



INFORME DE GESTION DE MEJORA 2017

No. 007

AGOSTO DE 2017

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
LIGIA GAITAN BERNAL	LIGIA GAITAN BERNAL	JUAN CARLOS SALDARRIAGA
JEFE CONTROL INTERNO	JEFE CONTROL INTERNO	GERENTE GENERAL

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. ALCANCE
4. ROLES EN LA MEJORA DE LOS PROCESOS DE CSC.
5. RESULTADO DE LA AUDITORIA
 - 5.1. GESTION DE MEJORA VIGENCIA 2017
 - 5.2. EVALUACION DE LAS ACCIONES CORRECTIVA – VIGENCIA 2017
 - 5.3. ACCIONES FRENTE A LA MEJORA
 - 5.4. CONCLUSION

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
LIGIA GAITAN BERNAL	LIGIA GAITAN BERNAL	JUAN CARLOS SALDARRIAGA
JEFE CONTROL INTERNO	JEFE CONTROL INTERNO	GERENTE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno en cumplimiento del Artículo 9 de la ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011 y el rol de Evaluación y seguimiento establecido en el Decreto 648 del 19 de Abril de 2017, el numeral 10.3 de la Norma ISO 9001:2015 realiza funciones de evaluación y verificación que generan mejoramiento continuo en la entidad, procurando que todas las actividades se ejecuten con las normas legales y reglamentarias vigentes, siguiendo los lineamientos de la alta dirección y teniendo en cuenta los objetivos institucionales establecidos.

Apoyada en las herramientas implementadas en el Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad para la formulación, seguimiento y evaluación de las Acciones Correctivas y/o de Mejora, la Oficina de Control Interno realizó evaluación y seguimiento a las acciones generadas los procesos Auditores al SGC tanto internos como externo de las vigencias 2016 y 2017.

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
LIGIA GAITAN BERNAL	LIGIA GAITAN BERNAL	JUAN CARLOS SALDARRIAGA
JEFE CONTROL INTERNO	JEFE CONTROL INTERNO	GERENTE GENERAL

2. OBJETIVO.

Evaluar el cumplimiento de las acciones correctivas y/o de mejora de cada uno de los procesos de la CSC, formuladas como respuesta a las No Conformidad y/o Objetos de Mejora generados en los diferentes.

3. ALCANCE

Para generar el presente informe se tuvo en cuenta todas las No conformidades y/o Objetos de mejora de todos los procesos en las evaluaciones al SGC en las vigencias 2016 y 2017, con corte a 23 de Agosto de 2017

