

INFORME PRELIMINAR

INFORME DEFINITIVO

MÉTODO DE AUDITORÍA:	
Presencial (X) Remota () Combinada ()	
NOMBRE DE LA AUDITORÍA:	NÚMERO DE LA AUDITORÍA:
Auditoría interna al proceso Planeación Estratégica	N° 1 / Ciclo 1
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:	FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME:
Determinar si el proceso de Planeación Estratégica 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.	17/08/2023
ALCANCE AUDITORÍA:	
Aplica a las actividades contempladas dentro del alcance del proceso Planeación Estratégica, y que son descritas en la caracterización PLE-CP-01. Las actividades relacionadas en el alcance de los procedimientos PLE-MT-09 Plan de Acción y PLE-PR-02 Procedimiento Sistema General de Regalías, al igual que la información documentada relacionada en los mismos.	
CRITERIOS:	
<ul style="list-style-type: none"> Decreto 1499 de 2017 (Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación. Política de Planeación institucional. Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público. Dimensión: Evaluación de Resultados - MIPG. Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional) 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	15	Mes	08	Año	2023	Desde	15/08/2023	Hasta	15/08/2023	Día	15	Mes	08	Año	2023
							D / M / A		D / M / A						

EQUIPO AUDITOR (Nombre, cargo y dependencia)
NOMBRE DEL AUDITOR LÍDER: Wilmington Olarte Arias
NOMBRE DEL AUDITOR INTERNO ACOMPAÑANTE: Angela Cristina David Restrepo

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA:

No.	ASPECTOS FAVORABLES
1	La figura de “El Enlace de Calidad”, al interior de los procesos; lo cual contribuye en primer lugar a apoyar a la implementación, mantenimiento y mejora de los requisitos que debe cumplir el Sistema de Gestión de Calidad, y en segundo lugar fortalecer la toma de conciencia en el grupo de colaboradores, sobre la importancia del modelo de procesos y su aporte a la mejora.
2	La capacidad de recolección y procesamiento de información, sobre el desempeño de la institución, a través de los instrumentos que dispone el proceso (PLE-MT-09-Plan-de-accion institucional); lo cual asegura el seguimiento al cumplimiento de las estrategias planteadas en el Plan de Acción de VIVA y su concordancia con el Plan de Desarrollo Departamental.

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

Nro.	OBSERVACIONES
1	<p>En la verificación del indicador “Mejoramiento de Vivienda Urbana”, y cuya medición es anual; se identifica para el periodo 2022 que el resultado fue 42% con relación a la meta esperada de 100%. Frente a lo anterior se identificaron las siguientes condiciones:</p> <p>a- La Ficha del indicador (GEO-FT-01) carece de descripción del análisis del resultado de la vigencia; en su lugar existe un análisis consolidado de todos los indicadores del proceso. La carencia de un análisis individualizado, sobre todo cuando se incumple algún indicador, podría dificultar la toma de acciones correctivas frente a la desviación.</p>

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	<p>b- Frente al resultado se carece igualmente, de propuestas de planes de mejora (Acción correctiva).</p> <p>c- El procedimiento de Acciones Correctivas Preventivas y de mejora (GEO-PR-01), no define los criterios para la toma de acciones derivadas de la gestión de los indicadores de los procesos. En la ficha del indicador (GEO-FT-01), se menciona la generación de plan de mejoramiento, cuando se incumpla con la meta 2 periodos consecutivos; sin embargo, dicha directriz no es mencionada en el procedimiento. Podría ser ineficaz emprender acciones en periodos de tiempo largos.</p> <p>Lo anterior podría generar ineficacia en la medición y toma de decisiones, y potenciales riesgos asociados al incumplimiento de requisitos. Potenciales requisitos incumplidos 9.1.3. c) y 10.2.1.</p>
--	---

Nro.	OPORTUNIDAD DE MEJORA
1	<p>Revisar las entradas en la caracterización del proceso (PLE-CP-01) cuyo proveedor es el mismo proceso (Planeación Estratégica), dado que este documento es el medio para identificar la información suministrada por “Otros” grupos valor; y que a su vez las salidas generadas respondan a las necesidad de interacciones con éstos de estos: Lo anterior permitiría el entendimiento y alienación de las actividades del proceso con el mejoramiento continuo de la gestión y el cumplimiento de las metas institucionales.</p>
2	<p>Con relación a la gestión del contexto interno y externo, en el marco del documento “ PLE-MT-18 Análisis de Contexto Estratégico FODA”, considerar las siguientes alternativas de mejora:</p> <p>a- Relacionar las estrategias resultantes de la matriz FODA con los riesgos del proceso, considerados en PLE-MT-12 Mapa de Riesgos Organizacionales VIVA.</p> <p>b- En la definición de las estrategias derivadas de los factores FODA, procurar identificar de qué combinación de factores (FO, DA, FD.. etc...) se derivan éstas. Lo anterior permitiría para futuros ejercicios de revisión de contexto, identificar cuales factores se mantienen o desaparecen según el impacto de las estrategias.</p> <p>c- Dejar explícito metodológicamente, las responsabilidades y tiempos para el “Seguimiento” y “Revisión” del contexto, según el 4.1. de ISO 9001:2015</p>
3	<p>En verificación al documento PLE-MT-11 Grupo de valor, sería pertinente considerar:</p> <p>a- Hacer explícito como información documentada, la diferenciación de los 2 momentos “Seguimiento a las partes interesadas” y “Revisión a las partes interesadas”, en donde se pueda describir, alcance de las actividades, alcance de responsabilidades y tiempos en los que se realiza.</p> <p>b- La mención si las necesidades y/o expectativas se encuentran satisfechas (SI/NO), producto del seguimiento y/o revisión.</p>

