

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

INFORME PRELIMINAR

INFORME DEFINITIVO

MÉTODO DE AUDITORÍA:	
Presencial (x) Remota () Combinada ()	
NOMBRE DE LA AUDITORÍA: GESTIÓN SOCIOCULTURAL	NÚMERO DE LA AUDITORÍA: N° 11
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA: Determinar en el proceso de GESTIÓN SOCIOCULTURA si se encuentra en armonía con los requisitos institucionales enmarcados en la norma ISO 9001 de 2015, el modelo integrado de planeación y gestión MIPG y demás requisitos propios de la organización; verificando que se implementa y se mantenga eficazmente.	FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME: 5/11/2024
ALCANCE AUDITORÍA: Comprende el contexto del proceso de GESTIÓN SOCIOCULTURAL que se encuentran descritas en la caracterización 1-GSC-CP-01 V17 CARACTERIZACION PROCESO SOCIOCULTURAL 2- GEO-MT-08 V05 ANALISIS DE CONTEXTO ESTRATEGICO DOFA 3-GEO-MT-10 V06 matriz de riesgos institucionales, y los instructivos: GSC-IN-02 V03 INSTRUCTIVO PREHABILITACION POSTULADOS MEJORAMIENTO DE VIVIENDA y GSC-IN-07 V07 INSTRUCTIVO HABILITACION DE FAMILIAS y finalmente la verificación de Indicadores del proceso.	
CRITERIOS: Requisitos aplicables del Decreto 1499 de 2017 y de la ISO 9001:2015 y otros requisitos Potencialmente aplicables al alcance de la auditoría.	
LÍDER DE PROCESO: Víctor Hugo Piedrahíta Robledo, Director de Vivienda y Hábitat	

Reunión de Apertura:						Ejecución de la Auditoría:				Reunión de Cierre:					
Día	23	Mes	10	Año	2024	Desde	23/10/2024	Hasta	23/10/2024	Día	23	Mes	10	Año	2024
							D / M / A		D / M / A						

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Equipo auditor (Nombre, cargo y dependencia)

NOMBRE DEL AUDITOR LÍDER:

ANA MARÍA BEDOYA OSPINA, PROFESIONAL UNIVERSITARIA COMUNICACIONES

NOMBRE DEL AUDITOR INTERNO ACOMPAÑANTE:

LEISON FREYDER ROMAÑA ROMAÑA, JEFE DE COMUNICACIONES

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA:

No.	ASPECTOS FAVORABLES
1	La GESTIÓN SOCIOCULTURAL se encuentra actualizando el proceso con el fin de consolidar y tener control de la data de los potenciales beneficiarios y beneficiarios que permitan entregar información de valor en doble vía cada vez que se requiera, esto permitirá no solo tener conocimiento e información detallada para la toma de decisiones, sino que permitirá comunicación oportuna cada vez que se requiera.
2	Se reconoce que el proceso está consolidando un sistema completo que contempla todos los frentes expuestos en el objetivo de calidad en la caracterización del proceso, pero además entregará información de valor para los diferentes procesos, programas y proyectos que la entidad adelanta.

Nro.	NO CONFORMIDADES
1	Se identificó que el indicador <i>“Satisfacción de las personas potencialmente beneficiarias de las actividades de Gestión Sociocultural”</i> desde la planeación del proceso, se tiene establecido una medición semestral y una meta del 4,5; al validar los resultados, no presenta análisis y evaluación de satisfacción, para lo cual, el proceso manifestó que <i>“no ha sido aplicada la evaluación porque no se ha realizado desde la gestión social capacitaciones talleres que incluyan esta evaluación”</i> por lo cual, validando el lineamiento institucional frente a la gestión de indicadores, se tiene establecido que, cuando se detectan desviaciones en los avances de gestión e indicadores, es indispensable que el responsable establezca las acciones de mejora de manera inmediata y especificarlas en los informes de gestión. <i>(Nota inferior en la ficha de indicadores y Geo-Gu-05 V04 Guía Para la Formulación de Indicadores)</i> y constatando con el informe de desempeño del segundo trimestre 2024, en la página N°9 el proceso mencionó lo siguiente: <i>“No se han realizado capacitaciones sociales a la fecha de este periodo”</i> evidenciando ausencia de acciones de mejora establecidas para dar cumplimiento a la medición propuesta. Presentando incumplimiento al numeral 9.1.2 <i>Satisfacción del cliente</i> de la NTC ISO 9001:2015.

