección y Comunicaciones
Criterios de la Auditoría:	Producto No conforme: (Proceso, procedimientos, procedimientos asociados, ficha técnica) , Control de Documentos y Registros: (Procesos, Procedimiento, Orfeo, Guía elaboración documental, Comunicación, Políticas de Operación), Mejoramiento Continuo: (Procesos, procedimientos, informes, noticias, plan de acción, oportunidades de mejora), Medición, Evaluación y Seguimiento: (planeación, riesgos, indicadores, procesos, procedimientos, informes, plan de acción, informe de auditorías anteriores, Evaluaciones del servicio, peticiones, quejas y reclamos).

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría					Reunión de Cierre					
Día	20	Mes	05	Año	2013	Desde	20/5/13 D/M/A	Hasta	27/5/13 D/M/A	Día	29	Mes	05	Año	2013

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor (es)
Celmira Frasser Acevedo	Luz Stella Patiño Jurado	Andrés Felipe González Rodríguez Biviana Vargas Acompaña: Celmira Frasser Acevedo

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 que el formato de registro para la entrega de las cartillas de Sirvo a mi País, utilizado durante el evento de difusión del portal, realizado en el Ministerio de Transporte el día 22 de mayo de 2013, no está aprobado ante el Sistema de Gestión de Calidad.	4.2.3 Control de documentos	NC	Hacer uso de los formatos establecidos en el sistema o presentar mejoras a los mismos.
En el archivo de gestión de la Dirección se pudo evidenciar que la codificación de la carpeta de “circulares” no corresponde a los códigos establecidos en la Tabla de Retención Documental determinada por el Proceso de Gestión Documental para esta dependencia, incumpliendo con el debido control de registros. En el Subproceso de comunicaciones, se pudo establecer que los correos electrónicos que evidencian la gestión de comunicaciones (citaciones, evidencias, cronogramas, ajustes) no son fácilmente	4.2.4 Control de registros	NC	Realizar los ajustes de acuerdo a la numeración señalada por la TRD – 100 – Despacho del Director.



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>identificables al momento de solicitar la información y por tanto no permitieron encontrar fácilmente la trazabilidad de la gestión.</p> <p>De otro lado, se pudo establecer a través de la entrevista al Subproceso de Comunicaciones, que el plan de comunicaciones no ha sido actualizado para la vigencia 2013.</p>			
<p>Durante la ejecución de la entrevista al Proceso de Direccionamiento y la verificación de los registros de: Actas de Comité Directivo y Revisión por la Dirección, se evidenció el compromiso de la Alta Dirección frente al sistema de Gestión de la Entidad y las acciones emprendidas para el sostenimiento del mismo a través de la gestión de recursos y el seguimiento a los resultados.</p> <p>Se pudo constatar la gestión de la Alta Dirección a través de la formación de 25 nuevos auditores durante el año 2012, y la vinculación de 57 servidores en la planta temporal para reforzar los objetivos de la entidad, servicios y atención del cliente.</p>	5.1 Compromiso de la Dirección 6 Gestión de Recursos	C	
<p>Verificado los resultados del Informe de – medición y análisis de la percepción del cliente externo de junio de 2012, se puede concluir que la Entidad está determinando los requisitos del cliente que se desean medir y que se realiza el seguimiento oportuno a la satisfacción de los servicios ofrecidos en el DAFP.</p>	5.2 Enfoque al Cliente	C	Mantener y mejorar la revisión de la encuesta de satisfacción del cliente.
<p>Se pudo establecer durante la auditoria al Proceso de Direccionamiento Estratégico, que la responsabilidad y autoridad frente a los procesos y al sistema, están debidamente determinadas en la Matriz de Responsabilidad, en el Manual de Funciones, requisitos y Competencias de la entidad, en los procesos y procedimientos, y en las resoluciones internas. Al mismo tiempo éstas han sido socializadas y son de conocimiento para toda la entidad.</p>	5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	C	
<p>Analizada la documentación y registros asociados al proceso (manual de calidad, portafolio de servicios, presentación de inducción, Registros de publicaciones, Aplicativo de Calidad DAFP, Folleto de calidad) Se evidencia que la política de calidad ha sido comunicada a los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, no obstante ésta no ha sido Interiorizada por algunos funcionarios del DAFP entrevistados.</p>	5.3 Política de Calidad	OBS	Se requiere estrategia para generar compromiso de los servidores y así apropiar integralmente la política.
<p>De las entrevistas y revisiones documentales realizadas al proceso en la Dirección General y en la Oficina Asesora de Planeación, se verifica que la revisión al sistema de gestión de la calidad se ha realizado con la periodicidad establecida a través de reuniones de comité, se han considerado todos los elementos de seguimiento sugeridos por la Norma NTCGP1000 y se han tomado decisiones que han permitido mejorar la gestión institucional.</p>	5.6 Revisión por la Dirección	C	



