



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<b>AUDITORIA No.</b>	8 Interna de Calidad	<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	31	<b>Mes:</b>	05	<b>Año:</b>	2013
----------------------	----------------------	-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

<b>Proceso(s) a Auditar:</b>	Proceso de Formulación de la Política
<b>Dependencia(s):</b>	Dirección de Empleo Público – Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites
<b>Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):</b>	Maria Teresa Russell Garcia - Claudia Patricia Molano Vargas - María del Pilar García González
<b>Objetivo de la Auditoría:</b>	Confirmar la continuidad del sistema de gestión de la calidad en el proceso de "Formulación de la Política", 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 del proceso.
<b>Alcance de la Auditoría:</b>	Proceso de Formulación de la Política.
<b>Criterios de la Auditoría:</b>	<b>Producto No conforme:</b> (Proceso, procedimientos, procedimientos asociados, ficha técnica) , <b>Control de Documentos y Registros:</b> (Procesos, Procedimiento, Orfeo, Guía elaboración documental, Comunicación, Políticas de Operación), <b>Mejoramiento Continuo:</b> (Procesos, procedimientos, informes, noticias, plan de acción, oportunidades de mejora), <b>Medición, Evaluación y Seguimiento:</b> (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					
<b>Día</b>	20	<b>Mes</b>	05	<b>Año</b>	2013	<b>Desde</b>	20/05/13 D/M/A	<b>Hasta</b>	24/05/13 D/M/A	<b>Día</b>	24	<b>Mes</b>	05	<b>Año</b>	2013

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor (es)
Celmira Frasser Acevedo	Luz Stela Patiño Jurado	Victoria Díaz Acosta Luis Fernando Corredor Acompaña: 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	
Se evidencia que el recurso humano que integra las Direcciones de Empleo Público y Control Interno y Racionalización de trámites tienen conocimiento del mapa de procesos establecido por el Departamento,	4.1 a) Requisitos Generales	C	N/A



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

su secuencia e interacción, así como la identificación e interiorización del Proceso de Formulación de la Política.			
Dentro de la auditoria al Proceso de Formulación se evidenció que los documentos y registros asociados a la gestión del área no están siendo archivados ni controlados como lo establece el Proceso de Gestión Documental y el procedimiento de control de registros, debido a que se desconoce los lineamientos establecidos en dichos documentos.	4.2.4 Control de registros	OBS	Se debe organizar los registros de conformidad a como lo establecen el proceso de Gestión Documental de la Entidad, dando cumplimiento al procedimiento establecido.
Durante la entrevista al Proceso de Formulación, se pudo constatar que se han planteado las mejoras del proceso a través de comunicados a la Dirección, sin embargo estas acciones no se han realizado dentro del mecanismo establecido en el sistema de gestión de la calidad, (Procedimiento de Acciones correctivas y preventivas del Proceso de Medición y Análisis) impidiendo su planificación, ejecución y puesta en operación de manera articulada en el Sistema implementado.	5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad	NC	Se requiere mejorar la cultura de Calidad para el sostenimiento del Sistema al interior de este proceso.
Se evidenció que no existe homogeneidad en las Direcciones auditadas, en los conceptos y la forma de ejecutar y desarrollar el proceso de formulación de política, por cuanto se entrevistó a dos Direcciones Técnicas (Empleo Público y Control Interno) concluyendo que hay diferencias conceptuales en cuanto a la definición de política y por ende la ejecución de la misma.	5.5.3 Comunicación Interna	NC	Se sugiere que las Direcciones identificar y plantear mecanismos de articulación que permitan fortalecer la estandarización del desarrollo del proceso de formulación de política, sus mejoras, seguimiento y medición de la eficiencia, eficacia y efectividad del mismo.



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>Durante la entrevista al Proceso de Formulación se evidencia que no se articula la gestión del área con los lineamientos definidos en el Sistema de gestión de la Calidad y las Políticas de Operación de la Entidad.</p> <p>Es relevante considerando el requisito de asegurar la consciencia y pertinencia de las actividades de los servidores y la contribución a los objetivos institucionales.</p>	<p>6.2.2 (d)</p> <p>Competencia, formación y toma de conciencia</p>	<p>OBS</p>	<p>Se recomienda que se fortalezcan los conocimientos que se tienen sobre el proceso, lo cual le permitirá establecer cuáles son las responsabilidades que le competen</p>
<p>La Entidad ha establecido como requisitos legales y de norma la aplicación de la norma Técnica de Calidad NTCGP1000 en todos sus procesos, Sin embargo, se evidencia que el proceso de Formulación de la política no contempla todos los criterios, secuencia, requisitos generales, al ejecutarse acciones que están por fuera del proceso, sin documentarse dentro del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>Es el caso de la investigación de la convocatoria 1589 del 2012, denominada Proyecto de investigación para formular bases del diseño, implementación y evaluación de una política integral que promueva la innovación y la efectividad en la Administración y Gestión del talento humano, cual se está desarrollando con la ESAP, Colciencias y DAFP y que ejecutará la Universidad de los Andes, y no ha sido modificado el procedimiento incluyendo equipo investigador externo y la intervención de otras Entidades.</p> <p>De igual forma se pudo establecer en la entrevista que estos casos tampoco están determinados en el procedimiento para la formulación de la política Decreto Ley 019 y 2482 de 2012.</p>	<p>7</p> <p>Realización del Producto o Prestación del Servicios</p> <p>4.1</p> <p>Requisitos Generales</p>	<p>NC</p>	<p>Revisar y ajustar el proceso y sus procedimientos para que éstos reflejen las acciones y controles que se ejecutan en el día a día y revisar todas las demás políticas formuladas en el 2012</p>
<p>Los líderes operativos y profesionales que</p>	<p>8.2.3</p> <p>Seguimiento y</p>	<p>NC</p>	<p>Se recomienda incluir en los cronogramas detallados del proyecto transversal, tareas y actividades orientadas a la definición y/o ajuste de</p>



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>participan en la ejecución de actividades del proceso de Formulación, reconocen que los indicadores planteados y publicados en la Carpeta de Calidad DAFP: <i>Eficacia: Número de Políticas Públicas, Eficiencia: Tiempo empleado en la formulación de la Política Formulada por el DAFP y Efectividad: Grado de cumplimiento de todos los requisitos del producto en la política pública formulada</i>, no permiten medir la eficacia, eficiencia y efectividad del proceso.</p> <p>No obstante lo anterior, no se han planteado acciones de revisión, ajuste y mejoras a los mismos, incumpliendo con el seguimiento y la medición de los procesos.</p>	<p>Medición de los Procesos</p>		<p>los indicadores.</p>
<p>No se evidencia el seguimiento a las acciones de control establecidas en los riesgos asociados al proceso publicados en Calidad DAFP : <i>Políticas Inadecuadas e Inaplicabilidad de la política</i>.</p> <p>Este seguimiento está planteado en el DAFP como una acción de prevención para el adecuado desempeño del proceso .</p>	<p>8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos</p>	<p>OBS</p>	

C. Conformidad: 1 **NC.** No Conformidad: 4 **OBS.** Observación: 3

### CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

<p>Aspectos relevantes</p>	<p>Durante el ejercicio de la Auditoría se pudo observar una excelente disposición de los funcionarios, y la actividad se caracterizó por la participación y el compromiso tanto de los auditores y auditados.</p> <p>En la Dirección de Control Interno, se tiene una alta afinidad con la gestión por proyectos.</p> <p>La Dirección de Empleo Público, tiene claramente identificado los roles del gestor y</p>
----------------------------	--



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	facilitar de Calidad.  Es importante reforzar a todos los involucrados, que la responsabilidad de la implementación, mantenimiento y mejora del SGC es de todas las personas involucradas en el proceso, desde el líder operativo hasta los colaboradores.
Oportunidades de mejora	Revisar las cargas de trabajo del Grupo de trámites, debido a que manifiestan sobrecarga lo que impide la correcta documentación, mejora y ejecución de las tareas, seguimientos y controles planteados en el proceso.
Recomendaciones para auditorias posteriores	Ninguna

El informe es entregado electrónicamente el día 7 de junio de 2013 .

### APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Maria Teresa Russell	Cliente Auditoria-Directora ( e )	
Claudia Patricia Molano	Líder de Proceso	
Maria del Pilar García	Líder de Proceso	
Celmira Frasser Acevedo	Líder de Auditoria	
Luis Fernando Corredor	Auditor	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<b>AUDITORIA No.</b>	8 Interna de Calidad	<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	31	<b>Mes:</b>	05	<b>Año:</b>	2013
----------------------	----------------------	-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

<b>Proceso(s) a Auditar:</b>	Proceso de Instrumentalización de la Política
<b>Dependencia(s):</b>	Dirección Jurídica
<b>Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):</b>	Claudia Patricia Hernández
<b>Objetivo de la Auditoría:</b>	Confirmar la continuidad del sistema de gestión de la calidad en el proceso de Instrumentalización de la Política, 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.
<b>Alcance de la Auditoría:</b>	Proceso de Instrumentalización de la Política.
<b>Criterios de la Auditoría:</b>	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					
<b>Día</b>	21	<b>Mes</b>	05	<b>Año</b>	2013	<b>Desde</b>	21/05/13 D/M/A	<b>Hasta</b>	24/05/13 D/M/A	<b>Día</b>	24	<b>Mes</b>	05	<b>Año</b>	2013

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor ( es)
Celmira Frasser Acevedo	Luz Stela Patiño Jurado	Juan Sebastián Jiménez Leal Vanessa Vásquez Ezequiel Rodríguez Acompaña: Olga Lucía 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	
Durante la Entrevista se evidencia conocimiento del mapa de procesos establecido por el Departamento, su secuencia e interacción, así como la identificación e interiorización del Proceso de Instrumentalización de la Política, sus entradas y salidas.	4.1  Requisitos Generales	C	N / A



