

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

INFORME PRELIMINAR

INFORME DEFINITIVO

MÉTODO DE AUDITORÍA:

Presencial (X) Remota () Combinada ()

NOMBRE DE LA AUDITORÍA:

Auditoría Interna al proceso “Gestión Sociocultural”

NÚMERO DE LA AUDITORÍA:

N° 11

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:

Determinar si el proceso "Gestión Sociocultural" 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, el decreto único reglamentario 1072 de 2015; verificando que se implementa y se mantiene eficazmente el cumplimiento normativo, con el fin de evaluar su planeación, ejecución, seguimiento y resultados.

FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME:

29/09/2025

ALCANCE AUDITORÍA:

Aplica a las actividades contempladas dentro del proceso "Gestión Sociocultural" y que son descritas en la caracterización GSC-CP-01 V18. Las actividades relacionadas en el alcance de los procedimientos GSC-PR-02 V01 Jornada de bancarización, GSC-PR-03 V01 Escuela de propietarios, al igual que la información documentada en la que ellos se relaciona, así como el análisis de los proyectos socioculturales ejecutados durante el periodo 01 de octubre 2024 al 30 de agosto de 2025.

CRITERIOS:

Requisitos aplicables del Decreto 1499 de 2017 – MIPG.

Requisitos aplicables de la ISO 9001:2015

Normograma del proceso.

LÍDER DE PROCESO:

Victor Hugo Piedrahita Robledo - Director de Gestión sociocultural

Reunión de Apertura:						Ejecución de la Auditoría:				Reunión de Cierre:					
Día	17	Mes	09	Año	2025	Desde	17/09/2025	Hasta	17/09/2025	Día	17	Mes	09	Año	2025
							D / M / A		D / M / A						

Equipo auditor (Nombre, cargo y dependencia)

NOMBRE DEL AUDITOR LÍDER:

Luis Bernardo Restrepo Molina
Contratista (Dirección de Proyectos)

NOMBRE DEL AUDITOR INTERNO ACOMPAÑANTE:

Diana Katherine Castrillón Santamaría.
Contratista (Dirección Financiera)

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA:

No.	ASPECTOS FAVORABLES
1	Estandarización de la estrategia de ahorro voluntario con el FNA (criterio: cláusula 8.1). Se aplican instructivos y listas de chequeo en cada jornada, asegurando consistencia en la validación de requisitos y en el cruce de información con el FNA.

Nro.	NO CONFORMIDADES
1	No se identificaron no conformidades.

Nro.	OBSERVACIONES
1	Compromiso y conciencia del personal (criterio: cláusula 7.3). Durante las entrevistas se evidenció que los integrantes del equipo comprenden claramente cómo sus funciones inciden en la satisfacción de los usuarios y en la calidad del servicio. No obstante, se identificó que el control de las actas no se está realizando oportunamente en la plataforma OneDrive, así como la ausencia de una frecuencia establecida para la realización de las reuniones. Esta situación puede generar riesgos en la trazabilidad de la información, el seguimiento a los compromisos y la efectividad en la toma de decisiones.
2	Comunicación externa (criterio: 7.4), se observó que en algunos municipios los mensajes hacia los beneficiarios no son totalmente homogéneos, lo cual puede derivar en interpretaciones distintas.
3	Gestión documental (criterio: 7.5.3), se evidenció que, aunque se conservan los registros como listas, encuestas e informes, estos no se gestionan en repositorios

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	oficiales, lo que puede generar riesgos en el control de versiones, y dificultades en la trazabilidad de los documentos.
4	Se identificaron aspectos a mejorar en la trazabilidad del indicador de satisfacción de las personas potencialmente beneficiarias de las actividades de Gestión Sociocultural al cierre de la vigencia 2024, la actualización de algunos registros de asistencia, la oportunidad en el cierre de planes de mejoramiento institucional y la integración de la información proveniente de actores externos, entre otros. Estas situaciones pueden generar riesgo en el seguimiento efectivo de los compromisos institucionales y la toma de decisiones oportunas.

