	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

PERIODO DE EJECUCIÓN

Entre el 12 de mayo y el 23 de junio de 2020, se llevó a cabo la ejecución de las auditorías internas de calidad de acuerdo con lo programado en el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2020.

OBJETIVO

Establecer el cumplimiento de requisitos de la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 por la Secretaria General, con el propósito de contribuir al aseguramiento de los requisitos y la mejora continua de los procesos como asegurar que se mantiene de manera eficaz el Sistema de Gestión de Calidad.

ALCANCE

Cubrió el 100% de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (22) de la entidad, se evaluaron el 100% de los requisitos de la NTC ISO 9001:2015 (86). Se auditó el segundo semestre del 2019 a 30 de abril de 2020.

EQUIPO AUDITOR

Jefe Oficina de Control Interno – Jorge Gómez Quintero, Profesional Especializado Oficina de Control Interno – Diana Constanza Ramírez Ardila. (Coordinadores del Ciclo de Auditorias)

Coordinación y acompañamiento permanente Jefe de la Oficina Asesora de Planeacion – Alexandra Cecilia Rivera Pardo y profesional especializado, Fernando Escobar Mendoza.


18 Auditores Líderes y 22 Auditores Acompañantes, de las diferentes dependencias de la Secretaria General.

METODOLOGÍA APLICADA

Se aplicaron las técnicas de auditoria de la Organización Internacional de Normalización NTC ISO 19011:2018, directrices para realizar la auditoría de los sistemas de gestión, se empleó muestras selectivas basadas en la información disponible, entrevistas, revisión de documentos y registros.

MARCO NORMATIVO

- Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad.
- Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad de la Secretaria General.
- Normatividad externa aplicable a los procesos.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

CONCLUSIÓN:

Se cumplió el Plan Anual de Auditorías 2020, mediante el Cronograma establecido de Auditorías Internas de Calidad aprobado. El equipo auditor ejecutó las auditorías de forma virtual, debido a las medidas de emergencia sanitaria, a los veintidós (22) procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad de la Secretaría General con enfoque basado en riesgos y en aspectos objetivos significativos de acuerdo con lo establecido en la norma NTC ISO 9001:2015.

Para ello, se utilizó muestreo selectivo para evaluar la información disponible, para el período comprendido entre el segundo semestre de 2019 y cuarto trimestre de 2020. Los métodos utilizados durante la auditoría fueron entrevistas, revisión de documentos y registros, evaluando el 100% de los requisitos de la NTC ISO 9001:2015 correspondientes a 86, basados en los resultados del proceso auditor se pudo establecer que la entidad cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad maduro al registrar un cumplimiento del 87% de los requisitos de la norma.

Producto de la auditoría de calidad, el Sistema de Gestión demostró alcanzar sistemáticamente los requisitos establecidos para los productos y servicios dentro del alcance y objetivos definidos, se identificaron veinticinco (25) no conformidades y noventa y tres (93) observaciones.

Vale la pena señalar, que seis (6) procesos presentaron limitaciones para efectuar las verificaciones requeridas *in situ*, en algunos de sus requisitos con el propósito de alcanzar la cobertura del 100% de estos, correspondiente a los siguientes procesos:

1. Elaboración de impresos y publicación de registros 50% (Producción de impresos)
2. Gestión Documental 80% (Archivos de Gestión y archivo central)
3. Gestión del Sistema de Servicio a la Ciudadanía 80% (Atención en Cades y Supercades)
4. Asistencia, Atención y reparación integral a la Víctimas del Conflicto armado Cobertura del 80% (Atención en CLAVS)
5. Función Archivística y del Patrimonio Documental 80% (Fondos Documentales).
6. Asesoría Técnica y Proyectos TICS 50% (Servicio de asesoría Técnica)

Se observó que el Sistema de Gestión de la Calidad se mantiene, por cuanto, registro el mismo número de veinticinco (25) no conformidades en relación con la auditoría realizada de la vigencia 2019.

En relación con las veinticinco (25) no conformidad, se recomendó al cierre de las auditorías a los líderes de proceso o responsables que, es indispensable tomar las medidas correctivas de manera inmediata mediante el logro de un avance significativo o cumplimiento de las acciones de mejora, subsanando las no conformidades con el propósito de mejorar el sistema de calidad y estar preparados para la auditoría del ente certificador (octubre 2020). Así mismo, adoptar medidas preventivas y correctivas sobre las noventa y tres (93) observaciones detectadas.