3.1 ROLES EN LA MEJORA DE LOS PROCESO DE CSC.

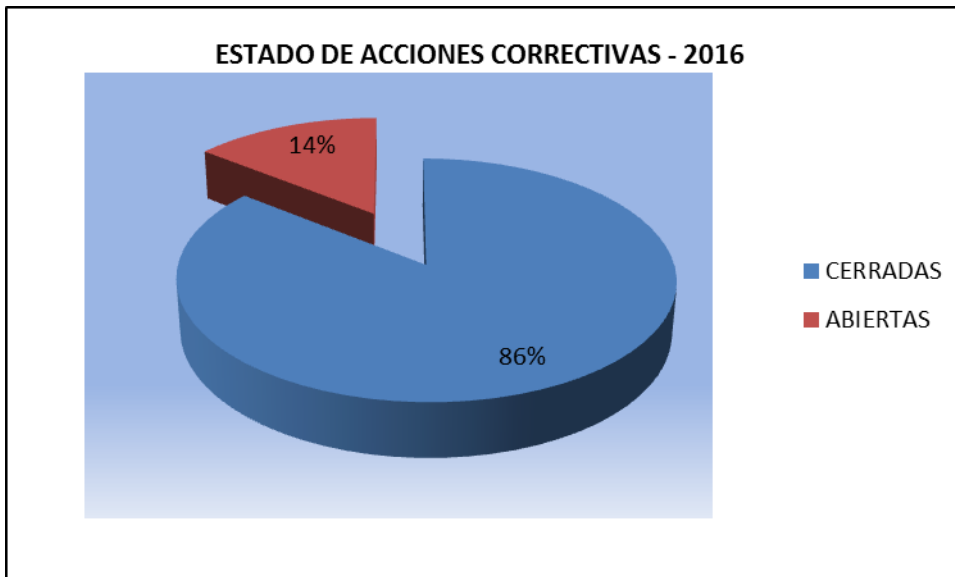
RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO FRENTE A LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y/O DE MEJORA	
ROL	FUNCION
ALTA DIRECCION (Comité de Gerencia)	Analizar Evaluar el desempeño y eficacia del SGC con las Acciones Correctivas y/o de Mejora.
LIDERES DE PROCESO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conservar información documentada como evidencia de las No Conformidades y Acciones Tomadas. 2. Los resultados de cualquier acción tomada. 3. Reportar a la Oficina de Control Interno las Acciones de Mejora y/o Correctivas. 4. Si fuera necesario actualizar el mapa de riesgos del Proceso.
TODOS LOS FUNCIONARIOS Y NIVELES DE LA ENTIDAD.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción que mejore el Desempeño y la Eficacia del SGC. 2. Tomar acciones para controlar las No Conformidades y corregirlas. 3. Revisar y analizar la no conformidad. 4. Determinar las causas de la No Conformidad. 5. Implementar las acciones necesarias.
OFICINA DE CONTROL INTERNO.	<p>Conceptuar sobre la eficacia de cualquier acción de mejora y/o correctiva tomada.</p> <p>Asesorar en la formulación e implementación de Acciones Correctivas y/o de Mejora.</p>
PROFESIONAL UNIVERSITARIO (GERENCIA) CON FUNCIONES DE PLANEACIÓN.	Hacer los cambios que se requieran en el SGC como consecuencia de la implementación de las Acciones, tanto correctivas como de Mejora.
Elaborado por Oficina de Control Interno.	

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
LIGIA GAITAN BERNAL	LIGIA GAITAN BERNAL	JUAN CARLOS SALDARRIAGA
JEFE CONTROL INTERNO	JEFE CONTROL INTERNO	GERENTE GENERAL

3.2 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA:

GESTION DE LA MEJORA VIGENCIA 2016

Para la vigencia 2016, en desarrollo de la Auditoría Interna al SGC se generaron 24 No conformidades a los diferentes procesos de la Entidad, mientras que por parte de la Auditoría de Recertificación realizada por la firma Certificador ICONTEC se detectaron 4 No conformidades, para un total de 28



De las Acciones Correctivas formuladas una vez revisadas 24 equivalentes al 86%, fueron cerradas a las cuales se les evidenció la eficacia al eliminar las causas que las generaron, 4 continúan abiertas, las cuales se encuentran con seguimiento, mas no se ha demostrado su total cumplimiento para ser cerradas.

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
LIGIA GAITAN BERNAL	LIGIA GAITAN BERNAL	JUAN CARLOS SALDARRIAGA
JEFE CONTROL INTERNO	JEFE CONTROL INTERNO	GERENTE GENERAL

VIGENCIA	2016					
PROCESO	NO CONFORMIDADES		ESTADO			
			DOCUMENTADAS		ABIERTAS	CERRADAS
	AUDITORIA EXTERNA	AUDITORIA INTERNA	SI	NO	SI	SI
PROCESOS ESTRATEGICOS						
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		2	2		0	2
PROCESOS MISIONALES						
CREDITOS	1	4	5		0	5
ATENCION AL CLIENTE		1	1		1	0
BIENESTAR SOCIAL	1	0	1		1	0
PROCESOS DE APOYO						
GESTION JURIDICA	1	2	3		0	3
GESTION DE LA INFORMACION		2	2		1	1
GESTION CONTRACTUAL						
GESTION DE RECURSOS FISICOS	1	6	7	0	1	6
GESTION FINANCIERA		4	4	0	0	4
GESTION DEL TALENTO HUMANO		3	3	0	0	3
PROCESOS DE EVALUACION						
GESTION DEL MEJORAMIENTO		0	0	0	0	0
TOTAL	4	24	28	0	4	24

