

AUDITOR LIDER	LIGIA GAITAN BERNAL.
GRUPO AUDITIVO	JOSE JEZITH CRUZ GUTIERREZ, YISSET PATRICIA MARTINEZ MARTIN, GRACIELA HERNANDEZ LOZANO, MARCO ANTONIO PERICO, GLORIA CECILIA RODRIGUEZ VALENCIA, LIGIA GAITAN BERNAL. ACOMPAÑANTES: GEMMA LEONOR ROJAS, BLANCA FLOR BECERRA, MERY ESPERANZA TAVERA.
ALCANCE DE LA AUDITORIA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, GESTIÓN FINANCIERA, GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS, GESTIÓN DE LA INFORMACION, GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRATACION, GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO, CRÉDITOS, ATENCIÓN AL CLIENTE, BIENESTAR SOCIAL Y GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO.
OBJETIVOS DE LA AUDITORIA	Evaluar la conformidad de los 10 procesos Institucionales frente a los criterios establecidos en la norma NTC GP-1000-2009, MECI, el mantenimiento de los procedimientos establecidos, la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad de la Corporación Social de Cundinamarca e identificar oportunidades de mejora.
CRITERIOS DE LA AUDITORIA	NTC GP-1000-2009, Documentos internos del sistema de Gestión de la Calidad, resultado Auditorias anteriores.

DESARROLLO DE LA AUDITORIA

El Plan de Auditoría se envió el: **23/06/2016**

La auditoría se realizó por muestreo selectivo de evidencias de las actividades y resultados de la Gestión de la Entidad.

Se verificó la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales aplicables establecidos en los Acuerdos expedidos por la Junta Directiva.

Se verificó el seguimiento de los riesgos que previamente ha identificado en cada uno de los Procesos del SGC de la Entidad.

CONCLUSIONES:

**F
O
R
T
A
L
E
Z
A
S**

- Se evidencia la coherencia entre los objetivos de los procesos y los Objetivos y Política de la Calidad.
- Se evidencia la formulación de los planes estratégico del cuatrenio anterior que va hasta Julio de 2016, su plan indicativo, plan anual de adquisiciones.
- La entidad ha asegurado los recursos económicos para garantizar la implementación y mantenimiento del SGC y mejorar su eficiencia y eficacia a través de la capacitación de
- Se evidencia la realización de encuestas de satisfacción del cliente que muestran favorabilidad en el servicio prestado.
- Se evidencian mensajes de sensibilización promoviendo la importancia de mejorar el servicio a los Afiliados y Beneficiarios.
- Se ha controlado la reversión de documentos con la autorización del Sub Gerente Administrativo y Financiera.
- Se evidencia en muchos funcionarios la disposición de aprender para obtener mejores resultados en el desempeño de los funcionarios.
- Se tiene establecido el Plan de Mantenimiento de Software y de Hardware de la entidad evidenciando su seguimiento y oportunidad.
- Se han implementado y cumplido la mayoría de las acciones de mejora de la Auditoría Interna de Calidad de la vigencia 2015.
- Se evidencia que a través del proceso de Gestión del Mejoramiento, el seguimiento y análisis de los procesos,.
- El proceso de Gestión del Mejoramiento ha implementado encuestas a los dueños de proceso para hacer la actualización de riesgos.

Se evidencian controles para que todos los ítems de créditos sean creados o cargue de la obligación a los deudores.

Se evidencia la evaluación de desempeño del Sistema de Control Interno de la Entidad hecho por la Función Pública, al igual que el Plan de Acción a desarrollar.

