



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE CULTURA
RECREACIÓN Y DEPORTE



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20177200088693**

Fecha: 13-06-2017

MEMORANDO

Bogotá D.C., 20 de junio de 2017

PARA: María Claudia López Sorzano
Despacho Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte

DE: Oficina de Control Interno

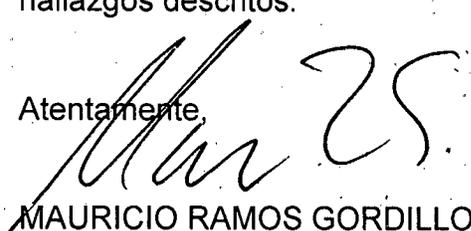
ASUNTO: Informe Definitivo de Auditoría Interna del Proceso Mejora
Continúa

Apreciada Doctora María Claudia:

De manera atenta hacemos entrega del informe final de la auditoría interna de calidad realizada al proceso Mejora Continua, confirmando los hallazgos reportados en el informe preliminar, luego de realizar un análisis de las observaciones planteadas por el responsable Doctor Daniel Mora.

Por lo tanto, de conformidad con el Procedimiento PR-MEJ-03-v11 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, la Dirección de Planeación deberá formular las correspondientes acciones para eliminar las causas que generaron los hallazgos descritos.

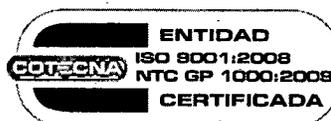
Atentamente,


MAURICIO RAMOS GORDILLO
Jefe Oficina de Control Interno
Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte.

Anexo: Formato de hallazgos

Proyectó: Ana Constanza Reyes
Revisó: Mauricio Ramos Gordillo

Cra. 8ª No. 9 - 83
Tel. 3274850
Código Postal: 111711
www.culturarecreacionydeporte.gov.co
Info: Línea 195



Certificado No. SG-2014000105 H
Certificado No. SG-2014000105

Página 1 de 1
FR-11-PR-MEJ-01. V4. 06/01/2016

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE CULTURA,
RECREACIÓN Y DEPORTE

INFORME DE AUDITORÍA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN-SIG

Código FR-03-PR-EVI-01

Versión 8

Fecha 11/05/17

INFORME PRELIMINAR

INFORME FINAL

Proceso Auditado:	Mejora Continua
Nombre del Auditor	Alexandra Méndez - Ana Constanza Reyes
Objetivos	Evaluar y verificar el cumplimiento y aplicación de la normas: NTCGP1000:2009, ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de calidad; ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental y OHSAS 18001:2007 Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
Alcance	Comprende la revisión de la caracterización del proceso, procedimientos, mapa de riesgos, indicadores de gestión, acciones correctivas, preventivas y de mejora y registros relacionados con el proceso a auditar
Limitaciones en el Alcance	La auditoría al proceso de mejora continua, sufrió limitaciones en el alcance debido a que un funcionario seleccionado de la muestra para verificar el numeral 7.3, no colaboró en el diligenciamiento de la encuesta diseñada para tal fin.
Procedimiento Utilizado	Revisión documentada, entrevistas, encuestas
Tema:	Mejora Continua
Fecha de informe de auditoría	Junio 13 - 2017

RELACION DE CONFORMIDADES AUDITORÍA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Nº	CRITERIOS A VERIFICAR	DESCRIPCIÓN DE LA CONFORMIDAD	PERSONAS ENTREVISTADAS/ EVIDENCIA
1	NUMERAL 4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Se evidenció en el plan de acción 2017, en la herramienta, de mejora continua, que permiten establecer el alcance del Sistema Integrado, de Calidad en la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte	Ayda Robinson - Alejandra Trujillo - Carlos Quitian
3	NUMERAL 5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO; 9,3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	Se revisó acta del comité directivo verificando la apropiación y liderazgo de la alta dirección en los temas relacionados con el sistema integrado de gestión	Ayda Robinson - Alejandra Trujillo - Carlos Quitian
4	NUMERAL 5,2 POLÍTICA	En la Cultunet de la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte se encuentra publicada la política del SIG	Ayda Robinson - Alejandra Trujillo - Carlos Quitian
5	NUMERAL 5,3 ROLES RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN	El Decreto 037 de 2017, Artículo 20, ítem e), establece los roles y responsabilidad de la Dirección de Planeación frente al Sistema Integrado de Gestión, estableciendo que: "Gestionar la implementación, sostenibilidad y mejora continua del Sistema Integrado de Gestión de la entidad y de los subsistemas que lo componen de acuerdo con la normativa vigente."	Ayda Robinson - Alejandra Trujillo - Carlos Quitian