De otra parte, resultado de la auditoria de calidad se pudo apreciar apropiación del Sistema de Gestión de la Calidad por líderes de los procesos y funcionarios de la entidad, así como la comprensión de factores internos y externos que en un momento dado puedan afectar la buena gestión de los procesos.

La Secretaria General ha demostrado el establecimiento y seguimiento apropiado de los objetivos de calidad, así como el monitoreo del progreso de los mismo dirigidos a lograrlos.

Finalmente, en vista que se prevé un posible menoscabo del 90% de Auditores Internos de Calidad, capacitados y con experiencia, debido a que 36 auditores de los 40 actuales se desvincularán próximamente dentro de la presente vigencia, teniendo en cuenta el tipo de vinculación; 18 planta provisional, 2 temporal y 16 contratistas, en consecuencia, es procedente que con la llegada de la nueva planta de personal, conformar la nueva base de auditores internos de calidad de la Secretaria General, mediante capacitación en el primer semestre de 2021 para la formación y ajuste de perfil del equipo auditor, en técnicas de auditoria ISO 19011:2018 y de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.


PRINCIPALES RESULTADOS DE LA AUDITORIA DE CALIDAD

1. No Conformidades y Observaciones Identificadas

De los ochenta y seis (86) requisitos establecidos en la Norma NTC ISO 9001:2015, setena y cinco (75) fueron conformes, lo que equivale a un 87% de cumplimiento y once (11) registraron incumplimiento o no conformidad. Frente a las no conformidades los líderes o responsables de los procesos formularon y están en proceso de implementación las acciones correctivas correspondientes para asegurar que en la auditoría externa de seguimiento a la certificación se encuentren en su mayoría subsanas.

A continuación, se presentan los numerales de la norma NTC ISO 9001 sujetos de no conformidad.

Numeral	Requisito	# NC
4.1	Comprensión de la Organización y de su Contexto	1
4.4.1	La organización debe establecer...sistema y procesos.	6
4.4.2	mantener ...y...conservar la información documentada...	1
6.1.1	considerar cuestiones...determinar riesgos y oportunidades...	1
6.1.2	Planificar...abordar...evaluar...acciones proporcionales al impacto	1
6.3	Planificación De Los Cambios	1
7.5.1	Generalidades (Información Documentada)	3
7.5.2	Creación y actualización	7
7.5.3	Control de la información documentada	1
9.1.2	Satisfacción del cliente	1
10.2	No Conformidad y Acción Correctiva	2