NO CONFORMIDADES

No.	NUMERAL NORMA / MECI	PROCESO	DESCRIPCION
1	8.5	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	No se evidencian oportunidades de mejora del proceso con ocasión de la auditoria externa del mes de Octubre.
2	4.1 literal c 8.2.3	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	No se evidencia la documentación de los métodos utilizados para el seguimiento de los Proceso del SGC
3	6.2.2. / 6.2	CRÉDITOS	Se evidencia desconocimiento del SGC en especial del procedimiento de créditos, los responsables tanto de los procedimientos de Cartera, como de Créditos, quienes no han contado con la reinducción en los encargos, tal como lo establece el Plan Institucional.
4	4.2.3. d)	CRÉDITOS	procedimientos con los acuerdos expedidos al igual que el sitio donde se aloja la página compartida que contiene los documentos del SGC, igual se desconoce y no se evidencia el programa de créditos para la vigencia 2016.
5	4.2.3 b)	CRÉDITOS	Se evidencian formatos, que se encuentran obsoletos aún en la Red, al igual se encuentran formatos que no están vinculados a las actividades, que permitan ser puntos de control. (CSC-CR-FR10)
6	4.23 fl y 8.4	CRÉDITOS	No se conocen los indicadores que miden el desempeño del proceso, no se reportan de acuerdo a su periodicidad, por lo que no se implementan acciones para cumplir con los resultados planificados.
	4.2.4.	ATENCION AL CLIENTE	En la sede de Atención al Cliente de la Gobernación no se cuenta con el software de correspondencia DATA-DOC, lo que impide realizar el seguimiento a las PQR'S.
7	4.2.4.	GESTION DE LA INFORMACION	No se evidencia la aplicación, ni seguimiento de las Tablas de Retención Documental.
8	4.2.3. b)	GESTION DE LA INFORMACION	El procedimiento de CSC-GI-PR-07 no es coherente con la Resolución Interna No. 5752/2012, evidenciándose incumplimiento.
9	6.2.2. b)	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Se evidencia el incumplimiento del Plan Institucional vigencia 2016 de acuerdo al cronograma, no se evidencia seguimiento, a los programas de inducción, tampoco se les ha dado cumplimiento, como tampoco la reinducción por cambio de cargo.
10	4.1. c)	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Se evidencia falta de unificación de criterios y eficacia de los controles establecidos para detectar las inconsistencias en la liquidación de nómina, ya que no son efectivos, presentándose errores para los meses de Abril y Mayo en la liquidación de incapacidades, en la Liquidación de Rete fuente de dos(2) funcionarios y en la parametrización del Aporte de salud del mes de Mayo y de las Vacaciones y Prima de Vacaciones, entre otros.
11		GESTION DEL TALENTO HUMANO	Aunque se evidencia que los pagos por conceptos de seguridad social y DIAN, en cuanto a Ingresos Laobrales se hacen oportunamente se evidencia inconsistencia en el pago de la Retefuente por Ingresos Laobrales para el mes de Diciembre al evidenciarse el no pago de la Retención correspondiente a la prima de

12	4.2.4	GESTION FINANCIERA	Se evidencia que los recibos de caja menor no se encuentran en orden ni numerados, de la misma forma de acuerdo al procedimiento y la resolución se deben hacer registro en los libro diariamente. Se debe definir esta actividad y realizarla de acuerdo a lo establecido.
13	4.1 c)	GESTION FINANCIERA	No existen controles en relación con la declaración y pago de impuestos, se evidenció que la retención en la fuente se ha pagado y presentado oportunamente, pero en el caso del ICA del mes de octubre y noviembre se efectuó el pago extemporaneo lo cual generó interés de mora, no existe autorización del ordenador del gasto de esta valor, ni afectación presupuestal lo cual evidencia un incumplimiento a los procedimientos establecidos y un presunto detrimento.
14	8.2.4	GESTION FINANCIERA	A pesar de contar con los indicadores establecidos para el proceso y cumplir con las mediciones respectivas se evidencia un deficiente análisis de datos del indicador, a pesar de incumplirse no se observa el tratamiento con acciones tendientes a corregir la desviación del indicador.
15	4.1 g)	GESTION FINANCIERA	han hecho una actualización de los mismos, ni los seguimientos correspondientes para poder establecer el cumplimiento y la efectividad de las acciones formuladas para minimizarlo.
16	8.2.3	GESTION JURIDICA Y CONTRATACION	No se evidencia la actualización del indicador y la documentación del seguimiento que se tiene adoptado como método para evaluar el desempeño del proceso.
17	4.1 g	GESTION JURIDICA Y CONTRATACION	Se evidencia la identificación de los riesgos, no se ha adelantado el control periódico, ni ha sido actualizado.
18	6.3	GESTION DE RECURSOS FISICOS	Se evidencia que dentro del Plan de Mantenimiento de Infraestructura de la Entidad, que comprende edificios, espacios de trabajo y sus servicios asociados (redes internas, suministro de servicios públicos o cableado estructural), herramientas, equipos y sistemas de información (tanto hardware como software) y servicios de apoyo como transporte y comunicación; solo se ha actualizado y hecho seguimiento a la parte de hardware y software.
10	4.1. a)	GESTION DE RECURSOS FISICOS	Se encuentran 3 procedimientos que no tienen relación con las actividades propias de este proceso. Es necesario alinear las actividades y competencias con los procedimientos. (CSC-GRF-PR-03; CSC-GRF-PR-04; CSC-GRF-PR-05)
20	4.2.1. d)	GESTION DE RECURSOS FISICOS	Los procedimientos CSC-GRF-PR-01 y CSC-GRF-PR02, se encuentran desactualizados en cuanto al normograma aplicable al proceso, no se tiene en cuenta el Manual de Calidad, el Manual de Funciones y competencias etc.
21	4.2.1. d)	GESTION DE RECURSOS FISICOS	Parte importante de la planeación del proceso es la elaboración del Plan de Compras, que para la vigencia 2016 no se evidencia, como tampoco la existencia de los datos históricos del mismo.