RÉLACION DE NO CONFORMIDADES DE AUDITORÍA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (Hallazgos)

Nº	CRITERIOS A VERIFICAR	NO CONFORMIDAD	PERSONAS ENTREVISTADAS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE
1	<p>NUMERAL 6.1 PLANIFICACIÓN PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES ; 7.5.2 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN</p>	<p>El Proceso de Mejora Continua, cuenta con el mapa de riesgos, el cual está publicado en la Cultunet, sin embargo, se observa que las acciones suscritas para mitigar el riesgo tienen fecha de terminación en diciembre del año 2015, de ésta manera se evidencia una deficiencia en el seguimiento y la actualización de los riesgos del proceso de mejora continua de acuerdo a lo establecido en el numeral 4.4.1 que reza: "La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional" y literal f) abordar los riesgos y oportunidades determinados de acuerdo con los requisitos del apartado 6.1:</p> <p>Es importante tener en cuenta que el procedimiento "Administración de riesgos", establece: "El seguimiento a la implementación de las acciones, lo realizarán los líderes de procesos con sus respectivos grupos de trabajo, de manera trimestral y será remitido a la Dirección de Planeación y Procesos Estratégicos para la actualización de la herramienta. Si los responsables de procesos identifican que un riesgo se ha materializado, deben solicitar la actualización del mapa de riesgos y de los controles establecidos al Equipo SIG de Dirección de Planeación y Procesos Estratégicos".</p> <p>Por lo anteriormente expuesta no es posible evaluar la eficacia de las acciones propuestas en el mapa de riesgos de la referencia, de conformidad con el Numeral 6.1.2, literal b), numeral 2.</p>	<p>Ayda Robinson - Alejandra Trujillo - Carlos Quitian / Página de Intranet SCR'D</p>	<p>Daniel Mora</p>
<p>Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: Se acepta el hallazgo. No obstante, se deja constancia que el incumplimiento detectado hace referencia a las condiciones generales del procedimiento Administración de riesgos, y no al numeral citado en el hallazgo. Teniendo en cuenta lo anterior, se solicita retirar la primera parte de la redacción del mismo</p>				
<p>Conclusión: Se valoró la respuesta presentada por el responsable del proceso, de igual manera se tuvo en cuenta lo estipulado por la norma NTCGP: 1000, numeral 4.1 requisitos generales, literal g) que reza: "establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad", por tal razón y con las consideraciones presentadas en el informe preliminar, se confirma el hallazgo.</p>				
2	<p>NUMERAL 6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS Y NUMERAL 7.5.2 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN</p>	<p>Los procedimientos del proceso de mejora continua se deben actualizar teniendo en cuenta lo siguiente: "Los documentos deberán ser actualizados cada vez que se requiera por directriz de una norma, un cambio en el mapa de procesos o en la estandarización de documentos, o por una oportunidad de mejora que se identifique. Si esto no sucede se debe revisar los documentos al menos una vez cada dos años". (Negrilla