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>De las entrevistas realizadas al personal del Proceso de Direccionamiento Estratégico, se evidencia que algunos de los servidores que han ingresado recientemente, no han recibido inducción frente a la entidad y al Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>Adicionalmente hay funcionarios que pese a que llevan más de 6 meses en la entidad aún no son hábiles en el manejo del aplicativo de Calidad DAFP, herramienta prevista para la administración documental del sistema.</p>	6.2.2 Toma de conciencia	OBS	Se requiere generar toma de conciencia al interior del proceso y realizar seguimiento al proceso de inducción y apropiación de los conceptos de los servidores.
<p>Durante la entrevista al Proceso de Direccionamiento se referencia la realización de un proyecto denominado "Sirvo a mi país", el cual se encuentra en la etapa de mejoramiento del portal y difusión del mismo. Al indagar por la pertinencia de este proyecto al Proceso de Direccionamiento se observa que no está bajo los lineamientos del Sistema de Gestión de la Calidad, no existe planificación del mismo en la herramienta de Planeación institucional SIPLAN, no están definidos los requisitos del producto en el proceso, no hay articulación con los procedimientos definidos y no existe evaluación de los eventos realizados.</p> <p>Es de anotar que existen registros de cronogramas electrónicos e informes de gestión de lo realizado, pero no se encuentran formalizados a la fecha ante el Sistema.</p>	Numeral 7 Realización del Servicio	NC	Realizar las gestiones necesarias para enmarcar estas actividades en los procesos de la entidad y así registrar la información necesaria en los aplicativos de la entidad para su debido control y seguimiento.(SIPLAN – ESTADISTICAS)
<p>Se pudo comprobar que el Proceso de Direccionamiento estratégico tiene definidos indicadores para la medición del proceso, mediante dos fichas de indicadores publicadas en Calidad DAFP, los cuales se encuentran debidamente actualizados. Sin embargo, el subproceso de Comunicaciones, asociado a este proceso, realiza una medición anual de sus indicadores, la cual a la fecha no ha registrado actualización.</p>	8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos	OBS	
<p>Se pudo establecer las acciones de mejoramiento al Subproceso de Comunicaciones, a través del ajuste al plan de difusión en el 2012 y la creación de la matriz de comunicaciones, las cuales se encuentran asociadas al sistema de gestión de la calidad y publicadas en el aplicativo de Calidad DAFP.</p>	8.5.1 Mejora continua	C	
<p>A través de las diferentes entrevistas realizadas al proceso de Direccionamiento estratégico y la revisión documental durante el tiempo de la auditoria, se observar que la estrategia de innovación implementada en el DAFP desde el año 2012 como iniciativa de mejoramiento de la Alta Dirección, sin embargo no se pudo constatar la planificación de este elemento en el sistema SIPLAN, la medición de su implementación, ni el impacto en el sistema documental de la Entidad.</p>	Numeral 7 Realización del Servicio		Realizar las gestiones necesarias para enmarcar estas actividades en los procesos de la entidad y así registrar la información necesaria en los aplicativos de la entidad para su debido control y seguimiento.(SIPLAN – ESTADISTICAS)

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



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	<ol style="list-style-type: none">1. Compromiso, disposición y tiempo de los auditados (Líderes de procesos y subprocesos, así como de sus equipos de trabajo).2. Amplio conocimiento de la Alta Dirección tanto del SGC como de la normatividad vigente y como órgano rector de la política de hacia donde quiere llevar el sistema.3. Se evidenció el compromiso de la dirección para el cumplimiento de los objetivos institucionales, mediante la celebración del convenio con la ESAP que permitió la contratación de la planta temporal (57 funcionarios) por un periodo de cuatro años.4. La Alta dirección y los equipos de trabajo se mostraron receptivos frente a la retroalimentación y recomendaciones derivadas de los aspectos revisados en la auditoría.5. Compromiso de la Alta Dirección al tener en las reuniones de seguimiento un espacio designado para revisar temas de Calidad.6. La Alta Dirección ha venido realizando el cierre de los reportes de mejoramiento que se encontraban abiertos, cumpliendo así con lo dispuesto en el manual de calidad.7. Amplio conocimiento del SGC por parte de los integrantes del subproceso de comunicaciones.8. Las pasantes de la Universidad Javeriana conocen que hace el DAFP y la política de calidad.9. Se evidencia la actualización del mapa de riesgos del subproceso de comunicaciones.10. Se evidencia la actualización de la encuesta de comunicaciones y a su vez se dieron a conocer los resultados de la encuesta por el correo de comunicaciones.11. Se evidencia que entre las mejoras hechas al subsistema de comunicaciones se ha incluido la matriz de comunicaciones.12. El personal nuevo que ha ingresado al subproceso de comunicaciones tiene alto compromiso y autocontrol puesto que a pesar que no ha recibido inducción, conoce el SGC y el subproceso al cual pertenece.13. Proponen mejora a la alta dirección para el componente estratégico y lo van a documentar.
Oportunidades de mejora	<ol style="list-style-type: none">1. La auditoría debe iniciar por la oficina del Director en aras de instar el compromiso de las demás áreas a ser auditadas.2. Se debe trabajar en el compromiso de los funcionarios en explorar el sistema y conocer no solo de su proceso sino de todos los de la entidad.3. Los funcionarios nuevos deben recibir la inducción y familiarizarse con el Sistema de Gestión de Calidad.4. Debe haber un control de registros como lo indica la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009.
Recomendaciones para auditorias posteriores	Actualización oportuna de los reportes de mejoramiento. Hay reportes abiertos pese a que ya se dio el aval para su cierre.

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

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Elizabeth Rodriguez Taylor	Directora	
Andrés Felipe González Rodríguez	Auditor Líder	
Luz Stella Patiño	Jefe Oficina Control Interno	
Celmira Frasser Acevedo	Jefe Oficina Asesora de Planeación	



INFORME DE AUDITORIA 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.

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.