4. GESTION DE LA MEJORA VIGENCIA 2017

Por su parte en la Vigencia 2017, como resultado del Auditoría Interna al SGC se generaron 22 No Conformidades, las cuales se relacionan a continuación:

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
LIGIA GAITAN BERNAL	LIGIA GAITAN BERNAL	JUAN CARLOS SALDARRIAGA
JEFE CONTROL INTERNO	JEFE CONTROL INTERNO	GERENTE GENERAL

NO CONFORMIDADES AUDITORIA INTERNA 2017					
No.	PROCESO	DESCRIPCION	DOCUMENTADA	No. Consecutivo	Estado.
1	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	No se evidencia el cumplimiento de la entidad en establecer y comunicar los roles, responsabilidades y autoridades en el SGC.	SI	No. 001/2017	Cerrada
2	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	No se evidencia que la Entidad haya asignado los recursos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad y asegurado su disponibilidad.	SI	No. 002/2017	Abierta.
3	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	No se evidencia la trazabilidad para lograr el cumplimiento de los objetivos de la calidad, alineado con la Planeación Estratégica.	SI	No. 003/2017	Abierta.
4	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	No se evidenció que la entidad de cumplimiento a las opciones de tratamiento y de la información documentada de las salidas no conformes establecidas en la Norma ISO 9001:2015. Evidencia: Anexo No. 01 - CSC-DE-FR-04 y CSC-DE-FR05 asociados al Procedimiento CSC-DE-PR-03.	SI	No. 004/2017	Abierta.
5	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Se evidenció que el Procedimiento CSC-DE-PR-01, se encuentra desactualizado, la información de entrada no es acorde con la mínima solicitada por la Norma ISO 9001:2015, los referentes normativos y los nombres de los procesos se encuentran desactualizados.	SI	No. 005/2017	Abierta.
6	GESTION DE LA INFORMACION	No se evidenció el cumplimiento por parte de la Entidad del establecimiento de la información documentada requerida por la norma ISO 9001:2015 necesaria para la implementación y funcionamiento eficaz del SGC.	No	No. 006/2017	Abierta.
7	GESTION DE LA INFORMACION	No se evidencia el cumplimiento del Procedimiento CSC-GI-PR-02 Control de Documentos donde se establecen actividades para "...la elaboración, revisión, actualización, aprobación, publicación, control y distribución de documentos internos y externos del SGC..." Evidencia: Cambio de procedimientos sin diligenciar el formato CSC-GI-FR-04 completamente. No publicación de dos procedimientos de Cartera, a pesar de evidenciar que se solicitó su publicación. Formatos CSC-GM-FR-10 y CSC-GM-FR-07 se escribe que deben ser eliminados, sin Solicitud o aprobación del responsable.	No	No. 007/2017	Abierta.

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
LIGIA GAITAN BERNAL	LIGIA GAITAN BERNAL	JUAN CARLOS SALDARRIAGA
JEFE CONTROL INTERNO	JEFE CONTROL INTERNO	GERENTE GENERAL