fuera de texto)</p> <p>Ahora bien, el equipo auditor revisó los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PR-MEJ-04 v7. Control de producto o servicio no conforme Versión 7 de fecha 16/10/2014 • PR-MEJ-01 v18 Elaboración y control de documentos, versión 18 del 21/11/2016. • PR-MEJ-05 v6 Administración de riesgos, versión 6 de fecha 15/11/2015 • PR-MEJ-06 Revisión por la dirección, versión 3 del 23/10/2015 • PR-MEJ-08 v3 Administración del Normograma, versión 3 del 7/05/2015 • PR-MEJ-01 v18 <p>Sin embargo, no se observa la actualización de los procedimientos conforme a la nueva estructura orgánica de la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte y/o normatividad vigente y en algunos casos han transcurrido mas de dos años desde la última actualización.</p>	<p>Ayda Robinson - Alejandra Trujillo - Carlos Quitian / Página de Intranet SCR'D</p>	<p>Daniel Mora</p>
<p>Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: Para la actualización de los procedimientos del proceso de Mejora Continua, no se incluyó el Decreto 037 de 2017 de la nueva estructura orgánica, pues éste no regula su desempeño, es decir, no afecta el correcto desarrollo de los mismos: Por otra parte, de los seis procedimientos revisados, tan solo el de Control de producto o servicio no conforme se encuentra desactualizado, no en "algunos casos" como está la redacción del hallazgo. Por lo anterior, solicitamos excluir el Decreto mencionado como obligatorio en estos procedimientos y delimitar el hallazgo al único procedimiento que no está actualizado en el término de los dos años</p>				
<p>Conclusión: Revisado su respuesta se pudo constatar que los procedimientos citados se encuentran desactualizados ya sea por la falta de revisión periódica (en un termino no mayor a 2 años) o por la desactualización del normograma, teniendo en cuenta el rediseño institucional, por lo tanto se mantiene el hallazgo.</p>				
3	<p>7.5.2 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN</p>	<p>En la caracterización del Proceso de Mejora Continua, se suscribe en las "actividades del hacer", en la columna producto, lo siguiente: "Consolidado registro de producto o servicio no conforme – Satisfacción frente al bien o servicio"</p> <p>El equipo de auditor, no evidenció un documento que refleje la consolidación de producto o servicio no conforme, situación que se encuentra incluida en el procedimiento Control o producto no conforme, así: "Se debe igualmente reportar si no se presentó producto o servicio no conforme, para llevar el registro respectivo, a través de correo electrónico cada tres meses".</p>	<p>Ayda Robinson - Alejandra Trujillo - Carlos Quitian / Página de Intranet SCR'D</p>	<p>Daniel Mora</p>
<p>Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: Se acepta el hallazgo. Sin embargo, es preciso aclarar que el incumplimiento hace referencia a la actividad 7 del procedimiento de Control o producto no conforme</p>				
<p>Conclusión: Se revisó la respuesta presentada por el responsable del proceso, teniendo en cuenta la actividad No. 7 del procedimiento de control o producto no conforme, de esta manera se evidencia el inSe mantiene el</p>				