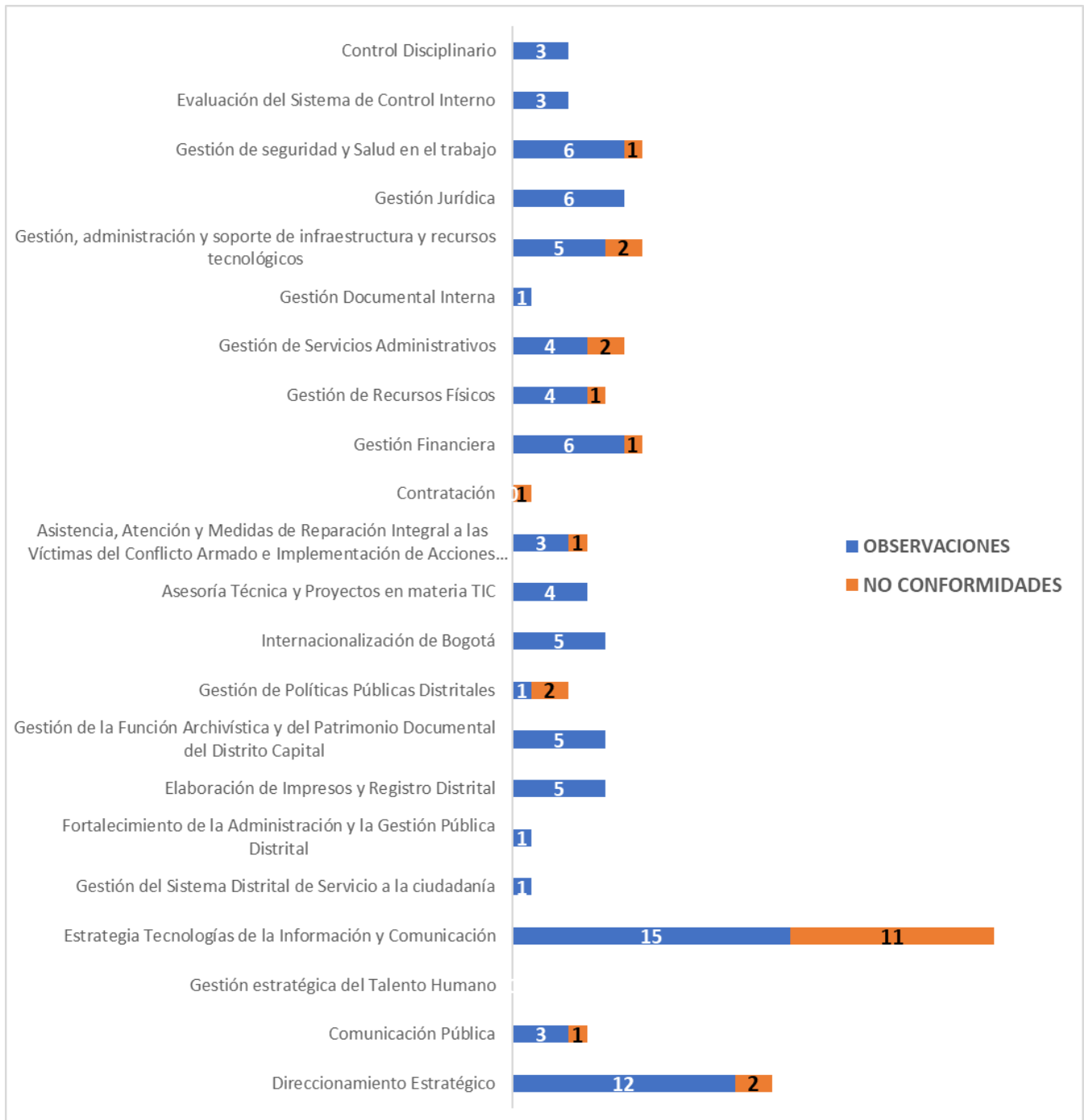
 SECRETARÍA GENERAL	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD


Las veinticinco (25) no conformidades se relacionan con los siguientes temas y sobre los cuales los procesos que fueron objeto de no conformidades toman las medidas correctivas respectivas:

No Conformidades	# NC
Incumplimiento de actividades establecidas en los procedimientos	6
No se usaron los formatos establecidos en el procedimiento	3
No se evidencia el correo electrónico como registro de salida del procedimiento	3
Se observa logos de la administración anterior sin actualizar	2
Acciones Correctivas, Preventivas y, o de Mejora vencidas o sin seguimiento	2
Falta realizar seguimiento a la percepción del cliente frente a los servicios administrativos	1
No se observa claridad frente tareas, responsables, controles y registros que aplican	1
No se evidencia implementación del procedimiento de gestión del cambio PR-374 v1	1
Riesgo incumplimiento requisitos legales al mencionar normas obsoletas en procedimientos	1
Caracterización no cumple con los elementos transversales establecidos en el SGC	1
Falta aclarar la frecuencia de seguimiento periódico en la operación del procedimiento	1
No se realizó el seguimiento a los planes de tratamiento de riesgos de diciembre a febrero	1
Falta actualizar contexto estratégico en el PETI	1
Procedimientos requieren actualización de actividades que no se realizan acorde a lo definido	1
Total general	25

Por otra parte, se identificaron un total de noventa y tres (93) observaciones, en veinte (20) procesos frente a veinte y seis (26) requisitos de la NTC ISO 9001, sobre los cuales los líderes o responsables de los procesos implementarán las acciones de mejora pertinentes, con el propósito que en próximas auditorías de calidad no se conviertan en incumplimientos a la norma.

A continuación, se muestra en gráfica las veinticinco (25) no conformidades y noventa y tres (93) observaciones identificadas por cada proceso.