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Se evidencia compromiso con el Sistema de Gestión de la Calidad y el conocimiento de la Dirección Jurídica respecto al proceso de Instrumentalización	6.2.2 Competencia y Toma de conciencia	C	N/A
Se evidencia la adecuada planeación del Proceso de Instrumentalización mediante la verificación de los proyectos y actividades que hacen parte del proceso, los cuales se guardan adecuadamente y se registran en SIPLAN.	7.1 Planeación	C	N/A
Se evidencia que la debida planeación y seguimiento del Proceso y el cumplimiento a los requisitos de producto, de ley y del cliente en los productos relacionados con el proceso. Se evidenció la planificación (definición de cronogramas, actividades, responsables, etc.) de los instrumentos por parte de cada una de las Direcciones Técnicas en el SIPLAN.	7.1 a) Planificación	C	N/A
Se evidencia que el Proceso mide el impacto de los instrumentos distribuidos mediante una encuesta que se envía junto con el instrumento, y luego de ser diligenciada por parte de las entidades, es enviada al Departamento a través del correo electrónico. No obstante, no fue posible evidenciar que el Proceso está siendo medido a través de los indicadores establecidos, independientemente a que ya realizaron oportunidades de mejora para modificar indicadores que sí midan la eficacia, eficiencia y efectividad del proceso.	8.2.3 Seguimiento y Medición	OBS	Revisar procedimiento e indicadores
No se evidencia en las actas de Comité Directivo de las vigencias 2012 y 2013 el cumplimiento de la actividad No. 3 del Procedimiento Elaboración o Actualización de Instrumentos Técnicos: "Presentar al Comité Directivo la propuesta del tema a instrumentar".	7.1 d Planificación	OBS	Revisar



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>A pesar de que en el SIPLAN se registran los avances de las actividades definidas en los cronogramas de cada uno de los instrumentos, la etapa de verificación no se evidencia en dicho aplicativo. Así como tampoco se pudo verificar en el formato de Producto Servicio No Conforme establecido en el Sistema de Gestión de Calidad.</p>	<p>7.3.5 Verificación</p>	<p>OBS</p>	<p>Actualizar</p>
<p>Se revisaron los correos electrónicos que fueron enviados a los Líderes de Procesos Misionales para la validación de los instrumentos generados en el 2012, así como a las 4 entidades externas, y la publicación de los instrumentos en la página web, el seguimiento de las observaciones que se hacen sobre los instrumentos y la inclusión de los comentarios relevantes. Además el Departamento envía una carta de agradecimiento a las entidades que enviaron sus observaciones, indicando si las mismas fueron tenidas en cuenta o no y Lo cual evidencia el cumplimiento de la etapa de Validación del instrumento.</p>	<p>7.3.6</p>	<p>C</p>	
<p>Durante la auditoria se evidencia que el Documento de Naturaleza Jurídica fue instrumentalizado por la Dirección Jurídica y no ha sido organizado según TRD establecida al área, lo cual no permite un correcto control de registros.</p>	<p>4.2.4 Control de Registros</p>	<p>OBS</p>	<p>Realizar corrección</p>
<p>Se evidenció que el Proceso no está dando uso a la Ficha Técnica de Producto/Servicio/Resultado establecido por el Sistema de Gestión de Calidad para la identificación de los requisitos del producto del Proceso de Instrumentalización, pero si hace un adecuado control de los instrumentos generados, lo cual representa que no se ha actualizado el procedimiento con el proceder actual.</p>	<p>4.2.4 Control de documentos</p>	<p>OBS</p>	<p>Revisar el procedimiento actual y presentar los ajustes respectivos.</p>



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Se evidencia el control realizado al producto entregado al proveedor del servicio de publicación, a través de la supervisión delegada y realizada por el Servidor al contrato por parte del Supervisor del mismo, lo cual evidencia cumplimiento en el control de los servicios tercerizados.	7.4.3 Verificación	C	
No se evidenció el seguimiento a los riesgos establecidos para el Proceso de Instrumentalización y publicados en Calidad DAFP, requisito establecido como control y medición del desempeño de los procesos.	8.2.4 Seguimiento y Medición	NC	.

C. Conformidad.: 6 **NC.** No Conformidad: 1 **OBS.** Observación: 5

### CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	Durante el ejercicio de la Auditoría se pudo observar una excelente disposición de los funcionarios, y la actividad se caracterizó por la participación y el compromiso tanto de los auditores y auditados.  Al realizar el ejercicio de la Auditoría se experimentó un trabajo en equipo, coordinado y organizado que permitió optimizar el tiempo y el intercambio de experiencias y conocimientos para generar un informe que facilite la mejora del proceso de Instrumentalización de la Política.
Oportunidades de mejora	Tomar en cuenta las observaciones de la Auditoría.
Recomendaciones para auditorías posteriores	Se debe garantizar con antelación la disponibilidad de tiempo para los Auditores Internos, y así poder preparar de una manera más efectiva y eficiente, las Auditorías internas de Calidad.

Informe enviado electrónicamente el día 7 de junio de 2013

### APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Maria Teresa Russell	Cliente Auditoria- Directora ( e )	
Claudia Patricia Hernandez	Líder de Proceso	



**Departamento Administrativo  
de la FUNCIÓN PÚBLICA**  
República de Colombia

## **INFORME DE AUDITORIA INTERNA**

Celmira Frasser Acevedo	Líder Auditoria	
Juan Sebastian Jimenez	Auditor	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	Interna Calidad No.8	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	31	Mes:	05	Año:	2013
---------------	----------------------	------------------------------	------	----	------	----	------	------

Proceso(s) a Auditar:	Asesoría y orientación
Dependencia(s):	Desarrollo Organizacional, tramites, Atención al Ciudadano, Grupo de apoyo a la gestión meritocrática
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Alberto Fredy Suarez Castañeda (E)/Claudia Patricia Diaz Vaquero(E)/ Luis Fernando Núñez/ Francisco Amezquita
Objetivo de la Auditoría:	Confirmar la continuidad del sistema de gestión de la calidad en el Proceso de Asesoría y Orientación, 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:	Áreas de Desarrollo Organizacional, Atención al Ciudadano, Meritocracia, Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites
Criterios de la Auditoría:	(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	20/05/13 D/M/A	Hasta	24/05/13 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	John Celestino Garzón Molina Edward Fernando Moyano Montañez Acompaña: Nohora Constanza Siabato

### 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	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>Durante la verificación de los registros en el área de Desarrollo Organizacional, se evidenció que no se lleva el control de acuerdo a lo establecido por el Proceso de Gestión Documental, por cuanto no se encontraba debidamente foliados los archivos donde reposan los registros del proceso de asesoría y orientación, También se encontraron algunos documentos perforados, legajados y con ganchos, lo cual incumple lo establecido en las normas del archivo general de la Nación.</p> <p>Al mismo tiempo, en el Grupo de Atención al Ciudadano se evidencia la falta de foliación de los archivos 2012 y 2013, en los cuales reposan los registros del producto de peticiones, quejas, reclamos, denuncias.</p>	<p>4.2.3 y 4.2.4</p> <p>Control de Documentos y Control de Registros</p>	<p>NC</p>	<p>Revisar las políticas de operación y ajustar la ejecución del Proceso.</p>
<p>No se observa el adecuado control de las versiones vigentes de los documentos relacionados con la Gestión Meritocrática, por cuanto se evidencia el uso de un comunicado externo obsoleto, el cual no coincide con el que se encuentra publicado como vigente en el aplicativo de Calidad DAFP al momento de la Auditoria.</p>	<p>4.2.3.d.</p> <p>Control de documentos</p>	<p>NC</p>	
<p>Durante la entrevista al personal que ha ingresado recientemente a la planta temporal en la Dirección de Desarrollo Organizacional y del Grupo de Atención al Ciudadano se pudo evidenciar que éste conoce el aplicativo de calidad, la ubicación de su proceso, el mapa de procesos, el manual de calidad, los objetivos del Departamento.</p> <p>Sin embargo, no se identifica de la misma forma estos elementos en el Grupo para la Gestión Meritocrática, quienes hacen parte del Proceso de Asesoría y Orientación.</p> <p>Es común para las tres áreas que al</p>	<p>5.4.2 a</p> <p>Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad</p>	<p>OBS</p>	<p>Falta fortalecer el conocimiento frente a los objetivos de Calidad y su ubicación.</p>



