

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		
	PROCESO DE CONTROL Y EVALUACION A LA GESTION		
	INFORME DE AUDITORÍA		
	CÓDIGO: PV01-PR02-F06	VERSIÓN 6.0	

Fecha: 08/06/2018

Proceso auditado:	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
Dependencia auditada:	Oficina de Control Interno
Nombre y cargo del responsables del proceso / dependencia auditada:	Diego Nairo Useche Rueda, Jefe Oficina de Control Interno
Equipo auditor:	Doris Correa Cabrera (Auditora Líder) Carlos Alberto Díaz Ruiz

Objetivo de la auditoría	Verificar en el proceso Control y Evaluación de la Gestión, si el sistema de gestión de la calidad de la Secretaría Distrital de Movilidad, es conforme con los requisitos propios de la entidad, los requisitos legales y los de la norma ISO 9001:2015, con el fin de establecer las acciones de mejora que contribuyan con el fortalecimiento del mismo.
Alcance de la Auditoría:	Comprende el período entre el 01 de mayo de 2017 al 30 de abril del 2018, incluye los siguientes cuatro (4) procedimientos: PV01- PR02 Auditoría Interna. PV01- PR03 para la Evaluación del Sistema de Control Interno en la entidad. PV01- PR05 gestión de la cultura del control. PV01- PR06 para el acompañamiento y/o asesoría durante las visitas de entes externos y la participación Movilidad en los Comités Internos.
Criterios de la Auditoría:	Decreto 567 de 2006, NTC ISO 9001:2015, Norma Técnica Distrital NTD-SIG 001:2011, la normativa, los procedimientos, funciones, formatos y demás documentación aplicable al proceso.

RESUMEN EJECUTIVO	
Descripción del hallazgo	Tipo de hallazgo (NC / O)
No se determinaron acciones para eliminar una de las causas del riesgo No.1 del proceso.	NC
Incumplimiento del procedimiento PV01-PR05 Gestión de la cultura del control en cuanto a no efectuar la evaluación del impacto de las campañas de 2017 y no realizar el diagnóstico institucional para la planificación de actividades teniendo en cuenta la información de entrada estipulada por el procedimiento.	NC
El programa de auditorías internas publicado en la intranet no evidencia las responsabilidades del equipo auditor.	NC

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		
	PROCESO DE CONTROL Y EVALUACION A LA GESTION		
	INFORME DE AUDITORÍA		
	CÓDIGO: PV01-PR02-F06	VERSIÓN 6.0	

Las acciones correctivas 70-2016 y 141-2017, tomadas por el proceso de Control y Evaluación de la Gestión frente a los hallazgos reportados por auditorías internas anteriores realizadas al proceso, no han sido eficaces, lo que afecta la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.	NC
La caracterización del proceso no permite identificar con claridad las interacciones con otros procesos, por cuanto establece que él mismo es proveedor y cliente de sí mismo en varias de las actividades allí descritas.	O
No se tuvieron en cuenta los tiempos establecidos en el procedimiento aplicable para realizar el entrenamiento en el puesto de trabajo del auxiliar administrativo de la oficina de Control Interno.	O

Total de hallazgos: No conformidades: Cuatro (4) y Observaciones: Dos (2).

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA
Se comunicó el plan de auditoría al líder del proceso con anticipación a su realización, el cual se desarrolló de acuerdo con lo acordado, dando cobertura a los temas y procedimientos definidos para este ciclo, sin encontrar ningún contratiempo u obstáculo para llevar a cabo el ejercicio y así lograr los objetivos propuestos. Se efectuaron las reuniones de apertura y cierre de la auditoría contando con la participación del líder de proceso y su equipo de trabajo según las fechas acordadas. Se entrevistó al personal del proceso con el fin de conocer su nivel de interiorización y compromiso con el SIG, así como su conocimiento y aplicación de los procedimientos documentados; se recopilaron las evidencias pertinentes mediante la aplicación de muestreo en actividades y documentos. Se analizó la información y evidencias recopiladas, y se efectuó la retroalimentación diaria al líder del proceso con el fin de darle a conocer los hallazgos identificados durante el desarrollo del ejercicio de auditoría. Posterior al balance y consolidación de resultados por parte del equipo auditor, se elabora este informe de auditoría el cual es enviado a la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación para su revisión y aprobación. Como parte de las actividades finales de la auditoría, se realiza el cierre de la auditoría con los auditados, dando lectura al informe y solicitud de acciones correctivas para las no conformidades detectadas. De acuerdo con el plazo definido para revisión del informe por parte de los auditados, se reciben y revisan sus observaciones las cuales son evaluadas con respecto a los objetivos y criterios establecidos para su consideración en este informe. Se emite informe definitivo y se acuerdan los plazos para la implementación del plan de mejoramiento respectivo.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD Secretaría de Movilidad	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		 Sistema Integrado de Gestión Distrital
	PROCESO DE CONTROL Y EVALUACION A LA GESTION		
	INFORME DE AUDITORÍA		
	CÓDIGO: PV01-PR02-F06	VERSIÓN 6.0	