 SECRETARÍA GENERAL	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

2. Estado de las Acciones correctivas


En relación con las veinticinco (25) no conformidades en los once (11) procesos que fueron objeto de no conformidades, se llevó a cabo la formulación de 12 acciones correctivas y las mismas se encuentran en ejecución de la siguiente forma:

Proceso	# NC	# Acciones	Fecha Cierre
Direccionamiento Estratégico	2	2	03-10-2020
Comunicación Pública	1	1	31-08-2020
Estrategia Tecnologías de la Información y Comunicación	11	1	31-10-2020
Gestión de Políticas Públicas Distritales	2	1	02-07-2021
Asistencia, Atención y Medidas de Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado e Implementación de Acciones Memoria Paz y Reconciliación	1	1	15-09-2020
Contratación	1	1	15-10-2020
Gestión Financiera	1	1	30-10-2020
Gestión de Recursos Físicos	1	1	Por definir
Gestión de Servicios Administrativos	2	1	30-10-2020
Gestión, administración y soporte infraestructura y recursos TI	2	1	30-10-2020
Gestión de seguridad y Salud en el trabajo	1	1	17-08-2020
Total, No Conformidades	25	12	

Frente a las acciones correctivas formuladas por los líderes de procesos para subsanar las no conformidades, dos tienen fecha de culminación en agosto y septiembre del 2020, siete (7) se cumplen en el mes octubre del 2020, y una se culmina en julio del 2021, esta última relacionada con el proceso de políticas públicas, cuya acción requiere un análisis y quizás ajuste del mapa de procesos de la Secretaria General.

Es indispensable que el proceso de Gestión de Recursos Físicos tramite prontamente el registró de la acción en el aplicativo del Sistema Integral de Gestión, referente la no conformidad relacionada con el acta de valoración e informe de inventarios.

Finalmente, es pertinente recomendar a los líderes de proceso que tienen acciones correctivas a cargo, dar prioridad a la actualización rápida de los procedimientos y formatos de estos, ajustándolos de acuerdo con los cambios que se han generado y de esta forma subsanar el mayor número de no conformidades identificadas en las auditorias de Calidad de cara a la auditoria del ente certificador prevista para el mes de octubre de 2020.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

3. Resultados Auditorías Internas de Calidad a los Procesos

3.1 Direccinamiento Estratégico

Entrevistado: Alexandra Rivera – Jefe Oficina Asesora de Planeación

Numerales: 4, 5, 6, 7.1, 7.3, 7.5, 9.1.1, 9.1.3, 10

No conformidades identificadas: No se evidencia la implementación del procedimiento de gestión del cambio 4202000-PR-374 v1 del 09, 09, 2019, que da cumplimiento al numeral 6.3 de la NTC.

- Incumplimiento del procedimiento 2210111-PR-005 “Acciones correctivas, preventivas y de mejora” al identificar en el informe consolidado de acciones a 31 de diciembre de 2019, se encontraban 5 acciones vencidas sin reprogramación.

Observaciones relevantes: Actualizar el Manual del Sistema de Gestión Integrado 2210111-MA-022 Versión 06 del 06, 06, 2019 en lo que respecta a normatividad, contexto y plataforma estratégica.

- Adecuar las actividades del procedimiento 2210111-PR-183 “Formulación de la Planeación Institucional” Versión 12, 07, 01, 2019 de acuerdo con lo que se está ejecutando, pero sobre todo clarificando los momentos en los que se realiza la Planeación Institucional.
- Presentar para aprobación del Comité de Gestión y Desempeño el Documento Estrategia de Participación Ciudadana y de Rendición de Cuentas, tal y como lo establece la actividad No. 2 del procedimiento 2210111-PR-321.
- Actualizar el contexto estratégico de la entidad tal y como lo establece el procedimiento o 2210111-PR-214 “Gestión de Riesgos” Versión 0.
- Revisar el indicador “Anteproyecto de Presupuesto Secretaria General, radicados” no es claro como su medición contribuye al control y seguimiento del libro de anteproyecto de presupuesto.
- Asegurar que las decisiones de la Revisión por la Dirección de 2018 y 2019, que aún no se han culminado, se encuentren articuladas con nuevos proyectos y las metas de los procesos y de esta forma sean realizables en el tiempo.


3.2 Estrategia de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

Entrevistado: Oscar Javier Asprilla, Jefe Oficina Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Numerales: 4.1, 4.2, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 7.5, 8.1 9.1 y 10.

Observaciones relevantes: El PETI-Plan Estratégico de Tecnologías de la Información 2016-2019.