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>momento de indagar sobre los objetivos del Sistema de Gestión de calidad se observa dificultad en el concepto y en su ubicación.</p>			
<p>Se pudo constatar que el área de Trámites que no todo el personal conoce el aplicativo dispuesto para el Sistema de Gestión de la Entidad (Calidad DAFP), no ubican su proceso dentro del mapa de procesos, no reconocen el manual de calidad y tampoco la contribución de este área a los objetivos del Calidad y del Departamento.</p>	<p>5.4 Planificación</p>	<p>NC</p>	<p>Se debe reforzar el conocimiento y aporte del SGC a todos los integrantes del área, así como la forma en que las actividades desarrolladas por cada uno impactan el sistema y deben estar articuladas.</p>
<p>Para la verificación del proceso de Asesoría y Orientación en el área de Trámites, se solicitó registro de la información propia del área, indicándonos que se encontraba en el servidor denominado "Yaksa", el cual no se encontraba disponible al momento de la auditoria. Posteriormente y con el restablecimiento del servidor, se pudo constatar los debidos registros.</p> <p>Se hace evidente la influencia de la infraestructura tecnológica para el desarrollo de la gestión del área y la trazabilidad del proceso en cuanto a la disponibilidad y seguridad que determinada la norma técnica de calidad.</p>	<p>6.3 Literal b) Infraestructura</p>	<p>OBS</p>	<p>Se recomienda tener una herramienta alterna para mitigar la situación descrita.</p>
<p>Durante la Auditoria en el área de Trámites se evidenció que la planeación de los proyectos se hace de acuerdo a la disponibilidad de recursos y no a lo establecido en el Sistema de Gestión del DAFP (planeación institucional y planeación del producto/servicio). Adicionalmente, la identificación, medición y análisis de los riesgos no se hace de acuerdo a la metodología establecida.</p> <p>Esto se pudo establecer al momento de</p>	<p>7.1 Planeación de servicio</p> <p>8.2.3 Seguimiento y Medición de los procesos</p>	<p>NC</p>	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

verificar tanto la planeación de los proyectos como el seguimiento a los riesgos, cuando la evidencia demostrada (SIPLAN, cronogramas) no coincide con los registros que define el procedimiento. (Asesoría y Orientación)			
Se evidencia el compromiso de la Alta Dirección en la provisión de recursos para asegurar el cumplimiento de los objetivos del proceso de Asesoría y Orientación, por cuanto se pudo constatar la adquisición reciente de un nuevo software para la aplicación de las pruebas psicotécnicas en el Grupo para la Gestión Meritocrática.	6.1 Provisión de Recursos	C	
Se evidencia la Gestión emprendida en la Dirección de Desarrollo Organizacional para mitigar la materialización del riesgo asociado al proceso, relacionado con la inoportunidad de entrega de la asesoría, mediante el establecimiento de un plan de choque para resolver todas las consultas y asesorías recibidas.	8.5.1 Mejora continua	C	Si bien el plan genera control a la gestión, se recomienda analizar el número del personal dispuesto para esta Proceso por cuanto las estadísticas demuestran un crecimiento de los servicios solicitados y el personal es insuficiente.
Se pudo establecer que no existe articulación del control y la gestión entre las Direcciones que interactúan en el proceso de Asesoría y Orientación, ya que no se evidencia unificación de resultados de los indicadores ni el aporte que cada uno de ellas realiza; tampoco se observa el monitoreo que como Proceso se realiza a los Riesgos identificados. Adicionalmente los indicadores no están evidenciando la capacidad del proceso para alcanzar los resultados y las notas que se registran en las fichas publicadas en el aplicativo de Calidad DAFP reflejan deficiencia en la recolección de los datos.	8.2.3 Seguimiento y Medición	NC	Se recomienda revisar y ajustar los indicadores para que muestren la medición de la totalidad del proceso.



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

De otro lado, se pudo establecer que los indicadores que miden el desempeño del proceso en el Grupo de Atención al Ciudadano no son alimentados con información relacionada con la Atención al Ciudadano definida en la ficha, sino con herramientas que no se encuentran aprobados en el SGC, como hojas de trabajo, que son referenciadas como medición durante la entrevista.			
Durante la revisión al seguimiento de las Oportunidades de mejora generadas por el Grupo de Atención al Ciudadano al Proceso de Asesoría y Orientación, registradas en el aplicativo de Calidad DAFP, Se evidencia que se están realizando revisiones a las acciones planteadas, que se han generado acciones nuevas y que se viene cumpliendo con las actividades definidas.	8.5.1 Mejora	C	Se recomienda seguimiento a las acciones enviadas al Proceso de Medición y Análisis

C. Conformidad: 3 NC. No Conformidad: 5 OBS. Observación: 2

### CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	Disposición en todas las áreas para atender la auditoria durante la entrevista y la recolección de información.  La puntualidad con la cual asumieron la evaluación del proceso
Oportunidades de mejora	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Establecer estrategias de articulación entre las diferentes Direcciones y áreas que intervienen en el proceso de asesoría y orientación.</li><li>2. Mejorar las herramientas y/o aplicativos utilizados en la entidad que garanticen la información disponible del SGC para todos los servidores.</li><li>3. Garantizar la articulación de los proyectos con el Sistema de Gestión con el fin de garantizar que se ajusten a lo establecido en dicho sistema.</li><li>4. Generar cultura en el manejo documental, con capacitaciones y monitoreo permanente por parte de las áreas para asegurar el cumplimiento de lo normado.</li><li>5. Capacitación, inducción y reinducción del personal del DAFP, permanente para asegurar la continuidad del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad.</li></ol>



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	6. Fomentar estrategias que permitan que la calidad sea un estilo de vida laboral.
Recomendaciones para auditorias posteriores	Seguimiento a los hallazgos generados en este informe por parte de los lideres a cargo.

Enviado electrónicamente el día 7 de junio de 2013 .

### APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Marie Teresa Rusell	Cliente Auditoria - Directora ( e )	
Celmira Frasser Acevedo	Líder de Auditoria	
Fernando Berrio Berrio	Líder del Proceso	
Edward Moyano	Auditor	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<b>AUDITORIA No.</b>	Interna No. 8	<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b> 31	<b>Mes:</b> 05	<b>Año:</b> 2013
----------------------	---------------	-------------------------------------	----------------	----------------	------------------

<b>Proceso(s) a Auditar:</b>	Gestión del Talento Humano
<b>Dependencia(s):</b>	Gestión Humana
<b>Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):</b>	Sylvia Cristina Puente Alvarez-Correa /Angélica Carolina Cicery
<b>Objetivo de la Auditoría:</b>	Confirmar la continuidad del Sistema de Gestión de la Calidad en el proceso de Gestión del Talento Humano, 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.
<b>Alcance de la Auditoría:</b>	Proceso y Procedimientos de Gestión del Talento Humano y los documentos asociados
<b>Criterios de la Auditoría:</b>	<b>Producto No conforme:</b> (proceso, procedimientos, procedimientos asociados, ficha técnica), <b>Control de Documentos y Registros:</b> (procesos, procedimiento, Orfeo, guía elaboración documental, comunicación, políticas de operación), <b>Mejoramiento Continuo:</b> (procesos, procedimientos, informes, noticias, plan de acción, oportunidades de mejora), <b>Medición, Evaluación y Seguimiento:</b> (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						
<b>Día</b>	23	<b>Mes</b>	05	<b>Año</b>	2013	<b>Desde</b>	23/05/13 D / M / A	<b>Hasta</b>	24/05/13 D / M / A	<b>Día</b>	24	<b>Mes</b>	05	<b>Año</b>	2013

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor (es)
Celmira Frasser Acevedo	Luz Stella Patiño Jurado	Lina Marcela Cuadros Pineda Marianela Bravo Ruth Martínez Acompaña: Albeniz Salinas

### 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	
Al analizar el contenido del procedimiento de <i>Evaluación del Desempeño</i> , asociado al proceso de Gestión Humana, se detecta que no se encuentra actualizada la		OBS	Se recomienda registrar la información correspondiente al período de agosto de



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

información de las evaluaciones correspondientes al segundo semestre del 2012 en el registro electrónico que determina el procedimiento.	4.1  Requisitos Generales		2012 a enero de 2013.
<p>Al evaluar el aplicativo de calidad e ingresar al Manual de Calidad, se evidencia que en dicho manual no se presentan los 7 procedimientos asociados al proceso descritos en el aplicativo de Calidad DAFP, por cuanto falta incluir un procedimiento denominado <i>Expedición de Certificaciones Para Pensiones y/o Bono Pensional</i>.</p> <p>Al mismo tiempo, se evidenció que la actividad 2 del procedimiento de <i>Ingreso y permanencia del personal</i>, hace referencia a un registro de planta de personal electrónico, sin embargo, se observa que manejan una matriz de vacantes que no hace parte del procedimiento.</p> <p>De otro lado, Se identificó que el procedimiento de Nómina está desactualizado, en cuanto hace referencia al sistema PERNO, el cual fue reemplazado por el SIGEP, lo cual no permite establecer de manera clara los registros de las actividades del mismo.</p>	4.2.3 (b)  Control de documentos	<b>NC</b>	Ajustar los procedimientos y el manual de Calidad con los procedimientos del proceso.
<p>Durante la Auditoria se evidencia el cumplimiento de las Políticas de comunicación ya que las decisiones tomadas en el Comité Directivo se socializan por la (el) Líder Estratégica (o), en reuniones con los Coordinadores y la Líder Operativa a su vez las socializa al interior del grupo en reuniones informativas.</p> <p>Esto se puede evidenciar a través de los registros de las reuniones del área.</p>	5.5.3	<b>C</b>	
Durante el análisis de la información del Procedimiento de Bienestar, Salud Ocupacional y capacitación, relacionado proceso de Gestión Humana, se encontraba desactualizada por cuanto en el	4.2.1.d  Gestion	<b>NC</b>	•



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

mes de mayo aún no habían sido incluidos los Planes de Bienestar y Capacitación de la vigencia 2013 y se encontraban publicado en la Carpeta de Calidad DAFP los planes del año 2012, lo que demuestra incumplimiento en el control de los documentos y las políticas de operación de la Gestión documental.	Documental		
Al solicitar la evidencia de concertación de actividades del servidor Raul Casquete, empleado de planta temporal, se evidenció que ésta se registró en el formato correspondiente a un empleado de carrera inicialmente y que luego fue modificado por un nuevo formato de seguimiento a las actividades del servidor de planta temporal, sin el debido control en cuanto a la anulación del registro anterior.	4.2.4 Control de Registros	<b>OBS</b>	Se evidenció que se realizó la concertación de actividades y se solicitó la anulación del formato utilizado inicialmente.
Al solicitar la carpeta del <i>consulta y préstamo de documentos y registro</i> del área de Gestión Humana, se observa que no se encuentra identificado el registro de préstamo de hoja de vida, por cuanto no aparece el nombre, quien presta y quien recibe, ni tampoco la fecha de devolución de la misma. Este registro corresponde a la fecha 26 de marzo del 2013. Al mismo se observa en dicho registro que no existe control sobre el préstamo de las historias laborales ni el cumplimiento de las política de operación de la Administración de Historias laborales, sobre la autorización por parte del líder operativo del préstamo de estos documentos.	7.5.3 Propiedad del Cliente	<b>NC</b>	Debe seguirse la política de Calidad relacionada con el préstamo de historias laborales.
Al preguntar durante la entrevista al Proceso de Gestión Humana sobre las políticas de operación, el proceso a cargo y los procedimientos asociados, se concluye que no son conocidas ni ubicadas en el aplicativo de Calidad DAFP dispuesto para este fin; de igual manera se evidenció que se presenta confusión entre los proyectos que se desarrollan en el SIPLAN y los procedimientos que hacen parte del proceso.	6.2.2 (d)	<b>OBS</b>	Establecer mecanismos de interacción que permitan apropiarse más del sistema, apoyarse en el aplicativo para su gestión institucional.