RESULTADOS

NO CONFORMIDAD No. 1

a. Situación o condición observada

Al revisar las causas del riesgo No. 1 denominado Incumplimiento o desactualización del Programa Anual de Auditorías Internas PAAI, se observó que una de ellas es Rotación o escaso número de servidores del proceso, sin embargo, ni dentro de los controles ni como parte de las acciones propuestas se evidencia que se haya definido alguna acción específica orientada a eliminar dicha causa.

Aunque es evidente que el líder es consciente del riesgo que implica no contar con el equipo humano para lograr los objetivos del proceso, y así lo manifiesta al informar que “la ejecución del PAAI estará sujeta a la disponibilidad de recursos y capacidad operativa de la Oficina”, esta situación demuestra que los controles planteados actualmente en la matriz no son suficientes para evitar que pueda materializarse.

b. Evidencias

Mapa de riesgos con corte a 30 de abril de 2018.

c. Criterio afectado

6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades (NTC ISO 9001:2015)

“La organización debe planificar las acciones para abordar los riesgos y oportunidades”.

4.2.2 Planificación de la gestión del riesgo (NTD SIG 001:2011):

h) Los líderes de los procesos identificados deben monitorear periódicamente su(s) respectivo(s) mapas de riesgo(s) con el objetivo de garantizar la eficiencia, eficacia y efectividad de las acciones propuestas para su tratamiento.

NO CONFORMIDAD No. 2

a. Situación o condición observada

Al verificar el cumplimiento del procedimiento PV01-PR05 Gestión de la cultura del control, se evidenció que no se evaluó el impacto de las campañas realizadas durante el año 2017 y tampoco se evidenció la realización del diagnóstico para la vigencia 2018, considerando las entradas descritas en el procedimiento citado.

b. Evidencias

No se evidencian soportes de la realización de las actividades mencionadas en el párrafo anterior.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		
	PROCESO DE CONTROL Y EVALUACION A LA GESTION		
	INFORME DE AUDITORÍA		
	CÓDIGO: PV01-PR02-F06	VERSIÓN 6.0	

c. Criterio afectado

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación (NTC ISO 9001:2015):

"La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad".

6.8 Seguimiento y monitoreo de los procesos (NTD SIG 001:2011):

La entidad y organismo distrital debe hacer seguimiento al desarrollo de los procesos y procedimientos del sistema integrado de gestión para establecer el cumplimiento de los establecido en el numeral 4.2.1 de la norma.

NO CONFORMIDAD No. 3

a. Situación o condición observada

Al consultar en la intranet el Plan Anual de Auditoría Interna (PAAI), documento que incluye el programa de auditorías internas del SIG, este no suministraba información acerca de la asignación de responsabilidades del equipo auditor.

No obstante los argumentos expuestos por los auditados con respecto a la no aplicabilidad de esta no conformidad, es necesario ratificarla por cuanto el PAAI, que hace las veces de programa de auditoría en lo pertinente, al ser publicado como documento oficial no incluye la asignación de responsabilidades para desarrollar el ciclo de auditorías del SIG en cada proceso; si los procedimientos establecen que este es el documento formal entonces debió publicarse completo, así la no conformidad sea menor y pareciera irrelevante amerita implementar corrección o acción correctiva o ambas para que no vuelva a ocurrir.

b. Evidencias

Plan Anual de Auditoría Interna (PAAI) publicado en la intranet a 7 de mayo de 2018

c. Criterio afectado

9.2.2 a) Auditoría Interna (NTC ISO 9001:2015) / 6.3 Auditorías internas del sistema integrado de gestión (NTDSIG 001:2011):

