



INFORME DE AUDITORÍA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN-SIG

Código: FR-03-PR-EVI-01
 Versión: 08
 Fecha: 11/05/2017

INFORME PRELIMINAR		INFORME FINAL X	
Proceso Auditado:	Proceso Gestión Documental, de Recursos Físicos y Servicios Generales		
Nombre del Auditor	Milena Yorlany Meza Patacón		
Objetivos	Verificar los procesos y procedimientos de la SCR D 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 SCR D		
Limitaciones en el Alcance	No se presentaron limitaciones en el alcance de auditoria		
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 auditoria	22-jul-19		

RELACIÓN DE CONFORMIDADES AUDITORÍA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

N°	CRITERIOS A VERIFICAR	DESCRIPCIÓN DE LA CONFORMIDAD	PERSONAS ENTREVISTADAS/ EVIDENCIA
1	4.1 COMPRESION 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 SCR D	Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos y Equipo de trabajo relacionado el listado de asistencia
2	4.4 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y SUS	Se evidencia la determinación de la caracterización del proceso, sus procedimientos y documentación asociados necesarios para la operación del proceso CP-GDF-APY v11 Gestión Documental, de Recursos Físicos y Servicios Generales	
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 evidencia debilidad en la identificación de riesgos, controles y planes de mitigación, por lo cual se establece como observación	
4	7.3 TOMA DE CONCIENCIA	El personal entrevistado durante la auditoria demuestra conocimiento frente al sistema de gestión de la Entidad, demostrando la implementación de los lineamientos institucionales para su mantenimiento	

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

N°	CRITERIOS A VERIFICAR	NO CONFORMIDAD	PERSONAS ENTREVISTADAS/	RESPONSABLE
NC 1	Proceso Gestión documental, de Recursos Físicos y Servicios Generales. CÓDIGO: CP- GDF- APY numeral 4.4.1 de la norma ISO 9001:2015	Al revisar las actividades, entradas y salidas del proceso establecidas en el Proceso Gestión documental, de Recursos Físicos y Servicios Generales. CÓDIGO: CP- GDF-APY Versión 11 de fecha 25/07/2016 1) No se evidenció información documentada (registros) del producto: Plan de programación y ejecución de actividades en cada una de las siete líneas de acción del proceso 2) Se evidenció debilidad en la identificación de actividades, productos /o salidas del proceso en el marco del ciclo PHVA, donde se observan: a) En la FASE PLANEAR: Actividades que no corresponden a la planificación del proceso, los recursos y/o actividades para identificar y abordar los riesgos y las oportunidades del proceso, como por ejemplo: *Mantener en buen estado los bienes muebles e inmuebles a cargo de la SCR D, *Prestar los servicios generales de aseo y cafetería, transporte, vigilancia y logística para la SCR D,* Controlar de un modo eficiente y sistemático la creación, la recepción, el mantenimiento, la utilización y la disposición de los documentos que hacen parte de todos los procesos de la SCR D. *Administrar los recursos de la caja menor de la SCR D, b) En la FASE HACER: Actividades que no responden a implementación de lo planificado como por ejemplo: * Realizar el diagnóstico e identificación de necesidades en materia de cada una de las siete líneas acción del proceso. *Programar el PAC de la dependencia, *Solicitar el diseño del contenido de publicaciones, notas informativas *Realizar las solicitudes de mantenimiento de los aplicativos y sistemas (software y hardware) necesarios para la realización de las actividades del proceso de recursos físicos y servicios generales, *Participar en las actividades de Bienestar, Seguridad Social y Salud en el Trabajo, *Evaluación de Desempeño, *Designar y realizar la supervisión de los contratos adjudicados. Por lo cual se incumple con lo establecido en la caracterización del Proceso Gestión documental, de Recursos Físicos y Servicios Generales. CÓDIGO: CP- GDF-APY Versión 11 y lo establecido en el numeral 4.4.1 de la norma ISO 9001:2015 " La organización debe determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización, y debe: a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos; b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos.Recomendación : Por lo cual se recomienda revisar y ajustar las actividades, productos y/o salidas asegurando su coherencia con lo establecido en el numeral 0.3.2 Ciclo Planificar- Hacer-Verificar y Actuar de la norma ISO 9001: 2015	Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos y Equipo de trabajo relacionado el listado de asistencia	Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos
<p>Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: Es pertinente informar que la caracterización del proceso fue realizada por esta área con el acompañamiento y la aplicación de lineamientos de la Dirección de Planeación, razón por la cual solicitamos que sea retirada esta no conformidad y se deje como una observación, así como se menciona durante la auditoria realizada. El área ya se encuentra trabajando en el ajuste preliminar del documento para que la Dirección de Planeación la revise.</p>				
<p>Conclusión: Valorada la respuesta presentada por el proceso, <u>se mantiene la no conformidad</u> toda vez que no se observan evidencias que desvirtuen los incumplimientos detectados, igualmente no referencian documentos y/o registros que evidencien la acción que el proceso se encuentran gestionando. 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, registrar en la herramienta de la mejora y gestionar las correcciones y/o acciones correctivas pertinentes para asegurar que la situación se vuelva a presentar</p>				



