|  |
| --- |
| TRD 100420 |
| **1. DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA** |
| **Proceso a auditar:** | **Gestión de Mejoramiento Institucional**  |
| **Responsable del proceso auditado:** | Carlos Edwin Piedrahita | **Cargo:** | Líder del Proceso |
| **Objetivo:** | Verificar el cumplimiento de los requisitos de la ISO 9001:2015 que aplica para el proceso, lo establecido en el decreto 1499 de 2017 y de igual manera con los requisitos de MECI 1000:2014. |
| **Alcance:** | El alcance de la auditoria inicia con la revisión y verificación del cumplimiento de los procedimientos que hacen parte del proceso de Gestión de Mejoramiento Institucional, de la normatividad vigente que le aplica, de los riesgos del proceso, plan de mejoramiento interno y externo.  |
| **Criterios:** | Requisitos de la ISO 9001:2015, MECI1000:2014, planes de mejoramiento interno y externo, indicadores de gestión del proceso, Manual de calidad, caracterización del proceso, Plan de acción, riesgos por procesos, listado maestro de registros y documentos mapa de procesos y procedimientos. |
| **Auditor Líder:** | Marlene Valencia Llanos |
| **Equipo Auditor:** | Marlene Valencia Llanos |
| **Fecha de la auditoria:** | Octubre 7 de 2019 | **Periodo a Auditar:** | Segundo y tercer trimestre 2018 y corrido de 2019 |
| **Documentos Auditados:** | Mapa de procesos, Caracterización del proceso, Manual de Calidad, Procedimientos establecidos, Listado Maestro de Documentos, Listado Maestro de Registros, Informes de seguimiento y medición de los procesos, Plan de Acción, Fichas de Indicadores, Mapa de Riesgos y Planes de Mejoramiento.  |
| **2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA (ANTECEDENTES Y HALLAZGOS)** |
|  **Desarrollo Auditoria Interna 2019. Mejoramiento Institucional** Del 7 al 15 de octubre de 2019.Se da inicio a la Auditoria Interna con una entrevista al líder encargado del proceso de Mejoramiento Institucional, donde se revisan los componentes correspondientes a: la Planeación estratégica, caracterización del proceso, Manual de Calidad, procedimientos establecidos y listado maestro de documentos y registros.1. Los procesos son de clara identificación en el mapa de procesos de acuerdo a los grupos de procesos definidos para la institución, estratégicos, misionales, apoyo y control.
2. La divulgación de la planeación estratégica, se encuentra exhibida en la sala de espera de la institución y de igual forma se utiliza la red interna de sistemas y servidor para comunicar en los escritorios de la institución anclados a la red. De igual forma se evidencia que se realiza la socialización de la planeación estratégica de la entidad en el proceso de inducción y reinducción del personal de la institución.
3. Se evidencian dentro de los diferentes registros del proceso y documentos, falta de articulación entre los códigos definidos por el sistema de gestión documental y los establecidos por el sistema de gestión documental, esta situación genera confusión para la identificación y posterior ubicación de los documentos y registros.
4. El Manual de Calidad (MA-MI-01) deberá ser actualizado de acuerdo a los parámetros establecidos por la Norma ISO9001:2015 y de acuerdo a las recomendaciones orientadas por el modelo integrado de planeación y gestión MiIPG, donde:
5. El Procedimiento Autoevaluación de Gestión (PR-MI-01) establecido dentro del proceso de Mejoramiento Institucional se encuentra desactualizado teniendo en cuenta las siguientes evidencias con relación en la norma:
* El formato Análisis de Indicadores no existe en la listado maestro de registros por lo tanto este debe ser modificado por el que actualmente se está utilizando.
* Los Registros y/o formatos no refieren su Código de identificación dentro del procedimiento.
* El código establecido por el sistema de gestión de calidad difiere a la codificación establecida por el sistema de gestión documental y en especial por la herramienta tablas de retención.
1. Existen dentro del proceso dos procedimientos denominados Auto Evaluación de Gestión y Auto Evaluación de Control, los cuales tienen un objetivo similar y podrían ser unificados en un solo procedimiento.
2. De igual forma se hace necesario revisar la pertinencia del procedimiento de evaluación de control, toda ves que no hay evidencia de la destinación final de las encuestas aplicadas como cumplimiento de esta actividad, pese a que se evidencia la ejecución y aplicación de las herramientas de recolección de datos, Encuestas.