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>Al revisar los indicadores establecidos por el proceso y publicado en el aplicativo de Calidad DAFP, se observa que las fichas de los indicadores denominados: <i>personal competente, capacitación y bienestar social</i>, se encuentran desactualizados durante el primer trimestre del 2013.</p> <p>Incumpliendo con la oportunidad de la medición y seguimiento del desempeño del proceso.</p>	<p>8.2.3</p> <p>Seguimiento y Medición de los Procesos</p>	<p><b>NC</b></p>	<p>Se deben realizar la medición de acuerdo con la periodicidad establecida</p>
<p>Se identifica, en la revisión al Procedimiento de Evaluación del Desempeño, que la concertación de compromisos de los acuerdos de gestión de los Gerentes Públicos del DAFP en el año 2012, no se realizó en el primer mes del año, ni se evidencia el respectivo seguimiento en el mismo año.</p> <p>Adicionalmente, el registro de evaluación del Gerente Público (Claudia Hernandez ) no tiene la fecha de ejecución.</p> <p>En relación con el 2013, a la fecha de la Auditoría, la concertación no se encontraba firmada por los respectivos gerentes y no se encontraba la correspondiente a la Ingeniera Victoria Eugenia Díaz.</p>	<p>6.2.2</p> <p>Competencia y toma de conciencia</p> <p>4.2.4</p> <p>Control de registros</p>	<p><b>NC</b></p>	<p>Se debe tener en cuenta la política de operación del Departamento.</p>
<p>Al revisar la normatividad vigente del <i>procedimiento de Seguridad Social y Parafiscales</i>, se verifica que no se encuentran relacionadas en el normograma del proceso las siguientes normas, las cuales están referenciadas en el Procedimiento: Decreto 1465 de 2005, Decreto 1465 del 2005, resolución 1303 del 2005, Decreto 1931 del 2006 y Decreto 1670 del 2007. Adicionalmente el año registrado la ley 100, no corresponde al de su expedición.</p> <p>Lo anterior evidencia falta de control en los registros y en la planificación del área.</p> <p>.</p>	<p>7.1.</p> <p>Planificación del Servicio</p>	<p><b>OBS</b></p>	<p>Se debe actualizar el Normograma.</p>
<p>Se evidencia, en la fecha de la auditoría al</p>			



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>proceso de Gestión Humana, que no se han cerrado los siguientes Reportes de Mejoramiento: 225-2011, 271-2011, 363-2011, 372-2011, 374-2012, 375-2012, 386-2012, 390-2012.</p> <p>Lo cual no da cumplimiento a la toma de acciones sin demora injustificada por el proceso.</p>	8.2.2  Auditorias	<b>NC</b>	Solicitar el cierre de las acciones a la Oficina de Control Interno.
<p>Se evidencia el compromiso con la Mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad la mediante la generación de planes de mejoramiento al proceso de Gestión Humana originados el Grupo de trabajo del área y enviados al Proceso de Medición y Analisis oportunamente.</p>	8.5.1  Mejora Continua	<b>C</b>	

**C.** Conformidad: 2 . **NC.** No Conformidad: 6 **OBS.** Observación: 4

### CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cabe resaltar la excelente disposición del personal auditado para atender la auditoria y al equipo auditor, además la presencia de los líderes estratégico y operativo durante el desarrollo de la auditoría.</li><li>• Los Líderes estratégico y Operativo del proceso de Gestión del Talento Humano conocen el Sistema de Gestión de Calidad y el proceso.</li><li>• Se resalta que el proceso de Gestión Humana, realizó en el tiempo establecido la planeación anual, sin embargo no se tuvo en cuenta que los procedimientos fueron modificados al igual que los formatos, y por tanto deben ser formalizado dentro del sistema.</li><li>• El sistema de Gestión de Calidad se da a conocer a través de las inducciones que se realizan al personal que ingresa a la Entidad.</li><li>• Se recomienda hacer seguimiento a algunas de las actividades incluidas dentro de los procedimientos del proceso de Gestión Humana, en especial las relacionadas con las tutorías al nuevo personal que ingresa a la entidad, las inducciones y reinducciones.</li></ul>
Oportunidades de mejora	<ul style="list-style-type: none"><li>• Para el procedimiento de Bienestar, Salud ocupacional y Capacitación se sugiere, establecer actividades separadas en cada uno de los Planes que se obtienen como producto dentro del procedimiento, teniendo en cuenta la normatividad establecida para este fin y para que en la gestión del área se</li></ul>



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	refleje todas las actividades en el respectivo procedimiento, así como en la Tabla de Retención Documental, ya que permite tener un mayor control de la gestión del área.
Recomendaciones para auditorias posteriores	NA

Se envía informe electrónico el día 7 de junio de 2013

### APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Elizabeth Rodriguez Taylor	Directora	
Celmira Frasser Acevedo	Representante Alta Dirección	
Luz Stella Patiño	Lider de Auditoria	
Sylvia Puente/Carolina Cicery	Lider del Proceso	
Marianela Bravo	Auditor	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<b>AUDITORIA No.</b>	Interna No.8	<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	31	<b>Mes:</b>	05	<b>Año:</b>	2013
----------------------	--------------	-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

<b>Proceso(s) a Auditar:</b>	Gestión Administrativa
<b>Dependencia(s):</b>	Grupo de gestión Contractual y Servicios Administrativos
<b>Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):</b>	Sylvia Puente /Doris Atahualpa y David Alejandro Molina
<b>Objetivo de la Auditoría:</b>	Confirmar la continuidad del sistema de gestión de la calidad en el proceso de "Gestión Administrativa", 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 del proceso.
<b>Alcance de la Auditoría:</b>	Proceso de Gestión Administrativa y documentos asociados, Grupo de Servicios Administrativos, Secretaria General, Grupo de Gestión Contractual y Almacén.
<b>Criterios de la Auditoría:</b>	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						
<b>Día</b>	23	<b>Mes</b>	06	<b>Año</b>	2013	<b>Desde</b>	23/05/13 D/M/A	<b>Hasta</b>	24/05/13 D/M/A	<b>Día</b>	24	<b>Mes</b>	05	<b>Año</b>	2013

<b>Representante de Calidad</b>	<b>Jefe oficina de Control Interno</b>	<b>Auditor (es)</b>
Celmira Frasser Acevedo	Luz Stella Patiño	Yeani Gabriela Lopez Harold Herreño Miguel Paez Acompañante: Olga Lucia Arango



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

### 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 pudo evidenciar en el área de recepción de la entidad que el formato para el ingreso y retiro de equipos de cómputo de los visitantes y servidores del DAFP, no está siendo registrado adecuadamente la entrada y salida de equipos, lo cual no permite el debido control de los ingreso y retiro de equipos establecido en el proceso de Servicios Administrativos. Evidenciado en el registro salida e ingreso de elementos	4.2.4 Control de los registros	NC	Revisar y actualizar los procedimientos y los protocolos establecidos en el departamento
Revisada la carpeta que contiene el formato de control de consulta y préstamo de documentos en el Grupo de Gestión Contractual, se observa que en muchos casos no se identifica la devolución de las carpetas en préstamo (inclusive desde el año 2012) y que existen registros diligenciados a lápiz, lo cual no da cumplimiento al debido control de los registros	4.2.4 Control de Registros	NC	Generar mayor control sobre los registros y ofrecen capacitación a los servidores sobre la administración de los documentos y registros.
Durante la entrevista realizada al grupo de vigilancia del DAFP en el desarrollo de la Auditoria, se pudo verificar que el personal identifica y reconoce la misión de la entidad y conoce la gestión institucional, sin embargo, manifiesta el personal de vigilancia auditado no haber recibido inducción en el puesto de trabajo frente a los protocolos de	5.1.a Responsabilidad de la Dirección	OBS	Realizar inducción al personal nuevo de la entidad.