	<p>c- Dejar explícito en el documento, la interacción de los grupos de valor, con los riesgos del proceso y con el contexto interno y externo.</p>
4	<p>Considerar, con relación al documento “PLE-MT-12 Mapa de Riesgos Organizacionales VIVA”, las siguientes opciones de mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Hacer explícita la relación existente la interacción y dependencia de los riesgos con la gestión de los documentos PLE-MT-18 (Contexto interno y externo) y PLE-MT-11 (Grupos de valor); determinando cómo uno sirve de insumo para el otro. b- Con relación a la evaluación de los controles, y su capacidad de reducción de riesgo, dejar explícito en la información documentada que los controles correctivos reducen impacto, y los controles preventivos y detectivos, reducen probabilidad. c- Para la evaluación del control, considerar, que dependiendo de si el control reduce probabilidad y/o impacto; calificará una columna (W) u otra (X) del mapa de riesgos. Quizás por la característica del control, no deban evaluarse ambas al mismo tiempo; lo que impactaría el resultado del impacto residual o del riesgo residual. d- Con relación al “Impacto final” y “producto final” en la evaluación del control, potencialmente reducir el valor máximo de desempeño de 100% a un valor menor (quizás 60-70); con el propósito de contar con un margen de error en la eficacia del control y hacer más retadora la necesidad de mejora de los mismos, desde cada uno de los procesos. <p>Lo anterior, permitiría reforzar la claridad en el entendimiento del modelo de gestión de riesgos, y facilitar su cumplimiento por parte de los procesos.</p>
5	<p>Considerar la ampliación en el alcance de la responsabilidad de los directores de cada dependencia y líderes de procesos en la actividad 4 relacionada con “Divulgar Plan de Acción Institucional” y que se detalla en el Procedimiento para la elaboración y seguimiento al Plan de Acción Institucional (PLE-PR-04); puesto que la publicación en la página web no garantiza por sí misma el entendimiento, apropiación y toma de conciencia sobre la importancia de este documento para la institución. Contar con mecanismos adicionales de apropiación, como ejemplo las socializaciones grupales (comités, o en comité del nuevo Plan de Acción; permitiría que se asegure la alineación de los procesos y sus participantes con la planeación estratégica.</p>
6	<p>Evaluar la posibilidad de incluir en la descripción de la actividad 1 del “PLE-PR-04 Procedimiento para la elaboración del plan de acción”, la descripción de los criterios de priorización de las actividades para realizar en el año siguiente; lo anterior considerando que no siempre las necesidades de los procesos se encuentran alineadas con las expectativas del Plan Estratégico y el Plan de Desarrollo Departamental.</p>
7	<p>Considerar incluir, dentro del “PLE-PR-04 Procedimiento para la elaboración del plan de acción”, los criterios o instrumentos, que a partir del entendimiento de los Contextos interno y externo; se pueda generar información valiosa para la determinar las</p>



Hogares para la vida

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

necesidades reales que pueda tener la institución para el logro de su planeación estratégica, y que de alguna manera ayude a la priorización de actividades.

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

Nro.	CONCLUSIONES
1	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
2	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.
3	<p>Cierre de eficacia de NC derivada de auditoría interna realizada al proceso 03/11/2023: Frente a las acciones identificadas en el CI-F16.v06 Plan de Mejoramiento Institucional, del proceso, se hace revisión de las acciones y evidencias relacionadas.</p> <p>Acción 1 para la NC: Consultar el POAI, Plan indicativo y alistamiento de los planes mencionados en el Decreto 612 de 2018. Evidencia: Dentro del documento PLE-MT-09-Plan-de-accion-2023-VIVA, se encuentran integrados los planes de acción del Decreto 612.</p> <p>Acción 2 para la NC: Incluir dentro del procedimiento PE-P02 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN las disposiciones del plan y sus respectivos formatos y registros. Evidencia: Se hace verificación del PLE-PR-04 Procedimiento para la elaboración del plan de acción, y en el documento en la actividad 1 “Planificación de las actividades”, se incluyen los planes de acción del Decreto 612.</p> <p>Acción 3 para la NC: Actualizar la caracterización del proceso e incluir las respectivas entradas y salidas de las actividades antes mencionadas. Evidencia: La versión 16 del documento PLE-CP-01 Caracterización de Proceso planeación, de agosto de 2023, incluye como entrada la descripción del Decreto 612 como entrada a las actividades de planeación del proceso.</p>
4	Es fundamental señalar el alto nivel de empoderamiento del grupo de trabajo frente a las actividades y responsabilidades adquiridas con el Sistema de Gestión; condición reflejada en la organización y calidad de la información suministrada.

--	--



¿SE MATERIALIZARON RIESGOS DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA?		
SI	X	<p>¿CUÁLES?</p> <p>Se identifican condiciones que podría ser incluidas como potencial materialización de riesgo del programa de auditoría, o necesidad de inclusión de nuevo riesgo en el mismo. La caracterización del proceso (PLE-CP-01 Caracterización de Proceso Planeación), suministrada para la preparación de la auditoría interna por parte del equipo auditor, era la versión 15, el auditado presento en la auditoría la versión 16 de la misma. El preparar la auditoría con información obsoleta, podría generar inexactitudes en el muestro de evidencias</p>
NO		

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. 1 OBS y las OM de mejora que se consideren como optativas en su implementación.

FIRMAS EQUIPO DE AUDITORES INTERNOS:

NOMBRE COMPLETO	CARGO / ROL	FIRMA
Wilmington Olarte Arias	Auditor Líder	
Angela Cristina David Restrepo	Auditor acompañante	

FIRMA LÍDER DEL PROCESO:

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