

INFORME AUDITORÍAS INTERNAS DE GESTIÓN Y CALIDAD SEGUNDO II TRIMESTRE DEL 2015

1. OBJETIVO
2. ALCANCE
 - 2.1 Criterios de Auditoría
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
 - 4.1 Oportunidades de Mejora (OM)
 - 4.2 No Conformidades (NC)
 - 4.3 Consolidado de no conformidades y oportunidades de mejora
 - 4.4 Resultado comparativo
5. CONCLUSIONES
6. RECOMENDACIONES
7. ANEXOS
 - 7.1 Cuadro resumen del análisis del resultado: Oportunidades de mejora
 - 7.2 Cuadro resumen del análisis del resultado: No conformidades

1. OBJETIVO

El presente informe tiene como objetivo presentar el resultado de las Auditorías Internas al Sistema Integrado de Gestión (SIG) practicadas por la Oficina de Control Interno de la Superintendencia del Subsidio Familiar en el segundo trimestre del 2015.

Los resultados de las Auditorías Internas -SIG- se presentan con el propósito de identificar las situaciones frecuentes y recurrentes que afectan la conformidad, el cumplimiento de los requisitos y sus controles, para que a partir de ellos los dueños de procesos formulen acciones de mejora preventivas y correctivas que permitan superarlas de manera eficiente y eficaz, en aras del mejoramiento continuo, principio fundamental del Sistema de Gestión de Calidad.

2. ALCANCE

El ciclo de Auditorías Internas SIG del segundo trimestre de la presente vigencia, se realizó con cubrimiento del cronograma de Auditorías, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Comité de Coordinación de Control Interno.

El período auditado con respecto de cada proceso fue la vigencia del año 2014 y lo realizado hasta la fecha de cada auditoría.

2.1 CRITERIOS DE AUDITORÍA

El ciclo de auditorías se desarrolló con base en los siguientes criterios, como referentes para la verificación de las evidencias de las auditorías: MECI 1000:2005; NTCGP 1000:2009; NTC ISO 9001:2008; Decreto 2595 de 2012; y demás normatividad vigente relacionada; cumplimiento de controles (revisión del reporte de los indicadores, Plan de Acción, y manejo del riesgo); caracterización procesos/procedimientos.

3. METODOLOGÍA AUDITORÍAS INTERNAS DEL SIG

La metodología aplicada en el desarrollo de las Auditorías Internas -SIG- en su planificación, ejecución, rendición de informes y seguimiento al plan de mejoramiento, se fundamentó en los lineamientos establecidos en el procedimiento "AUDITORIAS INTERNAS", donde se presentan las actividades principales llevadas a cabo durante el proceso auditor.

Áreas Auditadas

1. Delegada para Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos
2. Secretaría General - Grupo de Gestión de Notificaciones y Certificaciones
3. Oficina Asesora de Planeación
4. Delegada para la Gestión
5. Secretaría General - Grupo de Control Interno Disciplinario
6. Secretaría General - Grupo de Gestión Administrativa y Documental

Procesos/procedimientos Auditados

1. Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos
2. Notificaciones y Certificaciones
3. Planeación Institucional
4. Visitas A Entes Vigilados
5. Procesos Disciplinarios
6. Recursos Físicos

4. RESULTADOS GENERALES

Se programaron seis (6) auditorías para el segundo trimestre de 2015, de acuerdo con el cronograma de Auditorías aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno:

| Procesos/Procedimientos | Fecha Inicio – Fin (de ejecución) |
|---|-----------------------------------|
| Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos | Del 5 de mayo al 4 de junio |
| Notificaciones y Certificaciones | Del 6 al 27 de mayo |
| Planeación Institucional | Del 7 al 28 de mayo |
| Visitas A Entes Vigilados | Del 2 al 24 de junio |
| Procesos Disciplinarios | Del 3 de junio al 1 de julio |
| Recursos Físicos | Del 9 de junio al 2 de julio |

Tabla 1. Período de ejecución Auditorías

A continuación se presentan los resultados obtenidos frente a los numerales de la norma NTCGP 1000:2009 y MECI 1000:2005, de acuerdo al número de oportunidades de mejora y no conformidades por procesos.