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN
Y DESARROLLO

INFORME DE AUDITORÍA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN-SIG

Código: FR-03-PR-EVI-01

Versión: 08

Fecha: 11/05/2017

INFORME PRELIMINAR

INFORME FINAL X

Proceso Auditado:		Proceso Gestión Documental, de Recursos Físicos y Servicios Generales		
NC 2	<p>ISO 9001:2015 6.1.2 Planificación de acciones para abordar riesgos Artículo 2 de la ley 87 de 1993</p>	<p>No se evidenció la identificación, análisis, valoración y formulación de acciones para abordar los riesgos asociados al contexto y el objetivo Proceso de Gestión Documental de Rec. Físicos y Serv. Generales, en el Mapa de Riesgos versión 1 de fecha enero 2019 publicado en la cultunet de la Entidad http://intranet.culturarecreacionydeporte.gov.co/mipg/riesgos, incumpliendo con el artículo 2 de la ley 87 de 1993 en su literal que establece "f. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos", con la política de administración de riesgos versión 4 del 10 de enero de 2019, aprobada por el Comité de Coordinación de Control Interno, lo establecido en el numeral 5.1.2 enfoque al cliente literal que establece "La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente asegurándose de que: b) se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente, así como lo establecido en el numeral 6.1.2 que establece que "La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades de la norma ISO 9001:2015</p>	<p>Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos y Equipo de trabajo relacionado el listado de asistencia</p>	<p>Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos</p>
<p>Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: Se acepta esta no conformidad y se realizará el plan de mejora para cumplir con el requerimiento. Sin embargo, se deja constancia de que si se realizó la gestión en el diligenciamiento de la Matriz versión de enero de 2019 junto con la Dirección de Planeación</p>				
<p>Conclusión: Valorada la respuesta del proceso, se entiende aceptada la no conformidad, así mismo se precisa que el proceso no remite evidencias de su afirmación "Se deja constancia de que si se realizó la gestión en el diligenciamiento de la Matriz versión de enero de 2019 junto con la Dirección de Planeación"</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, registrar en la herramienta de la mejora y gestionar las correcciones y/o acciones correctivas pertinentes para asegurar que la situación se vuelva a presentar</p>				

NC 3	<p>ISO 9001: 2015 6.3 Planificación de Cambios</p>	<p>Durante la auditoría se observó que el proceso Gestión Documental, de Recursos Físicos y Servicios Generales, se encontraba adelantando cambios en las funcionalidades del aplicativo para la gestión documental de la SCR D "ORFEO", los cuales fueron comunicados mediante la circular 07 del 20 de marzo de 2019, sin embargo, no se evidenció información documentada o registros donde se evidenciará la planificación de los mencionados cambios, su propósito y las consecuencias potenciales. Lo anterior incumple el numeral 6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS de la norma ISO 9001:2015, donde establece que "Cuando la organización determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada (véase 4.4). La organización debe considerar: a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales; b) la integridad del sistema de gestión de la calidad; c) la disponibilidad de recursos; d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades</p>	<p>Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos y Equipo de trabajo relacionado el listado de asistencia</p>	<p>Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos</p>
<p>Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: Se acepta la no conformidad dado que efectivamente no se evidencia de manera documentada las acciones a seguir frente a los cambios en las funcionalidades del aplicativo Orfeo, sin embargo, es de señalar que las actividades previas a la implementación de aplicativo se desarrollaron de manera conjunta entre el Grupo de Sistemas y la Oficina de Gestión Documental las capacitaciones de operación y proceso de gestión documental de cara a la actualización del sistema. (radicado 20197100072203)</p>				
<p>Conclusión: Valorada la respuesta del proceso, se entiende aceptada la no conformidad. 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, registrar en la herramienta de la mejora y gestionar las correcciones y/o 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