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

atención y las políticas de la entidad.			
Evidenciado el Normograma asociado al proceso de la Gestión Administrativa publicado en la carpeta de Calidad DAFP, se observa que no ha sido actualizado con algunas normativas que afectan la ejecución contractual, entre ellas: (Dec. 734 de 2012, Ley 019 de 2012). Al mismo tiempo, se verifica que los procedimientos relacionados al proceso no han sido actualizados frente a dichos cambios normativos	5.4.2 b Planificación	<b>NC</b>	Actualizar el Normograma y ajustar los procedimientos asociados al proceso.
A pesar que existe el Acto Administrativo que crea un nuevo grupo asociado al proceso y define las funciones para los dos grupos del proceso (Servicios Administrativos y Gestión Contractual), en la Caracterización del proceso no se encuentran identificada la responsabilidad ni las actividades de cada uno de ellos.	5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	<b>NC</b>	Actualizar la caracterización del proceso.
El procedimiento de Caja Menor Etapa 1- Apertura del proceso de Gestión Administrativa, establece las funciones y responsabilidad de la administración de la caja menor, sin embargo, durante la entrevista al funcionario que apoya dichas funciones no le ha sido comunicada la responsabilidad y alcance de sus actividades.	5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	<b>OBS</b>	Revisar, actualizar y socializar el procedimiento establecido para el manejo de caja menor.
Durante la entrevista al Grupo de Servicios Administrativos se evidenció el conocimiento y la gestión para la consolidación del plan de necesidades	7.1 Planificación de la prestación de la realización del	<b>C</b>	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

de la Entidad y la elaboración del plan de compras, lo que determina un cumplimiento de la planeación del servicio en el proceso.	producto o prestación del servicio		
En el área del Almacén se identifica el cumplimiento de norma frente al control de bienes y servicios, la identificación y trazabilidad y la preservación del producto, adicionalmente un pleno conocimiento de los servidores del área de su proceso y sus actividades.	7.5 Producción y prestación del servicio	<b>C</b>	

**C.** Conformidad: 2 **NC.** No Conformidad: 4 **OBS.** Observación: 2

### CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	El trabajo en equipo evidenciado en el Grupo de Servicios Administrativos, la organización del Almacén, el amplio conocimiento del Grupo de Servicios Administrativos en cuanto a la entidad y su responsabilidad, la coherencia de los dos grupos en un mismo proceso, la interrelación de la gestión de los dos grupos.
Oportunidades de mejora	Realizar seguimiento a las acciones preventivas y correctivas de acuerdo a las mejoras que el grupo va identificando. Realizar capacitaciones de conocimiento y acercamiento con los integrantes de los grupos. Actualizar de manera permanente los documentos asociados al proceso.
Recomendaciones para auditorias posteriores	Verificar los ajustes a los cambios sugeridos y a los hallazgos establecidos.

Informe enviado el 31 de mayo de 2013

### APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



Departamento Administrativo  
de la **FUNCIÓN PÚBLICA**  
República de Colombia

## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Maria Teresa Russell	Cliente Auditoria – Directora ( e )	
Celmira Frasser Acevedo	Líder de Auditoria Calidad	
Sylvia Cristina Puente	Líder del Proceso	
Yeani Gabriela Lopez	Auditor	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	Interna No.8	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	31	Mes:	05	Año:	2013
---------------	--------------	------------------------------	------	----	------	----	------	------

Proceso(s) a Auditar:	Gestión Documental
Dependencia(s):	Grupo de Gestión Documental
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Sylvia Cristina Puentes – Magda Carolina Cardozo
Objetivo de la Auditoría:	Confirmar la continuidad del sistema de gestión de la calidad en el Proceso de Gestión Documental, 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:	Procesos de la entidad, exceptuando: Medición y Análisis, Difusión y Financiera.
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					
<b>Día</b>	23	<b>Mes</b>	05	<b>Año</b>	2013	<b>Desde</b>	23/05/13	<b>Hasta</b>	24/05/13	<b>Día</b>	24	<b>Mes</b>	05	<b>Año</b>	2013
							D/M/A		D/M/A						

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor (es)
Celmira Frasser Acevedo	Luz Stela Patiño Jurado	William E. Cortez Gómez Martha Juzga Lugo Acompañante: Luz Mary Riaño C.

### 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	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Revisado el Manual de Calidad, en el marco de la Auditoria al Proceso de Gestión Documental, se encuentra que la política y los objetivos de calidad, están documentados, así como descritos los procedimientos del proceso de Gestión Documental cumpliendo con lo establecido en la norma de calidad.	4.2.1	C	
De la revisión efectuada al procedimiento control de documentos, se encontró que no se siguen las actividades descritas en él, lo que impide la estandarización y control dado que se evidencia que por ejemplo en las actividades 1, 3, 12 y 13 no tiene participación directa; esto diluye la responsabilidad frente a la aprobación, revisión y actualización del documentos del SGC, lo que llevaría a incumplir lo establecido en la Norma NTC GP 1000-2009.	4.2.3 lit. b	OBS	Efectuar revisión al Proceso de Gestión Documental y la responsabilidad del Coordinador frente a las actividades descritas.
Se evidencio que el aplicativo Orfeo, que es el instrumento a través del cual se maneja la documentación que ingresa y sale del departamento, no permite realizar un efectivo control a la oportuna respuesta de las peticiones, lo cual puede generar incumplimiento en los términos establecidos en la Resolución interna No. 638-2012	4.1.c	OBS	Realizar control por parte de los líderes de proceso, para dar respuesta oportuna a las peticiones, hasta tanto se adecue el aplicativo y se valide su funcionalidad.
De la revisión a los documentos que se llevan en forma electrónica en el Departamento, se encuentra que no se han establecido políticas de controles de manejo de los mismos, lo que impide su control y afecta la calidad del producto final entregado a los usuarios en relación con la confiabilidad de la información.  Esto se pudo constatar durante la entrevista al proceso de Gestión Documental, cuando se responde en las áreas sobre la información publicada en el servidor "Yaksa"	4.2.3.	OBS	Solicitar a la alta Dirección la formulación de una política en la materia, con los respectivos controles para su aplicación por parte de los líderes de proceso.



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>De la revisión efectuada al procedimiento control de registros, se encontró que no se siguen las actividades descritas en él y no se ha transferido la información correspondiente al Archivo Histórico, lo que impide el cumplimiento de lo estipulado a la Normatividad del Archivo General de la Nación, en especial al Decreto 998 de 1997</p>	4.2.4	OBS	<p>Efectuar revisión al Procedimiento y aplicar los controles para que este se siga en el desarrollo permanente de las actividades de los procesos;</p> <p>Organizar la documentación de acuerdo con los requisitos de normatividad vigente, verificarlos y disponerlos en las condiciones adecuadas para la correspondiente transferencia, asignando personal capacitado para este propósito.</p>
<p>De la revisión efectuada al procedimiento, de control de registros se encontró que no se aplican las Tablas de Retención Documental, lo que impide el cumplimiento de lo estipulado en la Ley 594 y el acuerdo 042 de 2002 y las actividades del proceso; además se observó que el inventario documental solo está a partir del año 2011 y hacia a tras, no existe inventario alguno</p>	4.2.4	NC	<p>Revisar la actualización de las Tablas de Retención Documental y una política de operación donde haga visible la responsabilidad cumplimiento por parte de los líderes del proceso.</p>
<p>Se evidencia que no se están llevando a cabo los controles establecidos en el Procedimiento de control de documentos, necesarios para el almacenamiento, la protección y la recuperación de los registros, lo que impide el cumplimiento de lo estipulado en el procedimiento de control de registros del DAFP y las normas de Archivo vigentes.</p>	4.2.4	NC	<p>Solicitar a la Dirección un espacio físico que tenga las características necesarias para el mantenimiento de registros y un funcionario operativo con el perfil establecido por la líder del proceso según las normas que lo rigen</p>
<p>Se pudo evidenciar que a pesar de que hay solicitudes por parte de la líder operativa de los recursos económicos, humanos y de infraestructura para apoyar la gestión en el archivo y dar cumplimiento a los requisitos legales del AGN y de norma, éstos no han sido suministrados a la fecha.</p>	5.1 e	NC	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Se evidencia el aporte para el mejoramiento del proceso en las acciones de mejora presentadas por el Grupo de Gestión Documental, tales como: revisión de la codificación de las áreas, entrega copia de recibido al usuario digitalizada, el diseño de nuevas funcionalidades en el aplicativo Orfeo, las cuales están próximas a implementarse	8.5	C	Implementar las acciones y continuar la revisión de la codificación de las áreas de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación, así mismo, se debe programar dentro del presupuesto una partida presupuestal para digitalizar los documentos de años anteriores.
Se pudo evidenciar la comunicación que realiza el Proceso de Gestión Documental cuando realiza cambios al proceso, como los efectuados cuando se ajustaron los formatos de comunicados internos, externos, actas en el año 2012. Los cambios se comunicaron por correo electrónico a toda la entidad.  Sin embargo, se requiere hacer un seguimiento para el cumplimiento de los cambios por parte del líder del proceso.	5.5.3	OBS	
Revisados los indicadores del proceso de Gestión Documental formulado para las TRD y para correspondencia, registrado en el aplicativo de Calidad DAFP como medición del proceso, se pudo establecer que no suministran la información que permita a la alta dirección la toma de decisiones.	8.2.3	OBS	Se requiere revisar y reformular los indicadores, para que sirvan en el mejoramiento del proceso.
De la indagación realizada frente a los reportes de mejoramiento levantados como resultado de las auditorias anteriores, se evidencia que se ha dado cumplimiento a las acciones allí propuestas pero no se documentaron mostrando el cumplimiento de las metas.	8.2.3	OBS	

C. Conformidad: 2 NC. No Conformidad: 3 OBS. Observación: 8



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

### CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	La líder del proceso, mostró conocimiento y aplicación de la Normatividad que lo regula. La disposición de la coordinadora del grupo y su equipo de trabajo para atender la auditoria. La gestión adelantada por la coordinadora del grupo desde su llegada al Departamento, por el conocimiento y el deseo de organizar la gestión documental de acuerdo con las normas archivísticas. Se destaca el iniciar el registro del inventario documental por área el cual facilita la consulta de los archivos transferidos al archivo central. El acompañamiento brindado a todas las áreas para la organización de sus archivos.
Oportunidades de mejora	Suministrar los recursos requeridos tanto de personal como físicos, para poder organizar adecuadamente los archivos en el archivo central,  El archivo del Grupo de Gestión Meritocrática requiere una intervención inmediata para poder brindarle el adecuado tratamiento a los registros que poseen desde la creación del Grupo
Recomendaciones para auditorias posteriores	Revisar el cumplimiento de las acciones generadas en este informe.