- Versión 06 se encuentra desactualizado en su misión, visión y organigrama frente al Contexto Estratégico de la Entidad.
- La caracterización del proceso 4204000-PO-051 no cumple con los elementos transversales que deben llevar todas las caracterizaciones de la entidad en el SIG.
- Actualización de los procedimientos clarificando las tareas, responsables, controles y registros que aplican según corresponda en cada caso.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

3.3 Comunicación Pública

Entrevistado: Glenda Martínez Osorio – Jefe Oficina Consejera de Comunicaciones

Numerales: 4.1,4.2, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 7.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.5, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 8.2, 8.3, 8.6, 8.7, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 10, 10.1, 10.2, 10.3.

No conformidades identificadas: Se observó que la mayoría de los documentos definidos para el desarrollo del proceso de Comunicación Pública, se encuentran desactualizados con el logo de la anterior administración.

Observaciones relevantes: El procedimiento “Comunicación hacia la Ciudadanía”, no tiene incluida una actividad de medición del impacto de las campañas de comunicación, que actualmente se realiza por parte de la Oficina de comunicaciones, pero no se encuentra documentada.

- El procedimiento “Ecosistema Digital” PR-367”, esta desalineación entre el alcance definido en el procedimiento y las actividades propias del mismo.

3.4 Gestión Estratégica de Talento Humano

Entrevistado: Ennis Esther Jaramillo Morato, Directora de Talento Humano

Numerales: 4.4, 6.1, 7.1,7.2,7.3,7.5, 9.1, 9.2.2 e, 10,

Durante la auditoría interna de calidad realizada al proceso de Gestión Estratégica del Talento Humano, el equipo auditor no detectó observaciones al proceso.

3.5 Gestión de Políticas Públicas Distrital


Entrevistado: Patricia Rincón Mazo, Subsecretaria Técnica

Numerales NTC: 4.2, 4.4, 6.1, 7.5, 8.1, 8.2, 8.3, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1 y 10.

No conformidades identificadas: Las acciones de mejora No.16 y 42 y la acción preventiva número 35, radicadas en el aplicativo del SIG, se encuentran en estado vencido desde el pasado mes de marzo de 2020, y fueron radicadas desde la vigencia 2018, excediendo el tiempo para realizar reprogramación.

- No se cuenta con los registros que dan cuenta del cumplimiento de las actividades definidas en el procedimiento de Formulación y Expedición de Lineamientos, para el lineamiento de SARLAFT generado en la vigencia 2019.

Observaciones relevantes: Se observó que para la vigencia 2020 se cuenta con Planes de implementación de las políticas; sin embargo, no se cuenta con indicador de gestión que permita la medición del proceso.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

3.6 Asistencia, Atención y Medidas de Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado e Implementación de Acciones MPR.

Entrevistado: Carlos Vladimir Rodriguez Valencia, Alto Consejero ACDVPR

Numerales NTC: 4.2, 4.4, 5.1, 6.1, 7.1 7.3, 7.5, 8.1, 8.2, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 10.

No conformidades identificadas: Revisados que los documentos del proceso en su mayoría de ellos, los logos se encuentran desactualizados perteneciendo los mismos a la anterior administración.

Observaciones relevantes: En la validación del procedimiento PR-325 “Implementación de medidas de reparación colectiva (...)”, se observó que las actividades No. 1, 2 y 3 relacionadas con la construcción del Plan Integral de Reparación Colectiva, no son ejecutadas por la ACVPR, parte de la socialización del PIRC y su continuo seguimiento con las entidades responsables.

3.7 Fortalecimiento de la Administración y la Gestión Pública Distrital

Entrevistado: Oscar Guillermo Niño, Director Desarrollo Institucional

Numerales: 6.1, 6.2, 8.1, 8.2, 8.3, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.1, 9.1.3, 9.2.2 (e), 10

Observaciones relevantes: Se observó que no existe un lineamiento claro que establezca que los cambios y, o modificaciones realizadas a los productos elaborados en la dependencia deben ser validados y, o autorizadas por alguno de los dos directivos, atendiendo el numeral 8.3.6 de la NTC.

3.8 Gestión de la Función Archivística y del Patrimonio Documental

Entrevistado: Álvaro Arias Cruz, Director Dirección Distrital de Archivo de Bogotá.

Numerales: 6.1, 6.2, 8.1, 8.2, 8.3, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.1, 9.1.3, 9.2.2 (e), 10


Observaciones relevantes: El riesgo “Errores (fallas o deficiencias) en la gestión del patrimonio documental del Distrito” quedo agrupado para varias actividades clave del proceso las cuales se llevan a cabo en momentos, lugares, circunstancias y personas diferente, lo que impide fortalecer o implementar controles específicos.