22	4,1,f. / 8,5,1	GESTION DE RECURSOS FISICOS	No se evidencian acciones preventivas y de mejora implementadas en el proceso, no se han implementado las observaciones hechas desde el 2015 por la Oficina de Control Interno, el proceso debe ser revisado y actualizado.
23	4.1. c)	GESTION DE RECURSOS FISICOS	No se evidencia información básica relacionada con los bienes inmuebles propiedad de la Entidad.

OBSERVACIONES:

T A L E N T O H U M A N O .	Se debe hacer seguimiento a la ejecución del Plan Institucional, para advertir de forma oportuna su incumplimiento y tomar acciones que conlleven a una optima ejecución
	En la ejecución del Plan de Capacitación no se evidencias, acciones o procedimiento a seguir en caso de incumplimiento de asistencia a capacitaciones.
	Revisar la Caracterización del proceso y hacer los ajustes de indicadores y los demás que se consideren necesarios
	Se debe establecer políticas claras al respecto, como por ejemplo en la liquidación de la rete fuente, haciendo las consultas correspondientes
	Revisar, actualizar y hacer seguimiento a los riesgos identificados dentro del proceso..
GESTION DE LA INFORMACION	La desactivación de permisos por cambio de puestos de trabajo debe ser documentada y autorizada
	Los indicadores deben ser revisados, actualizados.
	Debe unificarse la información del SGC en una sola carpeta compartida, ya que se evidencia dispersión de la información, generando la consulta de versiones desactualizadas.
	Se debe hacer seguimiento oportuno al riesgo establecido.
BIENESTAR SOCIAL	Se deben revisar y actualizar los indicadores
ATENCION AL CLIENTE	Se realizan las encuestas de percepción del clientem pero no se evidencia seguimiento ni implementación de acciones de mejora al proceso.
	Se debe hacer seguimiento oportuno al riesgo establecido.
DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO	Se debe hacer seguimiento oportuno al riesgo establecido.
	Se evidencian las actas de Comité de Gerencia que no contienen todas las firmas.
RECURSOS FISIICOS	Se evidencia que no existe interacción entre los módulos de Contabilidad y Almacén en cuanto al procedimietno de bajas
GESTION FINANCIERA	Se evidenció que las conciliaciones se encuentran a abril de 2016. Se recomienda mantener este proceso al día con el fin que tesorería pueda determinar las partidas conciliatorias con el banco oportunamente.
GESTION JURIDICA Y CONTRATACION	Se verificó la publicación del plan de adquisiciones de la presente vigencia en el SECOP y la web de la entidad, no se lleva seguimiento e informe de avance del cumplimiento. Se recomienda llevar el seguimiento a fin de verificar el cumplimiento de lo planeado

Evaluados todos los procesos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad, bajo los criterios de auditoría, se concluye que el sistema no cuenta con un eficaz sistema de indicadores o instrumentos que permitan establecer y monitorear el desempeño de los procesos, al igual que los controles y monitoreo por parte de los procesos a los mapas de riesgos no aportan valor para mitigar la ocurencia de estos, se evidencia la falta de habilidades y reinducción en el talento humano que asume funciones en la Entidad de manera transitoria , la de otra parte se estable que existe documentación sin actualizar lo que no permite que el SGC sea adecuado y por tanto eficiente y eficaz

DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD: Toda la información suministrada por el (los) Auditado (s), a cualquier miembro del equipo auditor, así como el contenido del informe final de esta auditoría tienen carácter confidencial, por lo que no podrán ser utilizados por personal ajeno a la Auditoría ni podrán suministrarse a terceros sin permiso escrito de los gestores del programa de Auditoría y la Alta Dirección de la Entidad.

**(ORIGINAL FIRMADO)
AUDITOR LIDER**

0

