

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

INFORME PRELIMINAR

INFORME DEFINITIVO

MÉTODO DE AUDITORÍA:	
Presencial (X) Remota () Combinada ()	
NOMBRE DE LA AUDITORÍA: Auditoría interna al proceso Gestión Organizacional	NÚMERO DE LA AUDITORÍA: N° 18 / Ciclo 1
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA: Determinar si el proceso de Gestión Organizacional es conforme con los requisitos propios de la organización, y de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015, Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG; verificando que se implementa y se mantiene eficazmente.	FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME: 15/09/2023
ALCANCE AUDITORÍA: Aplica a las actividades contempladas dentro del alcance del proceso Gestión Organizacional, y que son descritas en la caracterización GEO-CP-01. Las actividades relacionadas en el alcance de los procedimientos GEO-PR-02 Procedimiento Gestión Del Cambio, GEO-GU-01 Guía información documentada y GEO-MS-01 Manual de Sistema de Gestión.	
CRITERIOS: <ul style="list-style-type: none"> Decreto 1499 de 2017 Requisitos aplicables a la ISO-9001:2015, descritos en la caracterización del proceso. Otros requisitos potencialmente aplicables al alcance de la auditoría. 	
LÍDER DE PROCESO: Alejandra Hoyos Correa - Directora de Planeación Estratégica	

Reunión de Apertura:						Ejecución de la Auditoría:				Reunión de Cierre:					
Día	14	Mes	09	Año	2023	Desde	14/09/2023	Hasta	14/09/2023	Día	14	Mes	09	Año	2023
							D / M / A		D / M / A						

EQUIPO AUDITOR (Nombre, cargo y dependencia)

NOMBRE DEL AUDITOR LÍDER:

Wilmington Olarte Arias Auditor, Universidad de Antioquia

NOMBRE DEL AUDITOR INTERNO ACOMPAÑANTE:

Diana Raquel Benjumea Zapata - Auditora Acompañante
Coordinadora Gestión Sociocultural

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA:

No.	ASPECTOS FAVORABLES
1	El Share Point incluido en la intranet, el cual es utilizado como ruta de acceso para la administración del sistema de gestión. La importancia de alojar la información de manera digital, clara y oportuna asegura comprensión y apropiación por parte de los diferentes procesos.
2	La incorporación de la matriz de seguimiento a políticas elaborada por el proceso, lo que le permite a la institución realizar seguimiento a la implementación de las políticas institucionales; tanto las consideradas desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-, como otras establecidas por la institución como parte del cumplimiento de su misión. Lo anterior permite, de una manera estandarizada y planificada dar respuesta a los requisitos legales y a la mejora de su desempeño.
3	La creación de la “Escuela de la Calidad VIVA” , iniciativa que permite a la institución, de una manera estructurada y estratégica fortalecer las competencias de los colaboradores; en temáticas relacionadas con el modelo de operación por procesos del sector público. Se ha convertido un dinamizador de la iniciativa, la articulación que está realizando el Proceso de Gestión Organizacional con el Proceso Gestión del Talento desde el Programa de Formación; lo cual viene generando impactos visibles en la cultura VIVA.
4	La iniciativa que surge desde el proceso para la “Integración de los modelos de Gestión” , con los que cuenta VIVA; lo cual le permite a la institución hacer en primer lugar una articulación coherente de requisitos aplicables y en segundo término una gestión más eficiente de los procesos.

Nro.	NO CONFORMIDADES
1	No se identificación NO CONFORMIDADES en el presente ejercicio

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Nro.	OBSERVACIONES
1	No se identificación riesgos que pudieran constituirse en UNA OBSERVACIÓN, en el presente ejercicio

Nro.	OPORTUNIDAD DE MEJORA
1	Con el propósito de fortalecer la estrategia de integración de los sistemas de gestión en la institución y obtener una medida cuali-cuantitativa del nivel del logro (integrar); evaluar la posibilidad de adoptar los criterios definidos para “Niveles de madurez del sistema integral”, contenidos en la Norma UNE 66177.
2	Considerar la definición de indicadores de eficacia asociados a los resultados de las capacitaciones realizadas desde la Escuela de Calidad VIVA, los cuales podrían ser utilizados para evaluar la magnitud en que los procesos, sus líderes y colaboradores; adoptan en enfoque de procesos con pensamiento en riesgos y la cultura de la calidad en la institución.
3	<p>Con relación a la información contenida en la caracterización del Proceso de Gestión Organizacional GEO-CP-01O, evaluar la incorporación de las siguientes condiciones susceptibles de mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Incluir dentro de las actividades del Verificar, aquellas que deben cumplir todos los procesos, incluyendo Gestión Organizacional; como, por ejemplo: Realizar análisis de los hallazgos de Auditoría del Proceso, indicadores del proceso, seguimiento a riesgos, entre otros. b- Hacer explícitos los requisitos normativos asociados a ISO 9001:2015 y que debe implementar el proceso, considerando que es diferente el deber de asesorar a los procesos en todos sus requisitos aplicables, a comprender cuáles son aquellos que aplican de manera exclusiva a Gestión Organizacional (esto último es aquello a lo que hace referencia “Requisitos Normativos” en la caracterización). c- Incluir como primera actividad del Planear, “<i>Definir los lineamientos y/o estrategias que incidan en la mejora del desempeño de los procesos...</i>” en lugar de la asociada a la identificación de necesidades de información documentada. Lo anterior dado que esta última, depende de la gestión del contexto.
4	<p>Con relación a los análisis de los indicadores, considerar la incorporación de criterios metodológicos para el aprovechamiento de la información generada por la medición, y su traducción en acciones de alto impacto. Lo anterior considerando que los análisis existentes son de tipo “Descriptivo” (¿Qué sucedió?). Evaluar las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Análisis diagnósticos – ¿Por qué sucedió? b- Análisis predictivos - ¿Qué sucederá? c- Análisis prescriptivos - ¿Qué deberíamos hacer?