La organización debe: Planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan, entre otros, las responsabilidades.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD Secretaría de Movilidad	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		 Sistema Integrado de Gestión Distrital
	PROCESO DE CONTROL Y EVALUACION A LA GESTION		
	INFORME DE AUDITORÍA		
	CÓDIGO: PV01-PR02-F06	VERSIÓN 6.0	

NO CONFORMIDAD No. 4

a. Situación o condición observada

Al revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas frente a los hallazgos reportados por la auditoría interna realizada al proceso en el año 2017, se encontró que persisten las no conformidades con respecto a la implementación de las tablas de retención documental, al control de la información documentada por parte del proceso y a la competencia de los auditores internos.

b. Evidencias

Tablas de Retención Documental:

Se continúa evidenciando que la Oficina de Control Interno está utilizando una tabla de retención documental que no corresponde a la publicada y aprobada para el proceso. Se observó que las TRD que se encuentran en uso en la actualidad, difieren de las aprobadas en cuanto a las series definidas puesto que incluyen nuevas tales como la 23 Auditorías y la 175 Programas; por otra parte, se elimina la serie 14 Planes.

Al observar el plan de mejoramiento del proceso con respecto a esta no conformidad se evidencia que su cierre ha sido reprogramado varias veces y aún se encuentra en estado abierta.

Ante la réplica expuesta por los auditados, se aclara que independiente de quien tenga la responsabilidad de darle solución a la no conformidad, el deber del equipo auditor es reportar los efectos donde se evidencian; ya corresponderá como parte del análisis, identificar causa raíz y definir responsabilidades y tareas.

Control de la información documentada:

Se evidenció lo siguiente:

- La caracterización del proceso no ha sido actualizada por cuanto el documento publicado en la intranet se encuentra en la versión 4.0 y la última versión de la plantilla corresponde a la versión 5.0 del 9 de octubre de 2017. El documento presenta salidas que ya no aplican como es el caso de los planes gerenciales. En todas las actividades el responsable es el Jefe de la Oficina de Control Interno, lo cual no permite identificar quiénes más participan en el flujo del proceso;
- El procedimiento de auditoría interna se encuentra publicado en dos sitios diferentes de la intranet en dos versiones diferentes 7.0 y 8.0; igual situación se presenta con la publicación del mapa de riesgos del proceso;
- No se encuentra publicado el documento PV01-PR03-IN01 Guía para la realización de las evaluaciones a la gestión, tal como se indica en el procedimiento PV01-PR03 Evaluación del Sistema de Control Interno en la entidad;
- Se está utilizando el formato PV01-PR06-F02 denominado Seguimiento y acompañamiento a comités SDM, el cual no se menciona en el procedimiento PV01-PR06 Para el acompañamiento

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		
	PROCESO DE CONTROL Y EVALUACION A LA GESTION		
	INFORME DE AUDITORÍA		
	CÓDIGO: PV01-PR02-F06	VERSIÓN 6.0	

y asesoría durante las visitas de entes externos y la participación de movilidad en los comités externos.

- La versión 8.0 del instructivo de auditorías internas publicada en la intranet, no registra fecha y presenta inconsistencias en los nombres de los responsables con respecto al original firmado.
- Al revisar el aplicativo de correspondencia, se encontró que entre otros el radicado interno 3077 de 2018 aparece en estado sin asignar o sin archivar, lo cual no permite evidenciar la trazabilidad y cierre del trámite del documento.
- Al verificar el archivo de actas de comité de control interno y calidad del año 2017, se observó que los documentos en las carpetas no se encuentran foliados y no se registra la fecha final en el rótulo de la carpeta.

Competencia de los auditores:

Se evidenció que en el plan de mejoramiento propuesto para el cierre de la no conformidad 141-2017, producto de la auditoría interna 2017, se tenía prevista la acción correctiva "Gestionar ante la SGC y la OAP, la capacitación de auditores líderes en la norma ISO 9001 – 2015", con fecha de cumplimiento 25/02/2018, sin embargo, al realizar el seguimiento a la acción con corte a diciembre 2017 se reporta que no se ha realizado la acción y que se debe reprogramar.

c. Criterio afectado

10.2.1. No Conformidad y Acción Correctiva (NTC ISO 9001:2015)

"Se deben tomar acciones correctivas para eliminar las causas de las no conformidades con el fin de que no vuelvan a ocurrir ni ocurra en otra parte"; e implementar cualquier acción necesaria.