4.1. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla 2. Clasificación Oportunidades de Mejora NTCGP 1000:2009 Y MECI 1000:2005

| MECI 1000:2005 | Notificaciones y Certificaciones | Estudios Especiales y Evaluación Proyectos | Planeación Institucional | Visitas A Entes Vigilados | Procesos Disciplinarios | Recursos Físicos | TOTAL |
|--|----------------------------------|--|--------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------|----------|
| 1.2.1 Planes y programas | | | | | | 1 | 1 |
| 2.1.3 Controles | | | | 1 | | 1 | 2 |
| 2.1.4 Indicadores 2. Subsistema de Control de Gestión | | | | | | 1 | 1 |
| NTC GP 1000:2004 | | | | | | | |
| 4.2.4 Control de los registros | 1 | | | | | | 1 |
| 5.3 Política de la calidad | | 1 | | | | | 1 |
| 5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad | | | | | 1 | | 1 |
| 7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio | | | 1 | | | | 1 |
| 7.5.3 Identificación y trazabilidad | 1 | | | | | | 1 |
| Total general | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 9 |

Con respecto a los procesos con mayor número de oportunidades de mejora en su orden son: Recursos Físicos con 3 representando el 33%; seguido por Notificaciones y Certificaciones con 2 que representa el 22%; y por último están Estudios Especiales y Evaluación Proyectos, Planeación Institucional, Visitas A Entes Vigilados, Procesos Disciplinarios con 1 representado el 11% C/U.

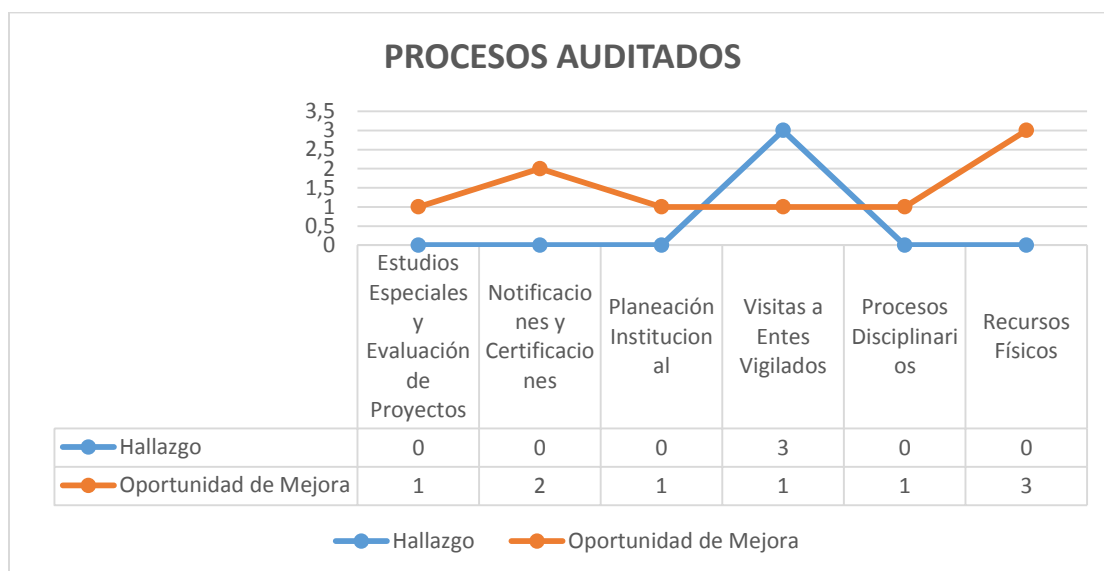
4.2. NO CONFORMIDADES

Tabla 3. Clasificación No Conformidades NTCGP 1000:2009 Y MECI 1000:2005

| MECI 1000:2005 | Notificaciones y Certificaciones | Estudios Especiales y Evaluación Proyectos | Planeación Institucional | Visitas A Entes Vigilados | Procesos Disciplinarios | Recursos Físicos | TOTAL |
|---|----------------------------------|--|--------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------|----------|
| 3.1.2 Autoevaluación a la gestión | | | | 1 | | | 1 |
| 3.3.2 Planes de Mejoramiento por Procesos | | | | 1 | | | 1 |
| NTC GP 1000:2004 | | | | | | | |
| 4.1 Requisitos generales | | | | 1 | | | 1 |
| Total general | | | | 3 | | | 3 |

De los procesos el único que presenta no conformidades es el de visitas a entes vigilados con 3 representando el 100%.

En total se determinaron tres (3) no conformidades y nueve (9) oportunidades de mejora y/o observaciones.



Gráfica 1.

