	INFORME DE AUDITORÍA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN-SIG	Código: FR-03-PR-EVI-01
		Versión: 08
		Fecha: 11/05/2017
INFORME PRELIMINAR <input type="checkbox"/>		INFORME FINAL <input checked="" type="checkbox"/>
Proceso Auditado:	Control Disciplinario	
Nombre del Auditor	Milena Yorlany Meza Patacón	
Objetivos	Verificar los procesos y procedimientos de la SCRCD con el fin de determinar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, así como la conformidad de con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y la normatividad vigente que le aplica	
Alcance	Esta auditoria aplica a todos los procesos definidos en el sistema de gestión de calidad del SCRCD	
Limitaciones en el Alcance	No se presentaron limitaciones en el alcance de auditoría	
Procedimiento Utilizado	Revisión documental, observación y entrevistas	
Tema	Auditoría Interna al Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO 9001:2015	
Fecha de informe de auditoría	17-jun-19	


RELACION DE CONFORMIDADES AUDITORÍA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

N°	CRITERIOS A VERIFICAR	DESCRIPCIÓN DE LA CONFORMIDAD	PERSONAS ENTREVISTADAS/ EVIDENCIA
1	4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO	Se evidencia documento denominado "CONOCIMIENTO Y CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN PARA EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO v1 de fecha 6 de junio de 2018, donde se observa la identificación de factores internos y externos de la SCRCD	Jefe de Oficina de Control Interno Disciplinario y Equipo de trabajo relacionado el listado de asistencia
2	4.4 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	Se evidencia la determinación de la caracterización del proceso, sus procedimientos y documentación asociada necesarios para la operación del proceso. Procedimiento: Control Disciplinario Ordinario, Procedimiento: Control Disciplinario Verbal, Procedimiento: Segunda Instancia Procesos Disciplinarios, los cuales se encuentran publicados en la intranet de la Entidad http://intranet.culturarecreacionydeporte.gov.co/mipg/procesos-de-evaluacion/control-disciplinario	
3	6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	Se evidencia la identificación de riesgos en el Mapa de Riesgos de la Entidad http://intranet.culturarecreacionydeporte.gov.co/mipg/riesgos , no obstante presenta debilidad en su identificación por lo cual se establece como observación en este informe	
4	7.3 TOMA DE CONCIENCIA	El personal entrevistado durante la auditoría demuestra conocimiento frente al sistema de gestión de la Entidad, demostrando la implementación de los lineamientos institucionales para su mantenimiento	
5	7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA	Se realiza pruebas aleatorias frente a la documentación que produce el proceso evidenciando los correspondientes registros y archivos en los expedientes electrónicos del aplicativo ORFEO	

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

N°	CRITERIOS A VERIFICAR	NO CONFORMIDAD	PERSONAS ENTREVISTADAS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE
1	4.4.1 c) indicadores de desempeño ISO 9001:2015 Procedimiento de administración de indicadores código CÓDIGO: PR-MEJ-07	No se evidenció reporte del segundo semestre del indicador "IND-COD-01 Cumplimiento de términos procesales" cuya frecuencia de medición es semestral, incumpliendo el procedimiento de administración de indicadores código CÓDIGO: PR-MEJ-07 versión 4 de fecha 04/05/2017 que establece los indicadores deben ser reportados en los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes"	Jefe de Oficina de Control Interno Disciplinario y Equipo de trabajo relacionado el listado de asistencia	Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario
