



## 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	