- Inconsistencia entre la información registrada en el SIAB y lo evidenciado como soporte de la operación, para el caso del traslado solicitado por la Veeduría Distrital, mediante memorando Nro.1-2018-29732.
- Fortalecer el reglamento de la sala incluyendo acciones en casos de vandalismo con los documentos e Introducir política de tratamiento de datos personales tanto en el FT-155 como en el Access y en SIAB.

3.9 Gestión del Sistema Distrital de Servicio a la Ciudadanía

Entrevistado: Diana Marcela Velasco Rincón, Subsecretaria de Servicio a la Ciudadanía

Numerales: 8.1, 8.2, 8.3, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2.2e,10

 SECRETARÍA GENERAL	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

Observaciones relevantes: El procedimiento de "Seguimiento y Medición del Servicio a la Ciudadanía", la actividad No 1, no es coherente; debido a que la actividad denota tener un programa y, o cronograma anual aprobado, por el Director y profesional de la D.D.C.S.

- Adicional en el procedimiento "Soporte Funcional y Técnico del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadana 2212200-PR-254"; se observó 7 actividades; donde su registro corresponde a "mesa de ayuda", el cual no es claro y no se diferencia respecto a cada una de las actividades ejecutadas en el mismo.

3.10 Elaboración de Impresos y Registro Distrital

Entrevistado: Victoria Forero Polo, Subdirectora Imprenta Distrital

Numerales: 4.2, 4.4, 6.1, 7.1, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.2, 10

Observaciones relevantes: Planificar con anticipación las actividades de mantenimiento preventivo, correctivo, de calibración y adecuaciones físicas requeridas para la maquinaria, equipos e insumos de la Imprenta Distrital previo al reinicio de las actividades de producción.

- Realizar a través de la nueva plataforma de Registro Distrital la encuesta de satisfacción.
- Actualizar el procedimiento Publicación del registro distrital y Fortalecer la implementación y seguimiento de las actividades definidas para la acción de mejora.

3.11 Asesoría Técnica y proyectos en materia TIC

Entrevistado: Felipe Guzmán Ramírez Jefe Oficina de Alta Consejería Distrital TIC

Numerales: 4.2, 4.4, 5.1.2, 6.1, 6.2, 7.1, 7.2, 7.3, 7.5, 8.1, 8.2, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 10.

Observaciones relevantes: El proceso no cuenta con un repositorio de información en la nube (OneDrive) disponible para consultar documentos de los proyectos.


- Falta de control de la información relacionada con la cantidad de asesorías técnicas prestadas por el proceso. Por lo tanto, no se pudo llevar a cabo en su totalidad la revisión de las asesorías técnicas.
- El correo electrónico es un medio de comunicación para la prestación de asesorías técnicas, sin embargo, no se encuentra dentro de la columna de registros en la actividad.

3.12 Internacionalización de Bogotá

Entrevistado: Luz Amparo Medina Gerena – Directora Distrital de Relaciones Internacionales

Numerales: 7, 7.1.2, 7.2, 7.5.1, 8.4, 9.1.1, 9.1.3, 9.2.2e, 10.

Observaciones relevantes: Es pertinente revisar las actividades del procedimiento PR-202 Cooperación Internacional, incorporando controles de revisión y aprobación, entre otras.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

- Integrar la Estrategia de difusión y promoción de la buena práctica del Cooperación Internacional, con la política de Gestión del Conocimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de Secretaria.

3.13 Contratación

Entrevistado: Mario Alberto Chacón Castro, Jefe Dirección de Contratación

Numerales: 7, 7.1.2, 7.2, 7.5.1, 8.4, 9.1.1, 9.1.3, 9.2.2e, 10.

No conformidades identificadas: Una (1), Incumplimiento a lo establecido en los procedimientos y a los numerales de la norma 7.5.2 y 8.1.

Observaciones relevantes: Uso de formatos no establecidos ni aprobados en el SIG ni en los procedimientos como es el caso del Análisis Económico del Sector y de los oferentes que se encuentra en un formato distinto al FT-1089 V1, Acta de terminación anticipada por mutuo acuerdo y Acta de Liquidación.