7.3 Acciones Correctivas (NTD SIG 001:2011):

...Estos inconvenientes pueden estar relacionados con:

- d) El desempeño de los procesos.
- i) La gestión documental.

OBSERVACION No. 1

a. Situación o condición observada

Al revisar la caracterización del proceso se encuentra que este documento no permite identificar con claridad las interacciones con otros procesos, por cuanto establece que él mismo es proveedor y cliente de sí mismo en varias de las actividades allí descritas, lo cual desvirtúa la intención de mostrar la interacción del proceso caracterizado con los demás procesos del SIG.

b. Evidencias

Caracterización del proceso PV01-C Versión 4.0

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD Secretaría de Movilidad	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		 Sistema Integrado de Gestión Distrital
	PROCESO DE CONTROL Y EVALUACION A LA GESTION		
	INFORME DE AUDITORÍA		
	CÓDIGO: PV01-PR02-F06	VERSIÓN 6.0	

c. Criterio afectado

4.4.1 b) Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos (NTC ISO 9001:2015):

La organización debe determinar la secuencia e interacción de los procesos del sistema de gestión de la calidad.

OBSERVACION No. 2

a. Situación o condición observada

Al verificar los registros del entrenamiento en el puesto de trabajo (formato PA-02-PR10-F03 Entrenamiento en Puesto De Trabajo), se observó que el contratista Juan Camilo Araque recibió el entrenamiento al puesto de trabajo en dos fechas diferentes, que superan el plazo máximo definido en el procedimiento aplicable.

b. Evidencias

Formato entrenamiento en el puesto de trabajo de Juan Camilo Araque.

c. Criterio afectado

7.2 Competencia (NTC ISO 9001:2015) / 4.2.5.2 Talento humano

PA-02-PR10 Procedimiento de Inducción-Reinducción y Entrenamiento en Puesto de Trabajo-Lineamientos y/o Políticas de operación.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

- Fortalezas

- No obstante, su corto tiempo en la Entidad, el líder del proceso tiene conocimiento sobre la plataforma estratégica, los objetivos y retos de la oficina a su cargo, evidenciando su compromiso con los mismos, lo cual demuestra su liderazgo y orientación hacia el cumplimiento de los objetivos.
- La creación del comité de coordinación institucional de control interno, mediante Resolución 056 del 23 de marzo de 2018, ya que permite una mayor independencia de esta función con respecto a la del Comité Directivo de la Entidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD Secretaría de Movilidad	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		 Sistema Integrado de Gestión Distrital
	PROCESO DE CONTROL Y EVALUACION A LA GESTION		
	INFORME DE AUDITORÍA		
	CÓDIGO: PV01-PR02-F06	VERSIÓN 6.0	

- La próxima expedición del código de ética y el estatuto del auditor interno, porque de esta manera se pretende asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría interna y contribuir al mejoramiento de dicho ejercicio.
- La constitución del plan padrino por Subsecretarías, mediante el cual se busca ejercer un mejor acompañamiento de parte del equipo de profesionales de la OCI a la entidad.