NO CONFORMIDADES AUDITORIA INTERNA 2017					
No.	PROCESO	DESCRIPCION	DOCUMENTADA	No. Consecutivo	Estado.
8	GESTION DE LA INFORMACION	Se evidenció que la entidad no controla la información documentada del Sistema de Calidad. Evidencia: El mapa de procesos es una presentación muy diferente a la publicada en la página web http://www.csc.gov.co/es/calidad , de igual forma la política y objetivos se presentan diferentes en el SGC a los socializados y publicados en cartelera de la entidad. Se remitieron dos (2) procedimientos de Cartera para publicación y no aparecieron en SGC2. Se evidencia la publicación de una capacitación del SGC, que se dio en el mes de febrero con una misión que no corresponde a la Misión de la Entidad. Se evidencia la publicación de un Manual de calidad sin actualizar, no existe información documentada donde se determine si se continúa con el Manual de calidad.	No	No. 008/2017	Abierta.
9	BIENESTAR SOCIAL	Se evidenció que no se ha dado cumplimiento al tratamiento de la No Conformidad Menor de La auditoría externa de ICONTEC. Evidencia: Se dejó como una NC Menor el no pago de un subsidio Educativo se dejaron 2 acciones: 1. Identificación del Producto no Conforme y tratamiento. 2. Implementar y socializar un cronograma de pagos de los subsidios educativos Aunque se identificó el producto no conforme y se encuentra como una matriz en el Proceso Estratégico, no se le ha dado tratamiento. No hay Cronograma de pago de los subsidios educativos de los cuales los afiliados han solicitado su pago y cumplen los requisitos para el giro.	SI	No. 009/2017	Abierta.
10	GESTION DEL MEJORAMIENTO	Dentro del Proceso de Gestión del Mejoramiento se encuentra publicado el Formato CSC-GM-FR-07 REUNION DE APERTURA Y CIERRE_Eliminar Se realiza Con Formato de Acta reunión; De igual manera se encuentra el formato CSC-GM-FR-10 Matriz de indicadores de procesos_Eliminar se reemplaza con Cuadro de Control de Indicadores, se debe verificar si estos formatos son válidos o si se reemplazan casos en los cuales estos formatos no deben publicarse.	SI	No. 010/2017	Abierta.
11	GESTION JURIDICA	Se evidenció que la caracterización del proceso de Gestión Jurídica no está actualizada de acuerdo al Mapa de Procesos. Los indicadores incorporados no corresponden a actividades y responsabilidades propias del proceso descritas en la Caracterización del mismo..	No	No. 011/2017	Cerrada
12	ATENCION AL CLIENTE	No se evidencia la determinación de los riesgos y oportunidades del proceso y la forma como se van a abordar.	Si	No. 012/2017	Cerrada
13	ATENCION AL CLIENTE	Se evidenció que no se tiene asegurada la operación eficaz y control del Proceso de Atención al Cliente. Evidencia: semaforización para seguimiento de PQR de DATADOC no es eficaz, por cuanto hay correspondencia con respuesta extemporánea como : CO16607, Queja con radicado 4/01/17 respuesta 30701/2017; CO16619 Queja radicada 10/01/17 respuesta 06/02/17; CO16955 petición radicado 09/03/17 respuesta 03/03/17; CO16885 Derecho de petición radicado 24/02/17 respuesta 27/03/17; CO16919 derecho de petición radicado 28/02/17 respuesta 24/03/17	Si	No. 013/2017	Abierta.

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
LIGIA GAITAN BERNAL	LIGIA GAITAN BERNAL	JUAN CARLOS SALDARRIAGA
JEFE CONTROL INTERNO	JEFE CONTROL INTERNO	GERENTE GENERAL