3. El Procedimiento Control de producto y/o servicio No conforme (PR-MI-03) establecido dentro del proceso de mejoramiento Institucional se encuentra desactualizado teniendo en cuenta las siguientes Evidencias:
* En el procedimiento refiere que el registro a utilizar para dicha actividad se llama Formato Control de Producto No Conforme y en el Listado maestro de Registro éste se encuentra identificado como Registro de Servicio y Producto No Conforme (FO-GM-06).Por lo tanto estos dos documentos deberán ser modificados.
* El procedimiento hace referencia a un documento que se llama Listado Maestro de producto No conforme el cual, según listado maestro de registro dicho documento no existe.
1. Existen dentro del proceso dos procedimientos denominados 4-PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS (ACCIONES PREVENTIVAS YO CORRECTIVAS) y 5-PLANES DE MEJORAMIENTO (ACCION DE MEJORA), con actividades similares, las cuales en virtud de lo establecido en la norma se pueden unificar.

Se hace solicitud del Formato Análisis de Indicadores y los informes del análisis correspondiente: Se evidencia que el informe de indicadores contiene la evaluación de los objetivos propuestos por la gestión para el cumplimiento del Plan estratégico, pero se evidencia que la información para el análisis y conclusión de la medición no es lo suficientemente descriptiva o amplia para la generación de conceptos que aporten a la planeación, se recomienda la revisión del formato en relación a los espacios generados para tal análisis o la inclusión de otro documento que permita tal nivel de detalle.Se hace solicitud del Formato Control de Producto No Conforme y las acciones correctivas:Hasta el momento de realizada la auditoria, no existe evidencia del reporte de novedades ni solicitudes de control de producto no conforme, lo que indica que el procedimiento no esta siendo aplicado por la institución.Solicitud de Formatos e informe correspondientes a la Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.Se evidencia un informe conforme a las Peticiones, quejas, reclamos y/o solicitudes que han ingresado a la Institución en el periodo correspondiente al primer semestre del año 2019, aclarando que durante esta vigencia, el control de las respuestas se está monitoreando bajo el aplicativo ORFEO bajo la responsabilidad de la gestión documental.Mapa de Riesgos del Proceso:El Mapa de Riesgos identificado dentro del proceso de Mejoramiento Institucional se encuentra actualizado en el cual han sido identificados 4 riesgos que corresponden a las actividades que se realizan en dicho proceso y los cuales a la fecha no evidencian materialización. |
| **3. RESULTADO DE LA AUDITORIA** |
| Como resultado de la auditoria interna realizada y gracias a la colaboración y disposición del auditado, se evidenciaron 09 No conformidades del proceso de Gestión de Mejoramiento Institucional los cuales fueron establecidos bajo los criterios de la Norma ISO 9001:2015 y MECI 1000:2014, de igual forma se establecieron 5 observaciones, con el animo de permitir fortalecer el proceso. |
| **4.FORTALEZAS** |
| * La disposición del líder del proceso para suministrar la información requerida para la Auditoria fue pertinente.
* Se encuentra establecido el Plan de Acción año 2019.
* Se evidencia actualización del Mapa de Riesgos del proceso de Mejoramiento Institucional.
* Los procedimientos del proceso de Mejoramiento Institucional están construidos con base a lo establecido dentro la Norma.
* Se encuentra en articulación al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
* El personal encargado de dicho proceso tiene la idoneidad para la realización de las actividades correspondientes al proceso.
 |
| **5.OBSERVACIONES** |
| * Se evidencia que el sistema de gestión de calidad se está articulando al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
* El proceso de Gestión artística y cultural, debe de dividirse en dos procesos, por ser la que contiene toda la misionalidad de la institución y por tanto la vuelve muy pesada.
* Unificar los procedimientos de autoevaluación y planes de mejoramiento, ya que existen dos por cada uno de los temas.
 |
| **6.CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS Y/O NO CONFORMIDADES** |
| 1. La caracterización se encuentra desactualizada, no hay especificaciones claras en cuanto a las actividades que se realizan dentro del proceso y a los procedimientos y registros utilizados además, presenta inconsistencias de legalización del formato dentro del Sistema de Gestión de Calidad.