4.3. CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

Del total de las no conformidades y Oportunidades de mejora presentados por procesos, los temas encontrados dentro del proceso auditor realizado son:

Tabla 4. Consolidado de temas de las no conformidades y oportunidades de mejora por Proceso

| PROCESO | No. de No Conformidad (NC) / Oportunidades de mejora (OM) | TEMAS | ÁREAS |
|---|---|---|---|
| Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos | (1) OM | En la caracterización de los procedimientos, los plazos determinados en las actividades no son claros | Delegada para Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos |
| Notificaciones y Certificaciones | (2) OM | Foliación de las carpetas Recomendación frente al procedimiento: respecto de la constancia de ejecutoria | Secretaría General - Grupo de Gestión de Notificaciones y Certificaciones |
| Planeación Institucional | (1) OM | Debilidades en el cumplimiento de requisitos en el procedimiento: "control de documentos" | Oficina Asesora de Planeación |
| Visitas a Entes Vigilados | (3) NC y (1) OM | Debilidades en controles frente a las C.C.F, por el cumplimiento del plazo para presentación de planes de mejoramiento y reporte trimestrales de avances. Debilidades en el seguimiento a los planes de mejoramiento Debilidades en el cumplimiento de lo programado en el plan de acción Foliación y organización de carpetas | Delegada para la Gestión |
| Procesos Disciplinarios | (1) OM | La matriz de Excel donde se lleva control de los expedientes, se encuentra desactualizada | Secretaría General - Grupo de Gestión de Control Interno Disciplinario |
| Recursos Físicos | (3) OM | Desactualizado Plan Institucional de Gestión Ambiental de la SSF Debilidades en las tendencias de los indicadores de gestión Debilidades en el cumplimiento de requisitos de los procedimientos | Secretaría General - Grupo de Gestión Administrativa y Documental |

4.4. RESULTADO COMPARATIVO CON LAS AUDITORIAS REALIZADAS EN LA VIGENCIA DEL 2014

Con respecto a los procesos auditados en el año 2014 y que fueron auditados en el segundo trimestre del 2015, se observa lo siguiente:

| PROCESO | No. de No conformidad. Vig. 2014 | No. De Oport. De mejora. Vig. 2014 | No. de No conformidad. Vig. 2015 | No. De Oport. De mejora. Vig. 2015 |
|---|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos | 10 | 5 | 0 | 1 |
| Notificaciones y Certificaciones | | | 0 | 2 |
| Planeación Institucional | 5 | 1 | 0 | 1 |
| Visitas a Entes Vigilados | 6 | 0 | 3 | 1 |
| Procesos Disciplinarios | | | 0 | 1 |
| Recursos Físicos | | | 0 | 3 |

Tabla 3. Comparación del número de no conformidades y oportunidades de mejora II trimestre del 2015 con las de la vigencia 2014

Teniendo en cuenta el cuadro anterior, primero se hace necesario mencionar que los Procesos de Recursos Físicos y Procesos Disciplinarios no fueron auditados en el 2014, en razón de que para esa vigencia solo se incluyeron en el cronograma auditorías los procesos que se encontraban aprobados a la fecha de programación de las mismas. Así mismo el proceso de Notificaciones y Certificaciones que fue creado en el mes de diciembre del 2014.

Ahora bien con relación al número de no conformidades y oportunidades de mejora que se tuvieron como resultado de las auditorías realizadas se tiene que los procesos auditados disminuyeron significativamente el número de no conformidades y oportunidades de mejora, lo cual refleja mejoramiento.

5. CONCLUSIONES

- El Programa de Auditorías Internas se ejecutó conforme lo planeado en el 100%. Se efectuaron un total de 6 Auditorías a los procesos que conforman el Sistema Integrado de Gestión de la Superintendencia, se produjeron 6 Informes de Auditoria y un total de 3 no conformidades y 9 oportunidades de mejora.
- El resultado demuestra un importante avance respecto de las auditorías anteriores, sin embargo aún persisten inconvenientes con procedimientos obligatorios como control de documentos, control de registros y debilidades en la programación de actividades en las metas propuestas del plan de acción.
- Es importante resaltar el interés y compromiso por parte de los auditados en el desarrollo de las Auditorías Internas SIG.
- Se hicieron las recomendaciones pertinentes con respecto de cada auditoría realizada, y de manera general suscribir los planes de mejoramiento con un adecuado análisis de causas, para eliminar la causa que generó la No conformidad; y dentro del término establecido en el procedimiento de la auditoría interna (15 días hábiles siguientes al cierre de la auditoría).

6. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los líderes de los procesos la revisión periódica de sus procesos y procedimientos, indicadores de gestión y riesgos con el fin de actualizarlos y/o mejorarlos. Con el fin de que sus actividades sean coherentes con el ejercicio de las funciones en su labor diaria.
- Se recomienda a los líderes de los procesos comprometerse con la priorización y solución de las no conformidades y oportunidades de mejora identificadas en los procesos prestando especial atención a las observaciones puesto que representan riesgos de incumplimiento.
- Se recomienda tener en cuenta los riesgos y los controles al interior de los procesos para el logro de las metas planteadas y resultados esperados por la entidad, los cuales permitirán alcanzar los objetivos institucionales.
- Se recomienda a los funcionarios interiorizar la cultura del Autocontrol como estrategia válida que permite y garantiza maximizar la eficiencia y eficacia de cada uno de los procesos que se adelantan al interior de la entidad.

JOSE WILLIAM CASALLAS FANDIÑO
Jefe Oficina de Control Interno

7. Anexos

7.1 Cuadro resumen del análisis del resultado: Oportunidades de Mejora

| No. | Proceso | Descripción la Oportunidad de mejora | Numeral | Responsable |
|-----|---|--|--|--|
| 613 | Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos | Se observa en la caracterización de los procedimientos Análisis y concepto de los programas y proyectos de inversión de autorización general; Análisis y recomendación de aprobación, objeción o negación de los proyectos de inversión de autorización previa; Modificación del límite máximo del monto anual de las inversiones, que los plazos determinados no son claros con respecto de las actividades descritas. | NTC GP 1000:2009 - 5.3 Política de la calidad 5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION | Superintendente Delegado para Estudios Especiales y Evaluación de Proyectos |
| 610 | Notificaciones y Certificaciones | Se observa que las carpetas donde reposan los actos administrativos y documentos soportes de las notificaciones no se encuentran foliadas. | NTC GP 1000:2009 - 4.2.4 Control de los registros 4.2 Gestión documental | Coordinador Grupo de Gestión de Notificaciones y Certificaciones |
| 611 | | Se observa que las certificaciones de ejecutoria se expiden a solicitud de la parte interesada, sin embargo se recomienda incluir en el procedimiento emitir una constancia de ejecutoria que determine que el acto administrativo adquirió firmeza. | NTC GP 1000:2009-7.5.3 Identificación y trazabilidad 7. REALIZACION DEL PRODUCTO O PRESTACION DEL SERVICIO | |
| 612 | Planeación Institucional | Se observa que en el procedimiento "Control de documentos", los cambios, eliminaciones o modificaciones a los documentos cargados en ISolución durante la ejecución de esta auditoría, fueron realizados por la persona encargada de la herramienta ISolución, pero no se realizó el debido cumpliendo a dicho procedimiento, el cual debe ser solicitado por el dueño del proceso al administrador de la herramienta vía correo electrónico o memorando, justificando la razón. | NTC GP 1000:2009 - 4.2.3 Control de documentos 4.2 Gestión documental - 7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio 7. REALIZACION DEL PRODUCTO O PRESTACION DEL SERVICIO 7.2 Procesos relacionados con el cliente | Jefe Oficina Asesora de Planeación |
| 614 | Visitas a Entes Vigilados | Se evidencio que algunas carpetas no cuenta con la documentación debidamente foliada y en algunas presenta desorganización de fechas en los soportes. | NTC GP 1000:2009 - 4.1 Requisitos generales 4. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD | Superintendente Delegada para la Gestión de las Cajas de Compensación Familiar |
| 615 | Procesos Disciplinarios | Se observa que la matriz de Excel de los procesos disciplinarios no se encuentra actualizada en su totalidad, de acuerdo a lo comparado con el registro en el libro radicador. | NTC GP 1000:2009 - 5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad 5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION 5.4 Planificación | Secretaria General – Coordinador Grupo de Control Interno Disciplinario |
| 616 | Recursos Físicos | Se observa que el Plan Institucional de Gestión Ambiental de la SSF se encuentra desactualizado | MECI 1000:2005 - 1.2.1 Planes y programas 1. Subsistema de Control Estratégico 1.2 Componente direccionamiento estratégico | Coordinador Grupo de Gestión Administrativa y Documental |

| | | | | |
|-----|--|---|---|--|
| 617 | | Se observa que en los indicadores de consumo de agua, energía y porcentaje de ejecución del plan de eficiencia administrativa y cero papel, se encuentran mal planteadas las tendencias, no se cuenta con soportes que sustenten la información cargada en ISolución y estos presentan modificaciones sin soporte alguno. | MECI 1000:2005 - 2.1.4 Indicadores 2. Subsistema de Control de Gestión 2.1 Componente actividades de control. | |
| 618 | | Se observa que durante la vigencia del 2014 se encuentran debilidades en las actividades: No. 4 Uso de los vehículos de la entidad, No. 6 Registro y control consumo de agua y energía eléctrica, contempladas en la caracterización del procedimiento de Coordinación del buen uso de bienes y servicios. | MECI 1000:2005 - 2.1.3 Controles | |