NO CONFORMIDADES AUDITORIA INTERNA 2017					
No.	PROCESO	DESCRIPCION	DOCUMENTADA	No. Consecutivo	Estado.
14	ATENCION AL CLIENTE	No se evidencian la implementación de informes establecidos en el procedimiento CSC-AC-PR-01 Atención PQR'S . para determinar el estado de las mismas de acuerdo a la normatividad vigente.	No	No. 014/2017	Abierta.
15	GESTION DE RECURSOS FISICOS	No se evidenció la implementación de las acciones correctivas y/o de mejora de los informes de Auditoría Internas y de seguimiento de Control Interno.	No	No. 015/2017	Abierta.
16	GESTION DE RECURSOS FISICOS	No se evidenció el cumplimiento de lo establecido en el procedimiento CSC-GRF-PR-01 que establece: "Verificar trimestralmente el estado de inventario y determinar si los niveles son adecuados".	No	No. 016/2017	Abierta.
17	GESTION DE RECURSOS FISICOS	No se evidencia espacios adecuados para el almacenamiento de los elementos tanto de consumo como promocionales, teniendo en cuenta que existe humedad en una de las bodegas, por lo que se requiere de espacios adecuados. Igualmente se requiere de apoyo a la gestión por cuanto solo se cuenta con una persona para las múltiples actividades a realizar.	No	No. 017/2017	Abierta.
18	GESTION FINANCIERA	Se evidenció que no se da cumplimiento en la medición de indicadores del Proceso de Gestión Financiera.	No	No. 018/2017	Abierta.
19	CREDITOS Y CARTERA	No se evidenciaron controles efectivos en el proceso para asegurarse de lograr los resultados previstos: Evidencia: Desprendibles de pago vencidos, reportes de estados de cuenta	No	No. 019/2017	Abierta.
20	CREDITOS Y CARTERA	No se evidenció el cumplimiento de actividades del procedimiento CSC-CR-PR-04. Evidencia: - Act. 2, Falta la certificación laboral en algunos créditos Act. 21, "Maestro de control de créditos CSC-CR-FR-08, HOJA DE RUTA A LARGO PLAZO, Información registrada en el procedimiento, al ubicarla en el SGC, se evidencia con el nombre a CORTO PLAZO. Igualmente no se está aplicando CREDITOS 2-1600289 2-1600369 2-1600256 2-1700005. Procedimiento. CSC-CR-PR-01 ACT. 4, hoja de Excel sin información del afiliado. 7. no se evidencia reporte centrales de riesgo. (no hay contrato) Act. 10, no se evidencia soporte de verificación. Act. 11, se evidencia estados de cuenta posteriores a la radicación del crédito. Act. 12 Se evidencia en su mayoría el diligenciamiento de los formularios incompletos y en versión desactualizada. CREDITOS 2-1700140 2-1700015 2-1700130	No	No. 020/2017	Abierta.
21	CREDITOS Y CARTERA	No se está dando aplicabilidad a la Resolución No. 02201 del 2014. "Por medio de la Cual se conforma el comité de Cartera de la Corporación Social de Cundinamarca"	No	No. 021/2017	Abierta.
22	CREDITOS Y CARTERA	No se evidenciaron acciones para adquirir la competencia necesaria de todos los integrantes del proceso que tienen relación directa con productos y servicios.	No	No. 022/2017	Abierta.

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
LIGIA GAITAN BERNAL	LIGIA GAITAN BERNAL	JUAN CARLOS SALDARRIAGA
JEFE CONTROL INTERNO	JEFE CONTROL INTERNO	GERENTE GENERAL

4.1 EVALUACION DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS - VIGENCIA 2017.

La Auditoría Interna a Sistema de Gestión de Calidad en la vigencia 2017, se realizó del 27 al 30 de Junio, comunicándose el informe definitivo el 11 de Julio, desde entonces a la fecha se han documentado la totalidad de No conformidades, formulando el Plan de Acción correspondiente, a fin de eliminar las causas que generaron los incumplimientos detectados.

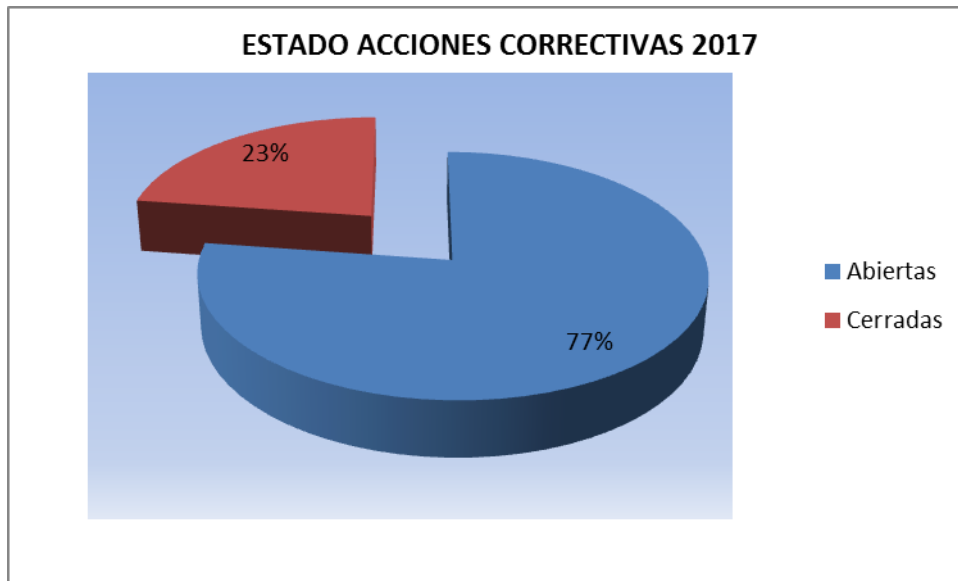
La Oficina de Control Interno ha hecho seguimiento periódico al avance y eficacia de las Acciones correctivas, las cuales han sido socializadas con los Responsables de los Procesos.