- Falta de publicación en el portal del SECOP II, documentos que hacen parte de los registros de cumplimiento.
- Incumplimiento del procedimiento PR-022 Liquidación Contrato, Convenio, actividad No. 16 “*Valida el acta de cierre del expediente contractual, la cual debe contener los datos generales del contrato o convenio en virtud de la ejecución del mismo*”. Y a su vez no cuenta con el respectivo registro 4231000-FT-963, Acta de cierre de expediente contractual.

3.14 Gestión Documental Interna

Entrevistado: Marcela Manrique Castro, Subdirector de Servicios Administrativos

Numerales: NTC: 4.4, 6.1, 7.5, 9.1, 10


Observaciones relevantes: La última solicitud de actualización de las Tablas de Retención Documental, corresponde a la vigencia 2018, con ocasión a la actualización masiva de los procedimientos. No obstante, durante la vigencia 2019, la Oficina Asesora de Planeación ha liderado la actualización de procedimientos en los diferentes procesos, sin embargo, los cambios y actualización, no han sido remitidos a la Subdirección de Servicios Administrativos para determinar si la producción documental es objeto de actualización de las TRD.

3.15 Gestión de Financiera

Entrevistado: Luis Eugenio Herrera Páez Subdirector Financiero

Numerales: 7.1.3

No conformidades identificadas: Para el control del procedimiento 4233200-PR-346, la actividad 9 establece “Realizar seguimiento a los saldos de los CRPs”, con periodicidad semanal y mensual; al evaluar la implementación del control, observamos que la frecuencia no corresponde a la definida.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

Observaciones relevantes: En el mapa de riesgos no se especifica Riesgos Financieros, de Corrupción, de Imagen, Tecnológicos, entre otros,

- Analizar y mejorar los indicadores del proceso de: pagos y devoluciones, Analizar la evidencia del desempeño de proveedores de información.
- Evidencia de registro y control de la información financiera.

3.16 Gestión de Servicios Administrativos

Entrevistado: Marcela Manrique Castro, Subdirector de Servicios Administrativos

Numerales: 4.2, 6.1, 7.1.3, 7.1.4, 7.5.2, 9.1.2, 8.4, 10.

No conformidades identificadas: No todas las solicitudes de servicio administrativo ingresan por el aplicativo.

- Falta trazabilidad de las solicitudes de servicios administrativos recibidos mediante correos electrónicos o memorando en la herramienta (Solicitud de servicios administrativos).

Observaciones relevantes: No se logra identificar la aplicabilidad de las actividades definidas en el procedimiento PR-154 para mantenimiento puntual y mantenimiento integral y cuales son compartidas.

- El calendario con el cual se maneja la asignación y disponibilidad de los escenarios y espacios objeto de la operación y el canal de ingreso de las solicitudes, no está documentado en el procedimiento.

3.17 Gestión Recursos Físicos

Entrevistado: Marcela Manrique Castro - Subdirectora de Servicios Administrativos


Numerales: 4.1, 4.2, 4.4. 5.1, 6.1, 7.1.3, 7.3, 7.5.1, 8.1, 9.1, 10

No conformidades identificadas: No se elaboró y suscribió oportunamente el acta de valoración y pronunciamiento emitido por el comité de inventarios, donde se reconocen los sobrantes y faltantes del ejercicio y se determina realizar los correspondientes ajustes.

La demora en el informe final de inventario como insumo para el Comité de inventarios, genera falta de oportunidad tanto en la evaluación cuantitativa y cualitativa de los elementos faltantes a reportarse a la Oficina de Control Interno Disciplinario, como para el reporte de faltantes a la Compañía de Seguros.

Observaciones relevantes: El control No.8 "Remitir ingreso de bienes a la Aseguradora", del 2211500-PR-148, no está cumpliendo con la periodicidad definida.

- No se cumple con el propósito fundamental del amparo del bien mediante una confirmación del mismo; revisar las frecuencias y registros específicos para los criterios de aceptación.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

3.18 Gestión Jurídica

Entrevistado: Luz Karime Fernández Castillo, Jefe Oficina Asesora Jurídica

Numerales: 4.4, 6.1, 7.5, 9.1, 9.2, 10

Observaciones relevantes: No se evidenció un riesgo asociado al cumplimiento de los términos judiciales para ejercer de manera oportuna la defensa de los intereses de la entidad.