Enviado electrónicamente el día 31 de mayo de 2013

### APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Maria Teresa Russell	Cliente Auditoria - Directora ( e )	
Celmira Frasser Acevedo	Líder de Auditoria	
Sylvia Cristina Puente	Líder del Proceso	
Magda Carolina Cardozo	Líder del proceso	
William Cortez	Auditor	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	8 Interna de Calidad	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	24	Mes:	05	Año:	2013
---------------	----------------------	------------------------------	------	----	------	----	------	------

Proceso(s) a Auditar:	Administración de la Tecnología Informática
Dependencia(s):	Oficina de Sistemas
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Ing. Victoria Eugenia Díaz Acosta
Objetivo de la Auditoría:	Confirmar la continuidad del sistema de gestión de la calidad en el proceso de la Tecnología Informática, 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:	Procesos de la Tecnología Informática y los documentos asociados
Criterios de la Auditoría:	<b>Producto No conforme:</b> (Proceso, procedimientos, procedimientos asociados, ficha técnica) ; <b>Control de Documentos y Registros:</b> (Procesos, Procedimiento, Orfeo, Guía elaboración documental, Comunicación, Políticas de Operación), <b>Mejoramiento Continuo:</b> (Procesos, procedimientos, informes, noticias, plan de acción, oportunidades de mejora), <b>Medición, Evaluación y Seguimiento:</b> (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	21/05/2013 D/M/A	Hasta	23/05/2013 D/M/A	Día	24	Mes	05	Año	2013

Representante de Calidad	Jefe oficina de Control Interno	Auditor (es)
Celmira Frasser Acevedo	Luz Stella Patiño Jurado	Gerardo González Pardo Magda Carolina Cardozo Acompaña: Nancy Mabel Meneses

### 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: Administración de la Tecnología Informática			
Se realizó planeación de las necesidades de infraestructura (software, hardware, bases de datos, servicios de apoyo tecnológico), articulado a la planeación institucional, prioridades de la Dirección del DAFP, lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y programas como Gobierno en	7.1. Planificación		



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>Línea – GEL.</p> <p>Registros observados:</p> <p>Plan de Necesidades de Inversión 2013 – Enero 2013 v1_22_01_2013</p> <p>Proyecto candidatos 2013 Planeación (Nombre, Política, Meta, Duración)</p>	<p>de la realización del producto o prestación del servicio.</p>	<p>C</p>	
<p>Se evidenciaron documentos de salidas que no están acorde a las establecidas en la caracterización del proceso de las Administración de la Tecnología Informática, en las diferentes etapas del ciclo (Planear, Hacer, Verificar y Actuar – PHVA).</p> <p>Fueron requeridos los registros de las solicitudes de necesidades por parte de las Áreas del DAFP, para elaborar el Informe de identificación de necesidades de hardware y software, los cuales no fueron aportados.</p>	<p>4.2.4 Control de registros.</p>	<p>OBS</p>	<p>Los registros deben corresponder según lo establecido en el proceso.</p> <p>Las salidas del proceso son:</p> <p>Plan Estratégico Proceso de Administración de la Tecnología Informática.</p> <p>Informe consolidado de solicitudes de soporte y mantenimiento.</p> <p>Informe de identificación de necesidades de hardware y software.</p> <p>Avance del Plan Estratégico Proceso de Administración de la Tecnología Informática.</p> <p>Informe Anual de Estado de Infraestructura Tecnológica.</p> <p>Informe de Resultados de la Encuesta de Verificación de la solución de software.</p> <p>Se requiere solicitar a las áreas de la Entidad las necesidades de Infraestructura Tecnológica.</p>
<p>Los recursos financieros se gestionaron según la proyección de necesidades que hizo la Oficina de Sistemas, articulado a los lineamientos y metodología de la Oficina Asesora de Planeación y el DNP. Desde 2008 se realizó proyección de necesidades, y en 2009 se formuló el proyecto de inversión: <b>Mejoramiento de la Gestión de las Políticas Públicas, a través de las Tecnologías de Información - TICs.</b>, el cual ha sido</p>			<p>Se destaca el seguimiento mensual realizado a la ejecución de los recursos del proyecto de inversión, y los proyectos de la Oficina inscritos en SIPLAN, por parte de los responsables, para dar a conocer a todo el equipo de trabajo la metodología y planeación del proyecto, líneas de tiempo, los semáforos de avance y el seguimiento por contrato de los recursos (inversión y</p>



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>actualizado año a año y cuenta con solicitud de recursos hasta la vigencia 2017. El avance de ejecución fue consultado en el portal de Seguimiento a Proyectos de Inversión: <a href="https://spi.dnp.gov.co/">https://spi.dnp.gov.co/</a> , a Diciembre 2012, consolidado y registrado por el Área Financiera, reflejó:</p> <p>Avance físico: 96,6%</p> <p>Avance gestión: 97%</p> <p>A nivel de pago: \$3.387'252.452,54.</p> <p>Fue evidenciado y recibido por e-mail el Informe a 31 de Diciembre de 2012 Proyecto de Inversión.</p>	6.1. Provisión de recursos	C	<p>funcionamiento).</p> <p>Revisar la viabilidad de réplica en las demás áreas del Departamento para fortalecer el seguimiento de los proyectos de inversión, a través de esta metodología.</p> <p>Igualmente, el reporte de avance periódico al Comité de Contratación para monitoreo conjunto.</p>
<p>El avance en el SIPLAN de los proyectos registrados por la Oficina de Sistemas para el año 2012, presentó una ejecución en todos los proyectos del 100%.</p> <p>Se evidenció el reporte a través del aplicativo: SIPLAN 2012.</p>	7.1.d. Planificación de realización del producto o prestación del servicio.	C	
<p>En relación con las acciones adelantadas para cumplir el objetivo institucional y de calidad, relacionado con las TIC's, se observó completo conocimiento de este objetivo y relación con las responsabilidades de la Oficina, se mencionan oportunidades de mejora en las versiones de los sistemas de información tales como: SUIT versión 3 para Racionalización de Trámites a los Usuarios, el cual es desarrollado con estándares de buenas prácticas internacionales. Igualmente, la MESA DE AYUDA SOPORTE TÉCNICO - PROACTIVANET, aplicativo para el soporte y servicio de mantenimiento oportuno en la Entidad, sin embargo éstas no se han documentado en el Sistema de Gestión del DAFP.</p>	8.5.1 Mejora Continua	OBS	<p>Se recomienda registrar las oportunidades de mejora para el soporte y servicio de mantenimiento de la infraestructura tecnológica en el DAFP. Así como la revisión de los procedimientos establecidos para que lo realizado en el proceso esté acorde con el Sistema de Gestión de la Calidad.</p>
<p>El proceso cuenta con una Mesa de Ayuda o Punto de Contacto, para atender todas las solicitudes de soporte y servicio de mantenimiento el cual fue atendido por la herramienta Help Desk hasta el 30 de marzo de 2013 y a partir del 1 de abril de 2013 por el nuevo aplicativo</p>			



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>PROACTIVANET, el cual aún está en prueba y que cuenta con niveles de servicio por jerarquía y servicios críticos, para dar respuestas oportunas y generando alertas (en tiempo) para los roles de Administrador (80%), Técnico (60%) y el Jefe de la Oficina de Sistemas (100%).</p> <p>Se evidenció registro del contrato No.036-2012 de Mantenimiento, que contó con trámite de vigencias futuras, lo cual garantiza la continuidad del servicio para el 2014.</p>	<p>7.1.d. Planificación de realización del producto o prestación del servicio.</p>	<p>C</p>	
<p>Se tiene implementado el monitoreo y seguimiento a los riesgos del proceso para garantizar el correcto funcionamiento de los sistemas de información SUIP, SIGEP, SIPLAN, ORFEO, ESTADÍSTICAS, y el Portal Web de la entidad.</p> <p>Se evidenció el registro de las mediciones mensuales de los indicadores de los riesgos establecidos en el proceso y en el catálogo de servicios, denominado: Seguimiento - Indicadores_2012.xls</p> <p>Sin embargo, no se tiene el registro de las mediciones de los indicadores de los riesgos de Enero a Abril de 2013.</p>	<p>8.2.3 Seguimiento y Medición</p>	<p>OBS</p>	<p>Se requiere efectuar las mediciones de los indicadores de los riesgos del proceso y del catálogo de servicios de Tecnologías de Información, correspondiente a los meses de Enero a Abril de 2013.</p>
<p>Se solicitó realizar corrección inmediata al texto de la interpretación de los resultados en la medición del indicador de efectividad asociado al Proceso de Administración de la Tecnología Informática, el cual no registra avances para los meses de enero y marzo de 2013, y se evidenció justificación en un informe separado.</p>	<p>4.2.4 Control de Registros</p>	<p>C</p>	<p>Se evidenció a través de Calidad_Dafp el ajuste de la redacción en la interpretación de los resultados del Indicador de Efectividad para 2013.</p>
<p>En el procedimiento para la construcción y mantenimiento de sistemas de información se realizaron pruebas funcionales (F 012 PR AT versión 2 del 1/09/2008, para validar el diseño y desarrollo de los sistemas de información, pero en el citado procedimiento, en generalidades se describe: "<b><u>Sin embargo cuando se detecte un Producto No Conforme en las etapas de revisión, verificación y validación se aplicará el procedimiento y registro de Control de Producto No Conforme</u></b>".</p>	<p>4.2.3 Control de Documentos</p>	<p>OBS</p>	<p>Por explicación de la Líder del proceso se realizan pruebas en las etapas de validación del diseño y desarrollo de los sistemas de información, pero no se realiza el procedimiento descrito para Producto No Conforme, asociado al proceso de Medición y Análisis.</p> <p>Por lo anterior, se requiere revisar el texto del párrafo segundo de Generalidades del citado procedimiento, por cuanto no se efectúa dicho procedimiento.</p>