INFORME FINAL X

Proceso Auditado:		Proceso Gestión Documental, de Recursos Físicos y Servicios Generales		
NC 4	7.5.3 Control de la información documentada Acuerdo 060 de 2001 Acuerdo 39 de 2002 Decreto 2609 de 2012 artículo 5°	Al verificar el cumplimiento de los lineamientos para administración y archivo de las comunicaciones oficiales en la SCRD, se evidenció a la fecha de la auditoría debilidad en la aplicación de controles desde el Grupo Interno de Recursos Físicos, para asegurar el adecuado uso y almacenamiento adecuado de la información por parte de las dependencias de la Entidad, donde fueron observados de manera generalizada a las diferentes dependencias las siguientes situaciones: 1) Se evidencian radicados que no fueron tramitados y/o finalizados adecuada y oportunamente así 2) Se evidenciaron radicados sin imagen digitalizada entre los cuales se observan: 20172100165323 20181000252243 20181000252273 20181000252333 20181000252363 20182100033853 20182100033863 20182100033973 20182100035193 20182100037153 20182100037163 20182100037173 20182100037633 20182100041493 20182100056993 20192100001503 3) Se evidenciaron 24 radicados con asunto "XXXXXXX" entre los cuales se observan 2018110009467, 2017110005025, 2019220003109 4) Se evidenciaron 551 radicados sin finalizar el trámite en el aplicativo ORFEO generados entre la vigencia 2016, 2017 y 2018. (Se adjuntan evidencias de los reportes del aplicativo). Por lo anterior se incumple el Acuerdo No. 060 de 2001 por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas en su artículo quinto: procedimientos para la radicación de comunicaciones oficiales: "Los procedimientos para la radicación de comunicaciones oficiales, velarán por la transparencia de la actuación administrativa, razón por la cual, no se podrán reservar números de radicación, ni habrá números repetidos, enmendados, corregidos o tachados, la numeración será asignada en estricto orden de recepción de los documentos...", el Acuerdo 39 de 2002 Quinta etapa. "...la unidad de archivo de cada entidad establecerá un cronograma de seguimiento para la verificación de la aplicación de la tabla de retención documental en las dependencias ...", el Decreto 2609 de 2012 artículo 5°. Principios del proceso de gestión documental el cual es el literal d) control y seguimiento, establece "Las entidades deben asegurar el control y seguimiento de la totalidad de los documentos que produce o recibe en desarrollo de sus actividades, a lo largo de todo el ciclo de vida" y el numeral 7.5.3.1 literal b) que establece "La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad ... se debe controlar para asegurarse de que: b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad), el numeral 7.5.3.2 Control de la información de la ISO 9001: 2015 a), b) y d). (Se adjunta evidencia de reportes ORFEO)	Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos y Equipo de trabajo relacionado el listado de asistencia	Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos
	Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: Se acepta la no conformidad, pero es necesario señalar que si bien se aceptan las observaciones presentadas frente al cumplimiento normativo, la SCRD desarrolla la totalidad de sus actividades mediante el aplicativo Orfeo, la responsabilidad frente a la administración de los números radicados recae inicialmente en el productor de los oficios, y en procura de mejorar esta debilidad se ha venido desarrollando mejoras por parte del Grupo de Sistemas en el aplicativo Orfeo, de tal modo que antes de generar un número radicado, se elaboren documentos temporales (borrador) y hasta tanto no se archive y cumpla con las etapas de validación no se genere un número de radicado correspondiente. Esta mejora se proyectó para eliminar la mala práctica de reservar radicados mediante el asuntos denominados "XXXXX", criterio que se tenía en cuenta para la generación de documentos.			
	Conclusión: Valorada la respuesta del proceso, <u>se entiende aceptada la no conformidad.</u> Igualmente se informa que la situación evidenciada fue observada a cada una de las dependencias donde se detectó las desviaciones para que genere las acciones correctivas desde su competencia, así como al Proceso de Gestión Documental, de Recursos Físicos y Servicios Generales responsable de establecer controles para asegurar el cumplimiento de los lineamientos normativos como lo establece la normatividad vigente y relacionada en la no conformidad. Por lo tanto, en cumplimiento del PR-MEJ-03 v13 Procedimiento para la mejora, el proceso debe formular y gestionar las acciones pertinentes para la mejora del proceso, registrándola en la FR-02-PR-MEJ-03 v9 Herramienta de administración de la mejora			