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Nro.	OBSERVACIONES
1	Es conveniente realizar comité primario en el que se socialice los cambios que se están presentando en el proceso para evitar posibles errores en la ejecución de los controles.

Nro.	OPORTUNIDAD DE MEJORA
1	Se recomienda documentar en un procedimiento toda la gestión del proceso ya que no existe un documento que defina todo lo que se hace desde la GESTIÓN SOCIOCULTURAL y cómo se debe hacer. Si bien hay procedimientos, instructivos y matrices de algunas acciones, no hay un documento completo que muestre todo el universo del accionar del proceso, de acuerdo con la presentación expuesta en la ejecución de la auditoría.
2	Se recomienda desde el enfoque de simplificación, evaluar la pertinencia de transferir la información que soporta el GSC-PR-02v01 procedimiento JORNADA DE BANCARIZACIÓN Y ASESORÍA PARA LA ADQUISICIÓN DE VIVIENDA NUEVA, con el procedimiento GSR – PR - 03 PROCEDIMIENTO ESCUELA DE PROPIETARIOS, ya que la bancarización es uno de los puntos que se realiza en la escuela, por ende, este podría ser un instructivo que explique como hacerlo, pero tener un solo procedimiento.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda en el informe de desempeño en el Item Avance de cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan de Acción de la DOFA (<i>GEO-MT-08 Análisis de contexto estratégico DOFA</i>): Actividades plan de acción DOFA. Especificar las acciones que den cuenta del cumplimiento, toda vez que en el segundo informe de desempeño se presentó inconsistencia en la Actividad: Implementación y construcción de base de datos que le permita hacer análisis prospectivos a la Alta Dirección. - Se recomienda en el informe de desempeño, especificar las evidencias que dan cuenta al cumplimiento de los grupos de valor, toda vez que en el informe del segundo trimestre no se especificaron.

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

Nro.	CONCLUSIONES
1	Se identificó que el proceso de GESTIÓN SOCIOCULTURAL es conforme con los requisitos propios de la organización, de la Norma ISO 9001-2015 y Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG; sin embargo, es conveniente, atender los hallazgos identificados en la presente auditoría con el fin de que se mantengan eficazmente.
2	<p>Evaluación de la eficacia de la NC N°6 auditoría interna de calidad 2023: Hallazgo: Al verificar el formato GSC-FO-06 se detecta que este no se encuentra codificado de acuerdo con lo establecido en el documento “Guía de información documentada GEO-GU-01 versión 2”; incumpliendo así lo establecido en el numeral 7.5.2 de la ISO 9001:2015.</p> <p>Eficacia: se identificó que el proceso ajustó el formato por la matriz GSC-MT-02 V4 “IDENTIFICACIÓN POTENCIALES BENEFICIARIOS VIVIENDA NUEVA”, sin embargo, en la validación de la implementación de esta matriz el proceso indica que no se ha implementado por este motivo no se evalúa la eficacia y queda pendiente para un próximo ejercicio.</p>

¿SE MATERIALIZARON RIESGOS DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA?		
SI		¿CUÁLES?
NO	X	

OBSERVACIONES FRENTE A LOS RESULTADOS:

Se evidencia que el proceso está realizando cambios trascendentales que darán cumplimiento al objetivo planteado. Sin embargo, se requiere realizar una revisión completa del proceso para depurar todos los formatos, matrices, entre otra información documentada que no utiliza con el objetivo de afinar la información y tener solo lo necesario en el sistema.

FIRMAS EQUIPO DE AUDITORES INTERNOS:

NOMBRE COMPLETO	CARGO / ROL	FIRMA
ANA MARÍA BEDOYA OSPINA	Auditor Líder	
LEISON FREYDER ROMAÑA ROMAÑA	Auditor acompañante	

FIRMA LÍDER DEL PROCESO:

NOMBRE LÍDER DEL PROCESO	CARGO / ROL	FIRMA
VICTOR HUGO PIEDRAHÍTA ROBLEDO	Director de Vivienda y Hábitat	