<p>Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: Como no se menciona, entendemos que el reporte al que alude el informe es el del segundo semestre del año 2018. Al respecto informamos que mediante radicado 20191500065813 presentamos el reporte de indicadores correspondiente al segundo semestre del año 2018. De otra parte, no podríamos reportar dentro de los "primeros cinco (5) días hábiles de cada mes", toda vez que el indicador es de frecuencia semestral. En consecuencia, le solicitamos retirar el hallazgo.;</p> <p>Conclusión: Revisada la respuesta remitida por el proceso donde informa que el reporte se realizó mediante el radicado 2019150006581, se evidencia que efectivamente fue realizado el 2 de abril de 2019 y considerando que el reporte observado corresponde al segundo semestre de 2018, el cual debió reportarse los cinco (5) primeros días hábiles del mes de enero, es decir el 9 de enero de 2019, <u>se mantiene la no conformidad</u></p> <p>Por lo tanto, en cumplimiento del PR-MEJ-03 v13 Procedimiento para la mejora, el proceso debe realizar el análisis de las causas o factores por los cuales se presentó la situación, formular y gestionar las acciones correctivas pertinentes para asegurar que la situación se vuelva a presentar.</p>				

		INFORME DE AUDITORÍA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN-SIG		Código: FR-03-PR-EVI-01			
				Versión: 08			
				Fecha: 11/05/2017			
INFORME PRELIMINAR <input type="checkbox"/>		INFORME FINAL <input checked="" type="checkbox"/>					
Proceso Auditado:		Control Disciplinario					
9.1.3 Análisis y evaluación ISO 9001:2015		No se evidencia un adecuado análisis de los datos reportados relacionado con las variables de los indicadores del proceso de control disciplinario evidenciado en : a) Indicador "IND-COD-01 Cumplimiento de términos procesales", donde se observa el siguiente reporte: "Para el primer semestre de 2018 la oficina tenía cuatro (4) expedientes activos. Las actuaciones surtidas en los mismos atendieron de manera estricta los diferentes términos señalados en la ley 734 de 2002", información que no atiende a las variables de medición del indicador: Número de actuaciones producidas /Procesos con términos a vencerse en el periodo b) Indicador IND-COD-02 Publicación estrategias preventivas, donde se observa el siguiente reporte "Para el trimestre de febrero de 2018 a abril de 2018 se programaron (4) cuatro publicaciones en la página de Cultunet dando a conocer el Código Único Disciplinario a los funcionarios de la Entidad. La meta se cumplió a cabalidad", datos que no responden a las variables de medición, igualmente no se evidenció la fuente de la información relacionada con la variable "numero de publicaciones programadas", así mismo se evidenció que el seguimiento semestral (enero -junio) del indicador IND-COD-01 Cumplimiento de términos procesales, se encuentra registrado en el mes de julio de 2018, y para el indicador b) IND-COD-02 Publicación estrategias preventivas, los seguimientos correspondientes a cada trimestre se encuentran registrados en el mes posterior al periodo reportado, lo que podría generar error en el análisis al final de la vigencia. Por lo anterior, se evidencia incumplimiento del numeral 9.1.3 Análisis y evaluación "La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición" de la norma ISO 9001:2015		Jefe de Oficina de Control Interno Disciplinario y Equipo de trabajo relacionado el listado de asistencia		Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario	
Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: Frente al literal a). Con base en la misma auditoría llevada a cabo el 4 de abril del presente año solicitamos la colaboración de la Oficina de Planeación para tratar de mejorar la fórmula de este indicador. Efectivamente, nos atendieron el pasado 5 de junio y modificamos la fórmula, la cual quedó de la siguiente manera: "Número de actuaciones producidas/número de quejas, denuncias, traslados de otras entidades recibidas para inicio de actuaciones disciplinarias." La solicitud de modificación se formalizó con el radicado 20191500112113. 2 Sin embargo, consideramos que las variables de medición anteriores resultaban entendibles para los integrantes de esta oficina, al punto que efectivamente en las actuaciones disciplinarias se han atendido de manera estricta los diferentes términos señalados en la ley 734 de 2002. De esta manera, creemos se quedó satisfecho el hallazgo y, consecuentemente, deberá ser retirado. Frente al literal b). En la misma fecha que fuimos atendidos en la Dirección de Planeación revisamos la fórmula de este indicador y concluimos que está bien elaborada. Ahora, respecto de la "fuente de la información relacionada con la variable "numero de publicaciones programadas", debemos señalar que desde que construimos la fórmula para este indicador quedó claro que debíamos hacer una publicación mensual y así quedó registrado en las actas de reunión que de manera mensual levantamos en la