NC 5	Procedimiento de administración de indicadores código CÓDIGO:PR-MEJ-07 versión 4 4.4.1 de la iso 9001:2015	No se evidenció reporte para los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018 del indicador IND-DOC-04 Eficacia en el uso de radicados y reporte del mes de diciembre del 2018 del indicador: IND-DOC-03 Eficacia en trámite de radicados. 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", así como el numeral 4.4.1 de la iso 9001:2015 que establece en el literal c) "determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, las mediciones y los indicadores del desempeño relacionados) necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control de estos procesos"	Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos y Equipo de trabajo relacionado el listado de asistencia	Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos
	Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: "No se evidenció reporte para los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018 del indicador IND-DOC-04 Eficacia en el uso de radicados". Este indicador se reporta de manera trimestral por consiguiente se realiza en los meses marzo, junio, septiembre, diciembre. En cuanto al ingreso de datos en el mes de diciembre se observa que hay descripción de los datos, pero por error humano se omitió el cargue de los valores." y reporte del mes de diciembre del 2018 del indicador: IND-DOC-03 Eficacia en trámite de radicados", se observa mediante el radicado 20197100002483 que este dato fue reportado. Por consiguiente, de manera atenta se solicita eliminar la No Conformidad.			
	Conclusión: Valorada la respuesta de proceso y las evidencias relacionadas, <u>se acepta la solicitud y se retira la no conformidad</u>			
N°	CRITERIOS A VERIFICAR	OBSERVACIÓN	PERSONAS ENTREVISTADAS/	RESPONSABLE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
REGISTRACIÓN Y CONTROL

INFORME DE AUDITORÍA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN-SIG

Código: FR-03-PR-EVI-01

Versión: 08

Fecha: 11/05/2017

INFORME PRELIMINAR

INFORME FINAL X

Proceso Auditado:		Proceso Gestión Documental, de Recursos Físicos y Servicios Generales		
OBS 1	ISO 9001: 2015 9.1.3 Análisis y evaluación	Al verificar los indicadores de desempeño del proceso de gestión documental, 1) no se observó un adecuado análisis de datos del indicador IND-FIS-01 Oportunidad en la atención en el plan de mantenimiento de Sedes, debido a que la información del análisis cualitativo del indicador no permite concluir frente al comportamiento del indicador en términos de oportunidad, en el que se observa el siguiente reporte "Para el periodo se cumplió a tiempo con el total de las actividades programadas en el plan de mantenimiento", igualmente no se evidencia en la descripción del indicador el criterio establecido para determinar la oportunidad y las fechas de cortes que permitan validar la confiabilidad del resultado obtenido, dado que las solicitudes recibidas a fin del mes analizado no se atienden dentro del mismo mes reportado. 2) No se evidencia una adecuada formulación de los indicadores IND-DOC-03 Eficacia en trámite de radicados cuyas variables son: Cantidad total de radicados en el aplicativo Orfeo finalizados en el periodo / Cantidad total de radicados creados en el aplicativo Orfeo en el periodo y el indicador IND-DOC-04 Eficiencia en el uso de radicados cuyas variables son: Total radicados anulados en el periodo / Cantidad total de radicados creados en el aplicativo Orfeo en el periodo, debido a que los radicados finalizados o anulados pueden ser generados en periodos diferentes al periodo analizado, por lo cual los resultados obtenidos no evidencian criterios de confiabilidad y pertinencia frente al propósito del indicador.	Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos y Equipo de trabajo relacionado el listado de asistencia	Coordinador Grupo Interno de Recursos Físicos
	<p>Respuesta presentada por el Responsable del Proceso o Dependencia: 9.1.3 Análisis y evaluación: Es pertinente informar que la construcción de los indicadores fue realizada por esta área con el acompañamiento y la aplicación de lineamientos de la Dirección de Planeación y que hemos venido realizando un trabajo preliminar de ajuste de los indicadores del área. Procederemos a concretar estos ajustes para atender la observación.</p> <p>Conclusión: Valorada la respuesta del proceso de gestión, se entiende aceptada la observación. Por lo tanto, en cumplimiento del PR-MEJ-03 v13 Procedimiento para la mejora, el proceso debe formular y gestionar las acciones pertinentes para la mejora del proceso, registrándola en la FR-02-PR-MEJ-03 v9 Herramienta de administración de la mejora.</p>			