Nro.	OPORTUNIDAD DE MEJORA
1	En gestión de riesgos (criterio: 6.1), la matriz no refleja factores emergentes como inseguridad territorial ni variaciones en la participación de municipios, se recomienda documentar todos los mecanismos para que futuras personas sin la misma experiencia puedan actuar con claridad.
2	En la planificación operativa, se evidenció la ausencia de un checklist logístico previo a las jornadas (criterio: 7.1.4), lo cual limita la verificación sistemática de condiciones mínimas antes de cada evento.
3	Se encontró que hay planeación documentada (cronogramas, mesas técnicas) y controles previstos. Sin embargo, en algunos municipios hubo reprogramaciones por fallas de coordinación de espacios o poca asistencia. Aunque se ajusta sobre la marcha, faltan registros de análisis de causa y planes de contingencia documentados. Esta situación impacta sobre el criterio 8.5.1 de producción y provisión del servicio, garantizando la calidad del servicio y las expectativas del cliente, en este caso la comunidad en los municipios.
4	Control posterior del servicio (criterio: 8.5.5), se detectó que el seguimiento a beneficiarios se concentra en encuestas, sin otros mecanismos complementarios de retroalimentación.
5	En seguimiento y medición, no se dispone aún de un indicador consolidado del impacto del ahorro voluntario (criterio: 9.1.1), limitando la visibilidad de resultados frente a los objetivos estratégicos.
6	En gestión del conocimiento, las lecciones aprendidas (criterio: 10.1) no siempre se registran formalmente, pese a que se implementan mejoras.

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	<p>El proceso de Gestión Sociocultural cumple con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y demás criterios aplicables, sin evidenciar no conformidades. Sin embargo, la auditoría permitió documentar cuatro observaciones y 6 oportunidades de mejora que señalan espacios de ajuste en la gestión de riesgos, documentación, trazabilidad inter-áreas, planificación operativa y seguimiento a beneficiarios. Se tomaron para este informe, las más relevantes.</p>
2	<p>El balance general refleja un proceso que ha avanzado en aspectos esenciales como caracterización, encuestas de satisfacción, gestión de acciones correctivas y compromiso del personal, pero que aún debe fortalecer la estandarización de la comunicación, el control documental y la sistematización de aprendizajes.</p>
3	<p>Evaluación de la eficacia plan de mejoramiento institucional derivado de la auditoría interna de calidad 2024:</p> <p>No conformidad N°2: Incumplimiento del requisito 9.1.2 de la NTC ISO 9001:2015 en la gestión de indicadores de satisfacción.</p> <p>Corrección: Implementar las evaluaciones de satisfacción a los municipios de Tarso y San Jerónimo, asegurando trazabilidad y cumplimiento de los lineamientos institucionales establecidos en la Geo-Gu-05 V04 y la NTC ISO 9001:2015.</p> <p>Acción correctiva: Incorporar en el procedimiento de la gestión social la metodología de evaluación de satisfacción</p> <p>Observación equipo auditor: No se evalúa su eficacia, toda vez que, la acción se encuentra en gestión con fecha de cierre el 18/11/2025.</p> <p>Observación N°4 y 5: Se recomienda, fortalecimiento de la trazabilidad y control del proceso de Gestión Sociocultural mediante un procedimiento integral y Oportunidad de mejora en la integración del procedimiento de bancarización con la Escuela de Propietarios.</p> <p>Acción de mejora: Mesa de trabajo con profesionales de la Gestión social para definir y construir el procedimiento y consolidar en el procedimiento Escuela de propietarios incorporando las jornadas de bancarización.</p> <p>Observación equipo auditor: No se evalúa su eficacia, toda vez que, la acción se encuentra en gestión con fecha de cierre el 18/11/2025.</p> <p>Observación N°3: 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.</p>