oficina para revisar las tareas pendientes, los términos procesales, las nuevas actuaciones etc.,. Finalmente, respecto de que el reporte de los indicadores se realiza en el mes siguiente al periodo reportado, debemos señalar que la situación se presenta de esa manera debido a que el primer indicador es de frecuencia semestral, es decir para los periodos enero-junio y julio-diciembre; por tanto, el primer reporte sólo puede hacerse después de terminado el mes de junio, es decir en el mes de julio y el segundo una vez termina el mes de diciembre, o sea en el mes de enero. De igual manera, el otro indicador es de frecuencia trimestral, esto es, de enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre y octubre a diciembre. En ese orden, el reporte sólo podría hacerse en el mes siguiente al vencimiento del trimestre: abril, julio, octubre y enero del año siguiente. Cabría preguntar, entonces: ¿Existe alguna disposición que establezca que los informes periódicos deben presentarse antes de que termine dicho periodo? No encontramos, en consecuencia, que ese "hallazgo" constituya una falencia en el reporte de indicadores. Por tanto, el mismo deberá ser retirado. Conclusión: Valorada la respuesta del proceso, <u>se mantiene la no conformidad</u> , en tanto que la respuesta no desvirtúa la observación, dado que los datos no fueron reportados teniendo en cuenta las variables formuladas en cada indicador y el registro del reporte no correspondía al mes reportado Por lo tanto, en cumplimiento del PR-MEJ-03 v13 Procedimiento para la mejora, el proceso debe realizar el análisis de las causas o factores por los cuales se presentó la situación, formular y gestionar las acciones correctivas pertinentes para asegurar que la situación se vuelva a presentar.							
4.4.1 literal h) mejorar los procesos y el sistema de gestión de la calidad y el numeral 10.mejora de la ISO 9001:2015		A la fecha de la auditoría no se evidenció documentación de acciones correctivas o de mejora durante las vigencias 2017 y 2018, en la herramienta de la mejora Código FR-02-PR-MEJ-03 establecida para el registro y seguimiento de la mejora continua de la SCR.D, que demuestren la mejora del desempeño del proceso de control interno disciplinario, incumpliendo el numeral 4.4.1 literal h) mejorar los procesos y el sistema de gestión de la calidad y el numeral 10.mejora "La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente" de la norma iso 9001:2015		Jefe de Oficina de Control Interno Disciplinario y Equipo de trabajo relacionado el listado de asistencia		Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario	
Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: De manera respetuosa disintimos de la anterior afirmación. En primer término, entendemos que las acciones correctivas o de mejora se emprenden como resultado de observaciones y hallazgos detectados en auditorías regulares previas. Sin embargo, a la presente fecha (12 de junio de 2019), no conocemos el resultado de la auditoría que se realizó en el mes de junio de 2018, por tanto, no era posible emprender ninguna acción de mejora. 3 No obstante, a partir de ese ejercicio de auditoría del año anterior la OCID implementó por iniciativa propia, con apoyo de funcionarios de la Dirección de Planeación y atendiendo las recomendaciones (de las que nos acordamos) de la jefe de la Oficina de Control Interno el mismo día de la auditoría, algunas medidas que consideramos podrían redundar en la mejora de nuestro proceso. Entre esas acciones están: Actas de autocontrol. A partir del mes de julio de 2018 comenzamos a revisar las tareas pendientes de la OCID, las actividades que teníamos para el mes siguiente, las actuaciones disciplinarias que iniciaríamos, las reuniones a las que nos convocaban, los términos procesales, etc., y las plasmamos en el formato "Actas de Reunión", tomado de Orfeo. En un comienzo no radicábamos estas actas, pero desde febrero de 2019 radicamos una mensual. Atendiendo directrices en materia de archivo y tablas de retención documental, hicimos entrega de expedientes al Grupo Interno de Recursos Físicos para efectos de archivo. A manera de ejemplo cito los radicados 20181500130163, 20181500130093, 20181500130123 y 20181500130153. De igual manera, subsanamos la observación verbal relacionada con la presentación extemporánea de los reportes de indicadores.							