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	<p>Considerar la sensibilización a los líderes de los procesos y los gestores; en el desarrollo de competencias en analítica de datos; para generar acciones de impacto derivadas de la gestión de los indicadores de los procesos y otras fuentes de mejora.</p>
5	<p>En lo que tiene que ver con la diferenciación entre los conceptos “Corrección” y “Acción Correctiva”, relacionados en el GEO-FO-08 Plan de mejora institucional; evaluar la posibilidad de sensibilizar al grupo de colaboradores o en su defecto a los gestores de proceso, con el fin de mejorar sus conocimientos e interpretación. Lo anterior permitiría asegurar una mejor identificación de las acciones para eliminar las causas o factores contribuyentes en las no conformidades.</p> <p>Para lo anterior, podría incluirse ejemplos en el GEO-PR-01 Procedimiento Acciones Correctivas Preventivas y de mejora; reforzando dicha diferenciación en el campo de generalidades.</p>
6	<p>Con el propósito de evaluar y cuantificar el impacto de los hallazgos generados por auditorías y otras fuentes, sobre el logro de los objetivos estratégicos de la entidad; evaluar la posibilidad de incluir, en el formato GEO-FO-08 Plan de mejora institucional, una lista desplegable en donde se relacione cuál objetivo estratégico se ve impactado (positiva o negativamente) con el hallazgo identificado y con las acciones propuestas para el mismo.</p>
7	<p>Evaluar la posibilidad de incluir indicador (es) en el proceso, que midan el impacto de las acciones de asesoramiento a los demás procesos del Sistema de Gestión; quizás a través del aporte del sistema de gestión en términos de alineación estratégica y su aporte a la toma de decisión institucional. Lo anterior, considerando que los indicadores existentes apuntan al cumplimiento de tareas más que al impacto de las mismas en los procesos.</p>
8	<p>Con relación a la aplicación del procedimiento GEO-PR-02 Procedimiento Gestión Del Cambio, considerar las siguientes alternativas para mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Hacer explícito en la GEO-MT-04 Matriz Planificación y Gestión del Cambio, lista desplegable con la clasificación del cambio planificado, abrupto o temporal. b- Definir en la metodología una opción de ruta rápida para la gestión eficiente de aquellos cambios abruptos que requieran prontitud, quizás referenciando los casos de los planes de contingencia y de recuperación de operaciones. c- Procurar dar claridad en las actividades del procedimiento, al alcance de las responsabilidades del líder del proceso en el análisis de los cambios. d- Realizar diferenciación del alcance del contenido de información en los campos “Generalidades” y “Actividades” del procedimiento, principalmente en aquellos textos en los que se describen responsabilidades de los diferentes actores del procedimiento. Las generalidades son aclaratorias y no definen compromisos. a- Procurar rigurosidad en la identificación de las actividades (Tareas), que deben ser realizadas para dar trámite al cambio y su planificación; dado que el procedimiento pide la descripción de las mismas pero el documento GEO-MT-04

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	<p>Matriz Planificación y Gestión del Cambio podría hacer una descripción explícita y secuencial. Lo anterior asegura claridad y alineación entre ambos documentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> b- La posibilidad de generar una plantilla de presentación, para la socialización de la justificación y pertinencia del cambio, a diferentes grupos de interés, incluidos órganos de toma de decisión. c- Alternativa de incluir una actividad #7, separada para la evaluación de la eficacia del cambio, ya que el seguimiento al cambio (#6), por sí misma no siempre incluye la evaluación de impacto. d- Identificar criterios de evaluación de impacto del cambio y priorizarlo, con el fin de justificar frente a los diferentes cambios y de manera técnica; la pertinencia de su implementación y evitar juicios de valor u objeciones de los grupos de interés relacionados. e- En la evaluación de la eficacia (Actividad #6), evaluar si es una posibilidad el descarte de un cambio cuando este no es eficaz; quizás la ineficacia se puede dar por cambios de contexto y por factores que no se encuentren dentro de la gobernanza de los procesos impactados.
<p>9</p>	<p>Con relación a la verificación del GEO-MS-01 Manual de Sistema de Gestión, evaluar la posibilidad de incluir el alcance de responsabilidades, el nivel de participación y vinculación con las políticas de MIPG, de aquellos procesos que no son líderes de algunas de las aplicables. Lo anterior mejoraría la comprensión de la importancia que tiene el Modelo a nivel institucional, fortaleciendo su capacidad de implementación y mantenimiento.</p> <p>El Manual actualmente menciona el rol de cada proceso en el liderazgo de las políticas de MIPG, pero no su participación en las que no lidera.</p>