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

	<p>Acción de mejora: Realizar comité primario y dar capacitación sobre el MGO y la navegación del sistema y el SharePoint</p> <p>Observación equipo auditor: Acción eficaz. Se presentaron evidencias de la realización del comité primario, así como de la capacitación desarrollada sobre el MGO y la navegación del sistema y el SharePoint. Con lo anterior, se considera que la acción de mejora implementada es eficaz, dado que permite fortalecer la socialización de los cambios, reducir riesgos de error en la ejecución de los controles y mejorar el conocimiento del personal en el uso de las herramientas institucionales.</p> <p>Observación N°6: 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 (GEO-MT-08 Análisis de contexto estratégico DOFA): 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.</p> <p>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.</p> <p>Acción de mejora: Informe de gestión con los avances en el plan de acción de la DOFA y avances en el seguimiento a necesidades y expectativas de los Grupos de Valor.</p> <p>Observación equipo auditor: Acción eficaz. Durante la verificación, los auditados presentaron evidencias documentales y registros que soportan la inclusión de avances específicos en el informe de gestión, tanto en lo relacionado con la actividad de implementación de la base de datos como en el seguimiento a las necesidades y expectativas de los grupos de valor. Estas evidencias demuestran la aplicación de la acción de mejora y permiten constatar mayor claridad, trazabilidad y confiabilidad en la información presentada en los informes de desempeño. En consecuencia, se considera que la acción implementada es eficaz, contribuyendo a fortalecer la gestión de contexto estratégico y el relacionamiento con los grupos de valor.</p>
--	---

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

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

OBSERVACIONES FRENTE A LOS RESULTADOS:

En el marco de la auditoría interna al proceso de Gestión Sociocultural se identificaron algunos aspectos que, si bien cumplen con los requisitos de la norma, presentan espacios de mejora que vale la pena considerar. Uno de ellos corresponde a la definición de roles y responsabilidades inter-áreas: aunque están formalmente documentados en la caracterización del proceso, durante las entrevistas se evidenció que persisten vacíos en la coordinación con áreas como Planeación y Dirección de Proyectos. Esto puede generar ciertas dificultades en la trazabilidad de decisiones y en la claridad de responsabilidades compartidas.

Otro punto observado tiene que ver con la comunicación externa hacia los beneficiarios. Si bien el proceso dispone de mecanismos de contacto y utiliza distintos canales, en algunos municipios se encontró que los mensajes no siempre son uniformes. Esta falta de homogeneidad podría dar lugar a interpretaciones diversas respecto a los requisitos o beneficios de las actividades, por lo cual se recomienda avanzar hacia una mayor estandarización.

De igual forma, la auditoría puso de manifiesto que, aunque la información documentada se conserva y es accesible, parte de los registros aún se gestionan en repositorios no oficiales, como drives compartidos. Esta práctica, aunque funcional en el día a día, debilita el control de versiones y la seguridad de la información. Centralizar los documentos en repositorios oficiales garantizará mayor trazabilidad y confiabilidad.

En conjunto, estas observaciones no representan incumplimientos, pero sí señalan aspectos que, de atenderse, contribuirán a reforzar la eficacia del proceso, mejorar la articulación con otras áreas y asegurar que la comunicación hacia los beneficiarios sea más clara y consistente.

FIRMAS EQUIPO DE AUDTORES INTERNOS:

NOMBRE COMPLETO	CARGO / ROL	FIRMA
Luis Bernardo Restrepo Molina	Contratista / Auditor Líder	
Diana Katherine Castrillón Santamaría	Contratista/ Auditor acompañante	

FIRMA LÍDER DEL PROCESO:

NOMBRE LÍDER DEL PROCESO	CARGO / ROL	FIRMA
Victor Hugo Piedrahita Robledo	Director Vivienda y Hábitat/ Líder del proceso	