- Las Actas del Comité de Conciliación no están elaboradas en el formato registrado en el Sistema Integrado de Gestión 4203000-FT-1005 Formato Acta de Comité de Conciliación 4203000-FT-1005.
- Se evidenció que los puntos de Control No 16, 24, la descripción de los controles no corresponde a la actividad descrita en el procedimiento 4203000-PR-355 V3 Gestión jurídica para la defensa de los intereses de la Secretaría General.

3.19 Gestión, administración y soporte de infraestructura y recursos TI

Entrevistado: Oscar Javier Asprilla - Jefe Oficina Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

Numerales: 4.4, 6.1, 7.1.3, 7.4, 7.5, 9.1, 9.2.2 e y 10

No conformidades identificadas: Se identificaron dos (2) No Conformidades.

- falta de registros documentales definidos y establecidos en los procedimientos que permitieran evidenciar la ejecución de las actividades.
- No se observaron los procedimientos actualizados según observaciones y no conformidades reportadas en la auditoría de calidad de la vigencia anterior.

3.20 Gestión de seguridad y Salud en el trabajo

Entrevistado: Ennis Esther Jaramillo Morato, Directora de Gestión del Talento Humano

Numerales: 4.4, 6.1, 7.5, 7.1.4, 10.

No conformidades identificadas: Documentación asociada al proceso no han sido actualizados con la normatividad vigente, tomando como base una resolución que ya no está vigente.

Integración de la documentación generada por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo dentro del Sistema Integrado de Gestión.

3.21 Control Interno Disciplinario

Entrevistado: Heidy Yobanna Moreno Moreno, Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario

Numerales: 4.4, 6.1, 7.5, 9.1, 10,

Observaciones relevantes: El Sistema de Información Disciplinario –SID se encuentra desactualizado desde el mes de marzo de 2020. Además, este sistema no está generando los registros de los procesos de forma automática, por lo que el control de la numeración recae en el registro que lleva la Oficina en un archivo de Excel Represamiento de trámites por retiro de personal.

3.22 Evaluación del Sistema de Control Interno

Entrevistado: Jorge Eliecer Gómez Quintero, Jefe Oficina de Control Interno

Numerales: 4.4, 6.1, 7.5, 9.1, 9.2.1, 9.2.2, 9.2.2, 10.

Observaciones relevantes: Actualizar la caracterización del proceso frente a la secuencia de actividades, requisitos de las NTC ISO 9001:2015, entradas y salidas relacionadas.

4. Resultado Evaluación del Equipo Auditor

Culminadas las auditorías internas de calidad los líderes de los procesos, evaluaron el equipo auditor en aspectos relacionados con la independencia y objetividad, cuidado profesional, asertividad tanto en el desarrollo de la auditoría como en la comunicación de los hallazgos, la contribución de la auditoría en la mejora del proceso y finalmente el cumplimiento de las fechas y tiempos acordados en los programas de trabajo.

Al respecto, como resultado de la evaluación a los auditores se obtuvo una calificación promedio de 3.84 sobre 4, equivalente al 95,6%, es decir, satisfactoria, evidenciando una mejora de desempeño frente al resultado obtenido el año 2019, la cual fue de 3.70.

Los resultados detallados de cada uno de los aspectos evaluados tanto para los auditores líderes como acompañantes, se muestra en la siguiente tabla:

Factor evaluado	Líder		Acompañante	
	2019	2020	2019	2020
Independencia y Objetividad	3,7	3,9	3,7	3,8
Cuidado, diligencia y experiencia	3,7	3,9	3,6	3,6
Asertividad en la comunicación de hallazgos	3,7	4,0	3,5	3,9
Contribución en la mejora continua	3,7	3,9	3,5	3,9
Oportunidad en el desarrollo de la Auditoría	3,7	3,9	3,7	3,9
Promedio	3,7	3,9	3,6	3,8

Finalmente, una vez se vincule la nueva planta de personal de la Secretaria General es indispensable que se conforme la base de auditores internos de calidad, mediante capacitación en el primer semestre de 2021 para la formación y ajuste de perfil del equipo auditor, en técnicas de auditoría ISO 19011:2018 y de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Elaboró: Diana Constanza Ramírez Ardila – Profesional Especializado Oficina de Control Interno

Revisó y Aprobó: Jorge Eliecer Gómez Quintero – Jefe de Oficina de Control Interno.