PLAZO LEVANTAMIENTO PLAN MEJORA: (Se contará con 10 días hábiles, luego de notificado el informe de Auditoría Interna para atender los hallazgos).

Nro.	CONCLUSIONES
<p>1</p>	<p>El proceso es eficaz, contemplando su capacidad para el cumplimiento de los requisitos aplicables de la NTC ISO 9001:2015, los requisitos de sus grupos de valor; dada su capacidad de cumplimiento de requisitos</p>
<p>2</p>	<p>Con relación a la alienación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG- con el Sistema de Gestión de Calidad y con relación al aporte hacia el logro del Plan de Acción Institucional, existe conformidad en el muestreo realizado; y consideraciones relevantes en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- La identificación de actividades relacionadas con la evaluación y seguimiento a políticas de MIPG. b- Mención explícita al liderazgo de los de los procesos con relación a las políticas de MIPG.

	<p>c- Establecimiento de cronograma de trabajo para dar respuestas a acciones de integración de MIPG con el SGC.</p> <p>d- Construcción, aprobación y adopción de las políticas de MIPG aplicables a la entidad.</p>
3	<p>Se identifica madurez y altos niveles de estandarización en las actividades del proceso, considerando que el grupo de trabajo es proactivo en la identificación de los puntos críticos de control que pueden comprometer el objetivo del proceso.</p>
4	<p>Cierre de eficacia de NC derivada de auditoría interna realizada al proceso 24/10/2023: Frente a las acciones identificadas en el CI-F16.v06 Plan de Mejoramiento Institucional. Se realiza revisión de las acciones correctivas y evidencias relacionadas; frente la única no conformidad levantada.</p> <p>Acción 1 para la NC: Implementar en el SIG La guía de información documentada que incluya el normograma de la entidad y el mecanismo para su diligenciamiento. Evidencia: GEO-GU-01 Guía información documentada construida. Normograma actualizado.</p> <p>Acción 2 para la NC: Implementar en el SIG la guía de información documentada que de lineamientos y orientaciones para la construcción, actualización y seguimiento a las caracterizaciones de los procesos. Evidencia: Guía información documentada construida y aprobada.</p> <p>Acción 3 para la NC: Implementar en el SIG La guía de información documentada que incluya el mecanismo de diligenciamiento, actualización y mantenimiento del contenido de Sistema de gestión y su posibilidad de consulta para la entidad. Evidencia: Guía información documentada construida y aprobada. Se verifica actualización de la Matriz de información documentada vigente y actualizada en el sistema de Gestión, se realiza verificación y trazabilidad, para corroborar la actualización de la misma.</p> <p>Acción 4 para la NC Desde el lineamiento del Direccionamiento del SIG socializar y divulgar de manera oportuna la información actualizada del sistema de Gestión al interior de la entidad que permita el uso adecuado de información documentada vigente que cumpla con los lineamientos del Sistema de Gestión. Evidencia: Generación de trabajo articulado con el proceso de comunicaciones, a través de la implementación de correo y piezas comunicacionales para identificar cambios en documentación.</p> <p>Se identifica CONFORMIDAD en las acciones emprendidas y se consideran como eficaces las mismas.</p>
5	<p>Se percibe una alta capacidad de empoderamiento de la líder del proceso, con relación a los compromisos establecidos desde los diferentes modelos que se gestionan desde el</p>



Hogares para la vida

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

proceso; logrando una alineación de esfuerzos con el equipo de trabajo para responder de manera eficaz por los compromisos adquiridos.

¿SE MATERIALIZARON RIESGOS DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA?

SI		
NO	X	

OBSERVACIONES FRENTE A LOS RESULTADOS:

Ejercicio desarrollado bajo condiciones normales

No existen discrepancias con el auditado sobre información que será llevada al informe de auditoría. 9 oportunidades de Mejora y 4 Aspectos Favorables.

FIRMAS EQUIPO DE AUDITORES INTERNOS:

NOMBRE COMPLETO	CARGO / ROL	FIRMA
Wilmington Olarte Arias	Auditor Líder	
Diana Raquel Benjumea Zapata	Auditor acompañante	

FIRMA LÍDER DEL PROCESO:

NOMBRE LÍDER DEL PROCESO	CARGO / ROL	FIRMA
Alejandra Hoyos Correa	Directora de Planeación	