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

(Subrayado fuera de texto).			
<p>Se evidenció mediante revisión documental que se requiere actualizar la Guía de Soporte Técnico identificada G 002 PR AT versión 3 del 8/04/2011.</p> <p>Igualmente, en el Listado Maestro de Documentos se especifica como OBSOLETO, el formato F 018 PR AT – Medición de la calidad del servicio. Por ello, se requiere revisar en la guía de soporte técnico.</p>	4.2.4.  Control de registros	OBS	Se requiere revisar las actualizaciones realizadas en el procedimiento y que sean coherentes con lo establecido en las Guías dispuestas para los usuarios.
<p>El proceso recibió una queja por vencimiento de términos, relacionada con una consulta del Ministerio de Trabajo, a la cual se dio tratamiento a través de la programación de una charla de PQR'S para dar a conocer los tiempos de respuesta a todos los funcionarios del área, sin embargo, no se dejó el registro de esta acción en un plan de mejoramiento.</p>	8.1  Medición, análisis y mejora	OBS	Se requiere registrar las acciones correctivas frente a las quejas recibidas, con el fin de establecer un plan de mejoramiento.
<p>El programa de Gobierno en Línea en la Entidad se viene implementando con el apoyo tecnológico de la Oficina de Sistemas y la conformación de un Comité Antitrámites y GEL (Resolución 422 de 2008), el cual a la fecha refleja el siguiente avance en la implementación de sus elementos, según registro del portal web: <a href="http://entidades.gobiernoonline.gov.co/">http://entidades.gobiernoonline.gov.co/</a> ,</p> <p>Transversales: 39,72% BAJO</p> <p>Información: 45,84% BAJO</p> <p>Interacción: 80,33% ALTO</p> <p>Transacción: 60,85% MEDIO</p> <p>Transformación: 107,03 ALTO</p> <p>Democracia: 96,88% ALTO</p> <p>Se han realizado reuniones en temáticas específicas para avanzar en los porcentajes BAJOS. Reunión con la Subdirectora donde se plantearon mecanismos de seguimiento y por temáticas, así como la inclusión de la meta: Implementación de lineamientos de</p>	8.2  Seguimiento y Medición	C	Se recomienda revisar la estrategia institucional para el cumplimiento oportuno, ágil y coordinado de la política de GEL.



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Gel para información, en el Proyecto: Gestión Transversal Institucional a todos los procesos, para generar mayores avances.			
Para asegurar la prestación de los servicios de Tecnología en la Entidad, se evidenció la elaboración de planes de recuperación del servicio para: Portal Web, Correo electrónico, Internet, Usuarios y Contraseñas, los cuales están dispuestos en el servidor "Yaksa" sin estar formalizados en el Sistema de Gestión de Calidad (Calidad DAFP)	7.5.1 Producción y Prestación del Servicio	OBS	Se recomienda revisar los planes formulados para formalización dentro del sistema.
Se evidenció la organización del archivo de gestión de los años 2012 y 2013, se revisaron los siguientes aspectos:  - Organización cronológica de la documentación - Foliación - Clasificación según TRD.	4.2.4. Control de registros	C	
Realizadas entrevistas a varios Funcionarios de Planta Temporal y Contratistas (mantenimiento), se evidenció que han recibido Jornadas de Inducción del Sistema de Gestión de la Calidad, sin embargo, en algunos funcionarios y contratistas falta mayor apropiación por cuanto algunos no identificaron ni el procedimiento, ni otros procesos, ni líderes por Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad	4.1 Requisitos Generales	OBS	Se requiere fortalecer el conocimiento de todo el Sistema de Gestión de la Calidad, tanto a Contratistas como a Funcionarios (Carrera y de Planta Temporal).
Para la actualización del software SUIT V.3 se observó que cuentan con los casos de uso, de acuerdo con los requerimientos establecidos en el procedimiento Construcción y mantenimiento de Sistemas de Información, según archivo: \\yaksa\DESA_OF_SYSTEMAS\SUIT V3\1. Casos de uso F 006 Caso de Uso - Revisión de trámites V2.docx	7.3.2 a. Elementos de entrada para el Diseño y desarrollo	OBS	En el día de la entrevista el líder del proyecto de actualización SUIT V.3 indicó que no cuenta con los registros de los Casos de Uso, sin embargo, al verificar mediante revisión documental se encontraron dichos registros. Por lo anterior, es importante que todos los integrantes del proyecto conozcan la trazabilidad y localización de todos los registros evidencia del procedimiento.
En el procedimiento Construcción y mantenimiento de Sistemas de Información, actividad 7 no se cuenta con el formato de diseño de base datos y diseño de software el cual es: F 005 Diseño Base Datos y Diseño Software.doc	4.2.4 control de registros	NC	Se requiere revisar el procedimiento y los registros, dado que actualmente se está desarrollando una metodología diferente para la actualización del SUIT V.3., por cuanto, algunos de los formatos establecidos en Calidad_ DAFP,



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>Igualmente, en la actividad 9 están registrando el control de errores en un formato que cuenta con otras casillas, cuando el establecido es: F 009 Control Errores.doc</p>			<p>no se utilizan.</p> <p>Se debe actualizar el formato que indica están usando ya que el que aparece en Calidad_Dafp no lo utilizan.</p>
<p>Para la atención de Incidencias y Solicitudes se adquirió en noviembre del 2012 la herramienta Proactivanet, la cual cuenta con soporte remoto por dos años y la Oficina de Sistemas, en el plan de compras ha incluido el presupuesto para la continuidad del servicio hasta el año 2017.</p> <p>En la implementación la herramienta se han realizado capacitaciones al personal del Departamento y se han enviado por correo electrónico tips informativos sobre la utilización de esta herramienta.</p> <p>Para la atención de incidencias y solicitudes se tiene contemplado el soporte remoto, el cual hace parte de la herramienta Proactivanet y funciona dependiendo de las características del servicio, para su funcionamiento se debe contar con la autorización del usuario mediante un código de acceso que asigna el aplicativo.</p>	<p>7.2.2</p> <p>Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio.</p>	<p>C</p>	
<p>Se evidenció que para la medición del servicio actualmente se envía de forma automática una notificación al usuario para que realice el cierre de la solicitud, en el cual se incluye el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción, si el usuario no realiza esta actividad el sistema cierra la incidencia automáticamente el sistema, quedando pendiente la evaluación del servicio.</p> <p>En el periodo de mayo de 2012 a marzo de 2013 la encuesta se realizaba de forma manual y personalizada y se daba cumplimiento a la evaluación de satisfacción del usuario.</p>	<p>8.2.4</p> <p>Seguimiento y medición del producto y/o servicio</p>	<p>OBS</p>	<p>Se requiere fortalecer el diligenciamiento de las encuesta de satisfacción.</p>
<p>En la entrevista se evidenció que en la herramienta de Proactivanet se han establecido niveles de atención de servicio SLA, pero se observó que el usuario que genera la incidencia y/o solicitud no tiene retroalimentación cuando el servicio ha superado el tiempo establecido.</p>	<p>8.2.4 Seguimiento y medición del producto y/o servicio</p>	<p>OBS</p>	<p>Se requiere realizar retroalimentación a los usuarios sobre el estado actual de sus solicitudes.</p>



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

La Oficina de Sistemas actualmente tiene la acción de mejora No.408 del 10 septiembre de 2012, se evidenciaron correos electrónicos con fecha del 29 de enero de 2013 y 1 de febrero de 2013, pero no se ha cumplido con las fechas establecidas en el plan de acción definido.	8.5.1 Mejora continua	NC	Se requiere dar cumplimiento al plan de acción establecido en la acción de mejora No.408 del 2012.
El procedimiento de Gestión de Incidencias y Solicitudes fue actualizado el 11 de diciembre de 2012, dentro del procedimiento se observan espacios en blanco en responsables y registros y en registros Archivo de Control, el cual se denomina Incidencias, peticiones y pendientes.	4.2.3 Control de documentos	OBS	Se requiere realizar la revisión del procedimiento, dejando la observación de los espacios en blanco y actualizar el nombre del registro.

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

### CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	Excelente actitud, disposición de todos los funcionarios auditados. Conocimiento de sus funciones y actividades dentro del proceso. Amabilidad y atención de los funcionarios auditados. Fácil acceso y oportunidad en la entrega de documentos y registros solicitados, a través de la estructura organizada en el servidor de Yaksa, los cuales facilitaron evidenciar y ver trazabilidad de los registros solicitados en la Auditoría.  Se resalta la metodología de seguimiento periódico realizado a los proyectos de inversión y de la Planeación Institucional, lo cual permite una mayor comunicación y coordinación con el equipo de trabajo, así como un control a la ejecución de los recursos asignados a la Oficina de Sistemas.
Oportunidades de mejora	Se requiere mejorar el ambiente de trabajo del grupo ubicado en el tercer piso, en el archivo, dado la falta de mayor ventilación y el olor a polvo que generan los documentos del archivo central de la entidad. (NTC GP 1000:2004, numeral 6.4.)  Se requiere actualizar el procedimiento de Construcción y Mantenimiento de Sistemas de Información, acorde a las nuevas metodologías utilizadas.
Recomendaciones para auditorias posteriores	Entrevistar un mayor número de servidores del proceso para tener una muestra representativa y objetiva del desempeño del proceso. Se recomienda que la auditoría a este proceso tenga acompañamiento técnico de un ingeniero de sistemas.