 1. El Manual de Calidad se encuentra desactualizado por lo tanto y de acuerdo a la norma ISO 9001:2015 requiere su verificación para definir claramente el alcance del mismo y actualización de los Listados Maestro de Registros y Documentos y demás componentes que así lo requieran, una vez el proceso de articulación al Modelo integrado de gestión haya terminado.
2. Los procedimientos establecidos e implementados dentro del proceso tales como: Auto Evaluación de gestión (PR-MI-01), Autoevaluación del Control (PR-MI-02), Control de producto No conforme (PR-MI-03),Planes de mejoramiento (Acciones correctivas y/o Preventivas), (PR-MI-04) Plan de Mejoramiento (acciones de Mejora) (PR-MI-05) y Trámite de Solicitudes (PR-MI-06) requieren ser evaluados y actualizados de acuerdo a las actividades que realiza el líder del proceso ya que algunos de estos no están siendo utilizados. Además no se identifican los registros que se utilizan en cada uno de ellos.
3. El Listado Maestro de Documentos y El Listado Maestro de Registros se encuentran desactualizados ya que algunos han sido modificados, creados y/o eliminados dentro de los procesos de la institución de acuerdo a la solicitud de requerimientos.
4. No hay evidencia del seguimiento y medición que según criterios establecidos en la norma NTCGP 1000-2009 Numeral 8.2.3 deben realizarse a los indicadores de gestión de todos los procesos de la entidad ni evidencia del informe correspondiente a dicha evaluación.
5. Hay desconocimiento y falta de apropiación del procedimiento establecido para el control de producto No conforme
6. No existen mecanismos para medir la percepción del cliente en cuanto a cumplimiento de los requisitos por parte de la entidad que permitan mejorar el desempeño de la misma tanto en el ámbito interno como externo.
7. El Plan de Acción presenta debilidad en el planteamiento de las metas, en los indicadores y la frecuencia de medición por lo tanto se requiere de su actualización.
8. Los Procesos y Procedimientos de la entidad, no se encuentran publicados dentro de la página web, requisito el cuál es exigido según la Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia.
 |
| **7. CONCLUSION PROCESO DE AUDITORIA** |
| La Auditoria Interna realizada a la fecha, fue evaluada mediante los criterios establecidos dentro de la norma NTCGP 1000-2009 y MECI 1000-2009, donde se puede concluir que el proceso presenta debilidades en cuanto a la actualización de los procedimientos, registros, caracterización, Manual de Calidad entre otros documentos correspondientes al proceso, además, se observa falta de apropiación y/o divulgación al personal de la entidad de todos los procesos y procedimientos pertenecientes al Sistema de Gestión de Calidad de la institución.Por otra parte y de acuerdo a la norma, se debe hacer seguimiento y medición de los procesos para que de esta manera se puedan evaluar los logros de los resultados planificados y el manejo de los recursos dentro de la entidad que permitan tomar acciones correctivas y/o preventivas que contribuyan a la mejora continua y calidad de los servicios. Es importante garantizar el seguimiento a la percepción del cliente mediante las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias entre otros documentos que llegan a la entidad atendiendo así a las necesidades de la comunidad en tiempos oportunos que permitan mejorar el desempeño y satisfacer las necesidades de la comunidad.Se debe garantizar que las acciones implementadas en los planes de mejoramiento interno se cumplan a cabalidad para eliminar las no conformidades identificadas que permitan mejorar el Sistema de Gestión de Calidad. |
| **8. RECOMENDACIONES** |
| * Se recomienda iniciar el proceso de ajuste de los procedimientos al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, con el ánimo de permitir el ajuste de la estructura exigida a la estructura funcional de la entidad y así permitir un mayor dinamismo.
* Eliminar del sistema, aquellos registros o documentos que no han sido requeridos o utilizados durante una vigencia, toda vez que sobrecarga el sistema y no genera información relevante.
* Describir detalladamente el procedimiento de la planeación institucional, dentro del cual se especifique la utilización de las encuetas de percepción aplicada y la disposición final de dichos formatos.
 |
| **9. Firmas:** |
|   |   |
| Nombre: | Nombre:  |
| Auditor Interno | Líder o Responsable del proceso auditado |