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, PROTECCIÓN Y DEPORTE	INFORME DE AUDITORÍA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN-SIG		Código: FR-03-PR-EVI-01	
			Versión: 08	
			Fecha: 11/05/2017	
INFORME PRELIMINAR <input type="checkbox"/>		INFORME FINAL <input checked="" type="checkbox"/>		
Proceso Auditado:	Control Disciplinario			
Conclusión: Revisada la respuesta del proceso <u>se mantiene la no conformidad</u> , toda vez que la SCR D estableció como medio oficial para el registro de las acciones correctivas y de mejora, la HERRAMIENTA DE LA MEJORA Código FR-02-PR-MEJ-03, igualmente se precisa que Sistema de Gestión y el procedimiento para la mejora de la SCR D, determina entre las fuentes que permiten la identificación de acciones de mejora: quejas, reclamos, sugerencias, resultado de los análisis de datos de indicadores, gestión de riesgos, ejercicios de autoevaluación, auditorías internas o externas, entre otras. Por lo tanto, en cumplimiento del PR-MEJ-03 v13 Procedimiento para la mejora, el proceso debe realizar el análisis de las causas o factores por los cuales se presentó la situación, formular y gestionar las acciones correctivas pertinentes para asegurar que la situación se vuelva a presentar.				
N°	CRITERIOS A VERIFICAR	OBSERVACIÓN	PERSONAS ENTREVISTADAS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE
	6.1.2 La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades;	Se observa debilidad en la identificación, análisis y valoración de los riesgos (R11, R23) del proceso de control disciplinario registrados en el Mapa de Riesgos Versión 1 de fecha enero 2019, donde se evidencia 1) causas identificadas como riesgos "R23 Desconocer las normas propias del debido proceso y el derecho de defensa." 2) controles de probabilidad identificados como controles de impacto (R11) 3) debilidad en la identificación de la causa raíz y los controles existentes para atacar la causa (R11) y 4) se observa confusión entre los controles existentes (acciones establecidas a través de políticas y procedimientos) y los planes de manejo o planes de mitigación (planes de acción para diseñar y/o fortalecer controles para mitigar los riesgos), situación que no permite evaluar la eficacia de las acciones planeadas	Jefe de Oficina de Control Interno y Equipo de trabajo relacionado el listado de asistencia	Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario
1	Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: El mapa de riesgos del proceso se construyó de acuerdo con las recomendaciones de funcionarios de la Dirección de Planeación de la entidad y también con el apoyo de funcionarios de la Oficina de Control Interno. Al revisar los riesgos de nuestro proceso no evidenciamos en qué consiste la "debilidad en su identificación". Es demasiado ambigua esta calificación y, por ello, no encontramos la manera de mejorar la situación. Para nosotros los riesgos 11 y 23: "Vencimiento de términos procesales de tal manera que se presente los fenómenos de caducidad y prescripción de la acción disciplinaria en favor de terceros" y "Desconocer las normas propias del debido proceso y el derecho de defensa", resultan entendibles y "fuertes". Sin embargo, de manera cordial solicitaremos el apoyo de la Dirección de Planeación para construir o identificar de mejor manera nuestro mapa de riesgos.			
Conclusión: Teniendo en cuenta que la debilidad en la identificación, análisis y valoración de los riesgos, se identificó a partir de 1) identificar causas como riesgos, calificar control de probabilidad como controles del impacto, confusión entre los controles existentes y los planes para el manejo del riesgo, se valora la respuesta del proceso, y se <u>mantiene la observación</u> la cual se identifica con el fin de mejorar y fortalecer la gestión de riesgos del proceso.				