4	<p>NUMERAL 4.4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS</p> <p>NUMERAL 7.3 TOMA DE CONCIENCIA</p> <p>NUMERAL 8,1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL</p>	<p>Para verificar la apropiación de conocimientos sobre el Sistema Integrado de Gestión, el equipo auditor realizó una encuesta a seis de los funcionarios / contratistas de la Dirección de Planeación, escogidos al azar, a los cuales se les aplicó ocho (8) preguntas, que podían resolver consultando la Cultunet y en un tiempo prudencial para responder. Es importante informar que uno de los funcionarios seleccionados en la muestra no respondió la encuesta, aduciendo falta de tiempo.</p> <p>Se valoraron las respuestas con un promedio cada una del 12.5%, por cada uno de los funcionarios/contratistas, que al final del ejercicio dió como resultado total de la dependencia en promedio del 40.63% de apropiación de conocimientos.</p> <p>Lo anterior se fundamenta en el numeral 7.3, que refiere: "Toma de conciencia La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad".</p>	<p>Alejandra Trujillo, Leonardo Briceño, Ana Cecilia Carrión, Gilberto Rojas, Jorge Joaquín Martínez y Giovanny Navarro</p>	<p>Daniel Mora</p>
---	--	---	---	--------------------

Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: No se acepta el hallazgo, y se solicita su eliminación. Lo anterior, por las siguientes razones: 1) Según el plan de auditoría, el tiempo establecido para la segunda sesión de la misma, era el lunes 5 de junio en horas de la tarde. Sin embargo, esta agenda se modificó para las horas de la mañana del lunes 5 de junio, por solicitud de los auditores, esto hace que la misma culminara a las 12:00 del día lunes. La encuesta fue realizada a la 4:00 p.m hora en la que ya había finalizado la auditoría. No obstante, cinco (5) de los funcionarios de la Dirección de Planeación, respondieron la encuesta extemporánea. 2) Uno de los seis (6) funcionarios encuestado estaba atendiendo un requerimiento urgente e inaplazable, no pudiendo contestar en el momento exacto de la aplicación de la encuesta, y manifestando la voluntad de responderla una vez culminara la tarea asignada de manera prioritaria. Lo adecuado en estos casos es reemplazar el encuestado por otro, dar un tiempo prudencial para que este ÚNICO funcionario pueda culminar con su asignación y contestar la encuesta, o no tener en cuenta esa observación. 3) El análisis de las respuestas de la mencionada encuesta, debe corresponder a los que respondieron efectivamente la misma y no incluir en el promedio el no diligenciamiento de una de ellas; es decir el promedio correcto es de 62,22% y no de 40%. 4) Adicionalmente, el numeral 7.3 de toma de conciencia hace referencia a los siguientes elementos: política de la calidad; objetivos de la calidad, su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, y las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad; los cuales no fueron analizados en las preguntas formuladas en la encuesta, razón por la cual no se estaría incumpliendo el requisito 7,3 de toma de conciencia., en los literales a, b y c.

Conclusión: Valorada la respuesta presentada, se aclara que la encuesta se realizó a los funcionarios que debían atender el ejercicio de auditoría en el tiempo establecido para ello, tal y como se acordó con el responsable del proceso, por tal razón y en virtud del normatividad aplicable numeral 7.3 de la ISO:9001 y 6.2.2 de la NTCGP:1000, Competencia, formación y toma de conciencia, literal d) que refiere: "asegurarse de que los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas son conscientes de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad", se reitera la no conformidad.

Nº	CRITERIOS A VERIFICAR	OBSERVACIÓN	PERSONAS ENTREVISTADAS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE
----	-----------------------	-------------	-----------------------------------	-------------

1	<p>NUMERAL 6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS Y NUMERAL 7.5.2 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN</p>	<p>Se revisó la herramienta de Administración de la Mejora FR-02-PR-MEJ-03, Versión 8, con fecha 10/05/2017 y el formato de Administración de Indicadores CÓDIGO: FR-02-PR-MEJ-07 versión 04 de fecha 13/03/2017, publicados en Cultunet, los cuales fueron actualizados recientemente, se sugiere realizar una socialización para los funcionarios de la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte.</p>	<p>Ayda Robinson - Alejandra Trujillo - Carlos Quitian / Página de Intranet SCR D</p>	<p>Daniel Mora</p>
---	--	--	---	--------------------

Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: No se acepta la observación y se solicita su eliminación. Lo anterior, teniendo en cuenta lo siguiente: 1) El día 10 de mayo se envió una cápsula informando a toda la comunidad institucional sobre la actualización del procedimiento de ACPM, formato de solicitud, la herramienta de la mejora, procedimiento de indicadores, y formato de reporte de indicadores. Adicionalmente, el día 01 de junio (anterior a la realización de la auditoría), se convocó a los líderes operativos para socializar los nuevos procedimientos y herramientas del proceso de Mejora continua, lo cual era de conocimiento de la auditora líder por estar incluida en el equipo operativo del SIG (Invitación recibida con anterioridad a la realización de la auditoría por parte de la auditora, situación que se verificó in situ con la auditora, al momento de la auditoría). 2) Las observaciones que hacen los auditores deben estar basados en incumplimientos de alguno de los numerales de la norma o de los procedimientos fijados, y no a su opinión personal sobre la manera como se deben desarrollar las actividades propias de los procesos y procedimientos.

Conclusión: Es importante aclarar que la observación se encuentra encaminada a una sugerencia, la cual no acarrea una obligatoriedad para el responsable del proceso.