7.2 Cuadro resumen del análisis del resultado: No conformidades

| No. | Proceso | Descripción de las No conformidades | Numeral | Responsable |
|-----|---------------------------|--|--|--|
| 609 | Visitas a Entes Vigilados | Se evidenció que algunas Cajas de Compensación Familiar no cumplen con el cumplimiento de los plazos establecidos en la Circular externa No.0017 de 2010, que tiene las C.C.F para elaborar y reportar trimestralmente los planes de mejoramientos, una vez hayan recibido el informe definitivo de la visita realizada por parte de la Delegada para la Gestión, observando que algunas Cajas de Compensación familiar no cumplieron el término: Así mismo se observó que la Delegada para la Gestión no se pronunció respecto del incumplimiento del plazo para presentar y reportar trimestralmente algunos Planes de Mejoramiento de las C.C.F. | NTC GP 1000:2009 - 4.1 Requisitos generales 4. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD - 4.2.4 Control de los registros 4.2 Gestión documental - 5.1 Compromiso de la dirección 5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION | Superintendente Delegada para la Gestión de las Cajas de Compensación Familiar |
| 610 | | Se evidenció que la Delegada de Gestión no está cumpliendo con el seguimiento en algunos planes de mejoramiento de las visitas realizadas trimestralmente de acuerdo a los reportes que realizan las CCF, en las carpetas no reposan los seguimientos de la Delegada, de acuerdo al artículo No. 5 numeral 17 de seguimiento de la Resolución 1140 del 31 de diciembre del 2013. - COMFENALCO QUINDIO se aprobó el plan de mejoramiento el 29 de mayo del 2014 y a la fecha por parte de la Delegada de Gestión no tiene ningún avance de seguimiento. - COMFAMILIAR RISARALDA no hay seguimiento por parte de la delegada al plan de mejoramiento. - COMFACA no hay seguimiento por parte de la Delegada. - COMFABOY el plan de mejoramiento con sus ajustes y devoluciones quedo en firme el día 17 de octubre del 2014 y a la fecha no hay avance ni por parte de la caja ni solicitudes por parte de la delegada. - CONFANDÍ, se | NTC GP 1000:2009 - 4.2.4 Control de los registros 4.2 Gestión documental MECI 1000:2005 - 3.3.2 Planes de Mejoramiento por Procesos 3. Subsistema de Evaluación 3.3 Componente planes de mejoramiento. | |



| | | | | |
|------------|--|---|--|--|
| | | <p>aprobó el plan de mejoramiento el día 18 de febrero del 2015 y a la fecha no se observa el primer avance del plan de mejoramiento. No se evidencian soportes en términos generales o el pronunciamiento que la Delegada para la Gestión debe hacer, en los seguimientos a los avances de los Planes de Mejoramiento suscritos por las C.C.F, para las vigencias de los años 2014 y 2015.</p> | | |
| 611 | | <p>Se evidenció que de acuerdo al Plan de Acción de la presente vigencia del año 2015, en la actividad de: "Realizar las visitas ordinarias autorizadas por el superintendente conforme al mapa de riesgos de las CCF, con el fin de realizar control y seguimiento a los aspectos administrativos, legales, financiero contable, servicios sociales, Informes Trimestrales de Gestión, Fondos de Ley e Inversiones en las C.C.F.". Se evidenció que la meta programada para el primer trimestre de esta actividad no se cumplió a cabalidad, pues se tenían planeadas diez (10) visitas ordinarias y se realizaron seis (6), lo cual generó un atraso significativo del 60%.</p> | <p>MECI 1000:2005 - 2.2.1 Información primaria 2. Subsistema de Control de Gestión 2.2 Componente información. - 3.1.2 Autoevaluación a la gestión 3. Subsistema de Evaluación 3.1 Componente autoevaluación</p> | |