- Recomendaciones

- Se puede considerar la simplificación, racionalización y optimización de la documentación que apoya las actividades del proceso, tales como procedimientos, formatos e instructivos, con el fin de reducir el desgaste administrativo que implica controlar y administrar un número considerable de documentos.
- Las siguientes recomendaciones derivadas de las directrices dadas por la norma ISO 19011:2012, están dirigidas a optimizar el proceso de auditorías internas y aumentar su aporte de valor a logro de los objetivos de la SDM:
 - Planificación: se considera que la planificación de las auditorías internas se debería realizar con suficiente anticipación para asegurar la conformación oportuna y adecuada de los equipos auditores competentes y detectar a tiempo necesidades de entrenamiento, formación específica en caso de ser necesaria, y garantizar su disponibilidad para el desarrollo del ejercicio de auditoría.
 - Realización: a través del rol de un único auditor líder y su equipo auditor para todo el sistema de gestión, se debería preparar un único plan de auditoría, realizar reunión única tanto de apertura como de cierre, balance unificado de los auditores asignados a todos los procesos a auditar. Esto con el fin de unificar criterios frente al muestreo a realizar, la focalización de la auditoría y la identificación de hallazgos con visión global del sistema, y así evitar multiplicidad de hallazgos frente a un mismo requisito incumplido y divergencia en criterios derivados de auditar los procesos de manera aislada como se realiza actualmente. Esto también garantiza que se auditen las interfaces entre procesos y favorece un mejor ejercicio de trazabilidad al permitir no solo seleccionar los temas vitales a auditar en cada proceso sino intercambiar información relevante entre auditores de un proceso y otro(s) lo cual conlleva a resultados y conclusiones con una visión integral de la gestión evaluada.
 - Conceptos: afianzar el entendimiento y apropiación de términos como programa y plan de auditoría interna, ya que siendo diferentes a la luz de la norma ISO 19011, se vienen empleando de manera indistinta lo cual se presta para confusiones e interpretaciones equívocas.
 - Con el fin de mantener la base de auditores internos que se ha venido formando al interior de la Secretaría y estimular su participación, sería importante considerar estrategias adicionales para su entrenamiento, motivación y compromiso; así como la formación de nuevos auditores internos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD Secretaría de Movilidad	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		 Sistema Integrado de Gestión Distrital
	PROCESO DE CONTROL Y EVALUACION A LA GESTION		
	INFORME DE AUDITORÍA		
	CÓDIGO: PV01-PR02-F06	VERSIÓN 6.0	

- Sería importante que, en el formato de plan de mejoramiento por procesos, se incluyera la causa raíz, con el fin de asegurar y facilitar el seguimiento de las acciones propuestas a implementar en cuanto a su coherencia y eficacia.
- En los casos en los que existan formatos o plantillas de origen externo como aquellos emitidos por otras entidades, y que la Secretaría deba adoptar para el desarrollo de sus actividades, se considera conveniente hacer uso de los originales sin necesidad de replicarlos en formatos internos, con lo que se favorece disponer siempre de las versiones vigentes y minimiza controles innecesarios sobre documentación que no lo amerita.
- Se recomienda estar atentos a la actualización del glosario de términos y en la medida en que sea necesario, asegurarse de definir la terminología que pueda generar dificultad en su interpretación, derivada de cambios en la normativa o nuevas disposiciones. Ejemplo: PAAI, MIPG, Sistema Control Interno, cultura del control.
- En lo que respecta a la gestión de la cultura del control, sería conveniente especificar las actividades a desarrollar durante la vigencia, considerando aspectos como objetivos, responsables, resultados esperados, entre otros, lo cual favorezca una mejor ejecución y seguimiento.
- Seguir fortaleciendo la apropiación e interiorización por parte del personal acerca de la información documentada que, aunque no hace parte de su quehacer cotidiano, si es importante tenerla presente para el logro de los objetivos y focalización de esfuerzos hacia la mejora continua en el desempeño de la Entidad.
- Con el fin de fortalecer la evaluación del desempeño del Proceso de Control y Evaluación de la Gestión pudiera ser útil definir parámetros de medición adicionales que suministren información sobre variables tales como efectividad del sistema de control interno de la entidad, el aporte y calidad de los informes, desempeño de auditores, entre otros.
- El proceso cuenta con caracterización de trámites y servicios, no obstante, al no ser misional, no resulta aplicable y debería eliminarse este documento en este proceso dando a conocer al personal la no aplicabilidad de este.

- Anexos:

Principales evidencias donde se evidenciaron hallazgos de no conformidad:

- Formato de entrenamiento en el puesto de trabajo
- Relación de correspondencia que no ha sido asignada ni archivada en el aplicativo.
- Plan Anual de Auditorías Internas (PAAI)
- Plan de Mejoramiento por procesos a marzo de 2018

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD Secretaría de Movilidad	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		 Sistema Integrado de Gestión Distrital
	PROCESO DE CONTROL Y EVALUACION A LA GESTION		
	INFORME DE AUDITORÍA		
	CÓDIGO: PV01-PR02-F06	VERSIÓN 6.0	

Nombre(s) y firma(s) auditor(es):	Nombre y firma
 DORIS CORREA CABRERA Auditora líder	 JULIETH ROJAS BETANCOUR Jefe Oficina Asesora de Planeación
 CÁRLOS ALBERTO DÍAZ RUIZ Auditor	