El estado de las Acciones correctivas por proceso a la fecha del presente informe, es el siguiente:

VIGENCIA	2017					
	NO CONFORMIDADES	ESTADO				
		DOCUMENTADAS		ABIERTAS	CERRADAS	
	AUDITORIA INTERNA	NO	SI	SI		
PROCESOS ESTRATEGICOS						
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	5	0	5	4	1
PROCESOS MISIONALES						
	CREDITOS	4		4	4	0
	ATENCION AL CLIENTE	3		3	2	1
	BIENESTAR SOCIAL	1		1	1	
PROCESOS DE APOYO						
	GESTION JURIDICA	1		1	0	1
	GESTION DE LA INFORMACION	3	1	2	3	0
	GESTION CONTRACTUAL	0	0	0	0	0
	GESTION DE RECURSOS FISICOS	3	0	3	3	0
	GESTION FINANCIERA	1	0	1	0	1
	GESTION DEL TALENTO HUMANO	0	0	0	0	0
PROCESOS DE EVALUACION						
	GESTION DEL MEJORAMIENTO	1	0	1	0	1
TOTAL		22	1	21	17	5

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
LIGIA GAITAN BERNAL	LIGIA GAITAN BERNAL	JUAN CARLOS SALDARRIAGA
JEFE CONTROL INTERNO	JEFE CONTROL INTERNO	GERENTE GENERAL

Del total de Acciones Correctivas identificadas y documentadas, se han cerrado 5 lo que equivale al 23%, de las restantes se estableció que se encuentran en etapa de implementación las cuales representan el 77%.



De acuerdo a los procedimientos internos de la CSC, las acciones correctivas y/o de mejora deben ser documentadas, estableciendo sus causas y dejando evidencia de los avances y seguimientos realizadas, la documentación de estas acciones es responsabilidad de cada líder de Proceso, la cual es verificada como evidencia de su cumplimiento.

4.2 ACCIONES FRENTE A LA MEJORA

- ✓ Se actualizó la Herramienta para la formulación de Acciones Correctivas y/o de Mejora a través Procedimiento establecido para Acciones correctivas y de mejora. CSC-GM-PR-02.

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
LIGIA GAITAN BERNAL	LIGIA GAITAN BERNAL	JUAN CARLOS SALDARRIAGA
JEFE CONTROL INTERNO	JEFE CONTROL INTERNO	GERENTE GENERAL

- ✓ Se establecieron los Roles frente a la formulación,, implementación, seguimiento y evaluación de las Acciones Correctivas y/o de Mejora.
- ✓ Se actualizaron los Formatos de Reporte de Acciones Correctivas, CSC-GM-FR-05 y Acciones de Mejora CSC-GM-FR12
- ✓ Igualmente, se estableció cronograma para el acompañamiento a los responsables de proceso y así asegurar la realización de acciones a seguir de acuerdo a la herramienta implementada.
- ✓ Se hicieron evaluaciones periódicas del cumplimiento de los Planes de Acción propuestos, tanto para acciones correctivas como de mejora.

5. CONCLUSIONES

La Corporación Social de Cundinamarca en todos sus niveles, ha dado importancia a la atención, documentación e implementación a las acciones tendientes a eliminar las causas de las No Conformidades, con las acciones correctivas.

Persisten Acciones Correctivas de 2016 que no han sido cerradas en razón a las especiales condiciones que ha atravesado la Entidad impidiendo cumplir algunos compromisos.

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
LIGIA GAITAN BERNAL	LIGIA GAITAN BERNAL	JUAN CARLOS SALDARRIAGA
JEFE CONTROL INTERNO	JEFE CONTROL INTERNO	GERENTE GENERAL