Este informe se envía electrónicamente el 7 de junio de 2013



## **INFORME DE AUDITORIA INTERNA**

### APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Maria Teresa Rusell	Cliente de Auditoria- Directora ( e )	
Victoria Eugenia Díaz	Líder de Proceso	
Celmira Frasser Acevedo	Líder de Auditoria	
José Gerardo González	Auditor	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA No.	8 Interna de Calidad	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	31	Mes:	05	Año:	2013
---------------	----------------------	------------------------------	------	----	------	----	------	------

Proceso(s) a Auditar:	Apoyo Jurídico y Representación Judicial
Dependencia(s):	Grupo de Apoyo Jurídico y Representación Judicial de la Dirección Jurídica
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Claudia Hernandez y Camilo Escovar Plata, Asesor
Objetivo de la Auditoría:	Confirmar la continuidad del sistema de gestión de la calidad en el Proceso de Apoyo Jurídico y Representación Judicial, 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:	Verificación del cumplimiento de los requisitos de norma, entidad y producto en el Grupo de Apoyo Jurídico y Representación Judicial durante el periodo de mayo de 2012 a abril de 2013.
Criterios de la Auditoría:	<b>Producto No conforme:</b> (Proceso, procedimientos, procedimientos asociados, ficha técnica) , <b>Control de Documentos y Registros:</b> (Procesos, Procedimiento, Orfeo, Guía elaboración documental, Comunicación, Políticas de Operación), <b>Mejoramiento Continuo:</b> (Procesos, procedimientos, informes, noticias, plan de acción, oportunidades de mejora), <b>Medición, Evaluación y Seguimiento:</b> (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	24/05/2013 D/M/A	Hasta	24/05/2013 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	Luis Fernando Núñez Rincón Monica Donado María Esperanza Peña Acompañante: 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	
Durante la entrevista de auditoría realizada el día 24 de mayo de 2013 se evidencia la			



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

debida utilización de los formatos electrónicos: “ <u>Seguimiento representación como demandado</u> ” y “ <u>Seguimiento y representación como demandante</u> ” los cuales permiten el debido control de estos procedimientos.	4.2.1 d Gestión Documental.	C	N/A
Durante la inspección del aplicativo “Calidad DAFP” no se encontró identificado el objetivo del proceso de <u>Apoyo jurídico y representación judicial</u> en el formato de caracterización del mismo publicado.  Evidencia: Caracterización del proceso publicado el 3 de diciembre de 2012 en el Aplicativo de Calidad DAFP.	4.2.3 ( C ) Control de Documentos-	OBS	Realizar corrección
De la muestra aleatoria a los archivos del proceso de Apoyo Jurídico y Representación Judicial se evidencia que dos carpetas que reposan en el archivo del Grupo se encuentran debidamente rotuladas y foliadas de acuerdo a lo estipulado por la norma (Acuerdo 42 de 2002)  Registros observados: Cúcuta (norte de Santander) 54001233100020090031600 y Barranquilla (atlántico) 080012331004199801608	4.2.4 Control de registros	C	N/A
Si bien, el Grupo Apoyo Jurídico y Representación judicial cumple con los lineamiento de la planificación Institucional al tener un proyecto denominado Gestionar las actividades de la Dirección Jurídica, dicho proyecto se encuentra registrado en SIPLAN a la Dirección Jurídica y no al Grupo de Apoyo jurídico y representación judicial. Es de anotar que el Grupo tiene identificación independiente en el <u>aplicativo de planeación SIPLAN 2013 (Ver aplicativo)</u>  Esto fue evidenciado en el <u>SIPLAN 2013</u> y corroborado mediante la entrevista realizada al Grupo de Apoyo Jurídico.	7.1 planificación de la realización del producto y/o servicio	OBS	Ya que el sistema de planeación permite el registro independiente de la Dirección Jurídica y del Grupo de apoyo jurídico y representación judicial se considera importante analizar esta separación.



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>De la muestra aleatoria al sistema de correspondencia ORFEO frente a la gestión del área, se evidenció que el oficio radicado con No. <u>20132060066072</u> no se encontraba digitalizado, incumpliendo con el procedimiento establecido en el DAFP para la entrega de correspondencia. Al mismo tiempo en la tutela No. 2013-1790 proveniente del Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección segunda subsección B se radicada en este Departamento con el No. <u>20132060073492</u> se observó que este no tenía radicado de salida, y por ende no se encontraba digitalizado, lo cual impide conocer la trazabilidad y la oportunidad en la respuesta.</p> <p>Con lo anterior, se incumple el debido control y seguimiento del servicio que presta el proceso de apoyo jurídico y representación judicial</p>	<p>7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio</p>	<p>NC</p>	<p>Revisar el procedimiento frente a las políticas de correspondencia establecidas en el DAFP</p>
<p><u>El procedimiento de Apoyo Jurídico Interno</u> asociado al proceso de apoyo jurídico y representación judicial está siendo realizado por servidores de la Dirección Jurídica asociados al <u>Proceso de Instrumentalización</u> y no por el Grupo Interno de Trabajo de Apoyo jurídico y Representación judicial.</p> <p>Esta observación fue detectada durante la entrevista a los servidores del proceso de apoyo jurídico y representación judicial quienes manifestaron que esta labor la realizan los abogados de la Dirección Jurídica y no los del Grupo de Apoyo jurídico y representación judicial.</p>	<p>8.2.4 Seguimiento y medición del producto y/o servicio</p>	<p>OBS</p>	<p>Se sigue revisando la pertinencia de esta actividad en el Grupo de Apoyo jurídico y representación judicial.</p>
<p>Analizada durante la entrevista la pertinencia del <u>formato Seguimiento procesos de jurisdicción coactiva</u> durante la auditoria, se pudo establecer que durante los últimos años este formato al igual que el procedimiento asociado <u>Cobro obligaciones del DAFP mediante jurisdicción coactiva</u> no ha sido utilizado por el proceso, determinando que <i>no se ha hecho una revisión de las características y tendencias del proceso para dar continuidad o no al</i></p>	<p>8.4 c Análisis de datos</p>	<p>OBS</p>	<p>Se requiere hacer una revisión a los procedimientos teniendo en cuenta que este procedimiento no está siendo utilizado en la actualidad.</p>



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

mismo.

C. Conformidad: 2 NC. No Conformidad: 1 OBS. Observación: 4

### CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Aspectos relevantes	Actitud, disposición y conocimiento de los servidores del Grupo de Apoyo Jurídico y Representación Judicial sobre los temas propios de su proceso. La colaboración por parte de los servidores de la Dirección Jurídica al Proceso de Apoyo Jurídico y Representación Judicial durante el Desarrollo de la Auditoría. El respeto demostrado al grupo de auditores y el cumplimiento del tiempo previsto para la auditoría.
Oportunidades de mejora	Están sugeridas en la parte superior (recomendaciones) y se encuentran dirigidas a una revisión y actualización del proceso como se encuentra en la actualidad
Recomendaciones para auditorías posteriores	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mayor tiempo para realizar la revisión documental y planificar la auditoría.</li><li>• Revisar si se dio cumplimiento a estas observaciones y hallazgos.</li></ul>

Este informe es presentado y enviado electrónicamente el día 31 de mayo de 2013.

### APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Nombre Completo	Responsabilidad	Firma
Maria Teresa Russell	Cliente de Auditoría – Directora ( e )	
Celmira Frasser Acevedo	Líder de Auditoría	
Claudia Hernandez – Camilo Escovar	Líder del proceso	
Luis Fernando Núñez	Auditor	



## 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:	<b>Producto No conforme:</b> (Proceso, procedimientos, procedimientos asociados, ficha técnica) , <b>Control de Documentos y Registros:</b> (Procesos, Procedimiento, Orfeo, Guía elaboración documental, Comunicación, Políticas de Operación), <b>Mejoramiento Continuo:</b> (Procesos, procedimientos, informes, noticias, plan de acción, oportunidades de mejora), <b>Medición, Evaluación y Seguimiento:</b> (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	



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

<p>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.</p>	<p>4.2.3</p> <p>Control de documentos</p>	<p>NC</p>	<p>Hacer uso de los formatos establecidos en el sistema o presentar mejoras a los mismos.</p>
<p>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.</p> <p>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 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>4.2.4</p> <p>Control de registros</p>	<p>NC</p>	<p>Realizar los ajustes de acuerdo a la numeración señalada por la TRD – 100 – Despacho del Director.</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>	<p>5.1</p> <p>Compromiso de la Dirección</p> <p>6</p> <p>Gestión de Recursos</p>	<p>C</p>	
<p>Verificado los resultados del Informe de – medición y análisis de la percepción del</p>	<p>5.2</p>	<p>C</p>	<p>Mantener y mejorar la revisión de la</p>



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

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.	Enfoque al Cliente		encuesta de satisfacción del cliente.
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.	5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	C	
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.	5.3 Política de Calidad	OBS	Se requiere estrategia para generar compromiso de los servidores y así apropiar integralmente la política.
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.	5.6 Revisión por la Dirección	C	
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.  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	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.



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

prevista para la administración documental del sistema.			
<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 – ESTADÍSTICAS)
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.	8.2.3  Seguimiento y medición de los procesos	OBS	
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.	8.5.1  Mejora continua	C	
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	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 – ESTADÍSTICAS)



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

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.

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

### CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

#### Aspectos relevantes

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

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.



## INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	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	