

INFORME DE AUDITORÍA

| 1. INFORMACIÓN BÁSICA DE LA AUDITORÍA | | | |
|---------------------------------------|--------------------|--|--|
| CÓDIGO AUDITORÍA: | AUD-1815 | TIPO DE AUDITORÍA: | AUDITORÍA INTEGRAL |
| FECHA DE INFORME: | Octubre 18 de 2018 | PROCESO / DEPENDENCIA AUDITADA: | DISEÑO |
| FECHA DE AUDITORÍA: | 1 al 4 de octubre | AUDITORES: | Auditor Líder: Ana Yancy Urbano Velasco Auditor Acompañante: Enrique Fernández Monsalve |

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Evaluar la gestión integral del Proceso de Diseño con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), así como la normatividad vigente y los procedimientos establecidos para el mejoramiento continuo del proceso.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La evaluación se realizará a la gestión adelantada por el Grupo de Diseño durante el periodo comprendido entre 01 de enero de 2017 al 31 de agosto de 2018.

Nota aclaratoria: se incluirá dentro del alcance la verificación de la eficacia de Plan de Mejoramiento N° PM-17-00004 (AUD-1617).

4. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA

Se tendrán como criterios normativos los establecidos en la Ley 594 de 2000, Ley 1474 de 2011; la Ley 1712 de 2014; la Ley 1755 de 2015; Ley 897 de 2017; el decreto 4138 de 2011; el Decreto 1072 de 2015, especialmente lo relacionado con su Capítulo N° 6; la resolución 1893 de 2015; la resolución 1111 de 2017; el Decreto Ley 1499 de 2017; la Norma ISO 9001:2018; la Norma ISO 27001:2013; y el Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Para esta auditoría se tendrá en cuenta la caracterización; los procedimientos; los manuales y los instructivos inscritos en el Sistema Integrado de Gestión para la Reincorporación (SIGER), así como las demás normas, documentos, circulares, procedimientos, manuales e instructivos que regulen y le apliquen al Proceso de Diseño de la Agencia.

5. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La Auditoría Integral al Proceso de Diseño, se ejecutó conforme a los procedimientos de auditoría previamente definidos en el Diseño de Pruebas y el Plan de Auditoría. En el desarrollo de la misma se adelantaron los siguientes procedimientos:

- Reunión de Apertura de la Auditoría el día 01 de octubre de 2018, cumpliendo con el protocolo establecido para tal fin.

INFORME DE AUDITORÍA

- Charla de Autocontrol impartida por el Asesor del Grupo de Control Interno de Gestión la cual se efectuó el 01 de octubre de 2018.
- Se cumplió con el protocolo de solicitud de información pactado con el auditado.
- Revisión *In Situ* de temas y aclaraciones de aspectos evidenciados en las muestras de auditoría con los profesionales encargados.
- Se efectuó Reunión de Cierre con la asistencia del Líder del Proceso el día 04 de octubre de 2018.

Cabe resaltar que, debido a las limitaciones de cualquier estructura de control interno, puede incurrirse en errores e irregularidades que no hayan sido detectados bajo la ejecución de los procedimientos de auditoría previamente planeados; conforme a ello, la Entidad y el Proceso son responsables de establecer y mantener un adecuado Sistema de Control Interno y de prevenir irregularidades y materialización de riesgos.

5.1 TEMAS VERIFICADOS

Con el fin de poder validar información y cumpliendo con lo establecido en el plan de auditoría se procedió a verificar:

- ✓ Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y SG-SST.
- ✓ Verificación del trámite de las PQRS-D.
- ✓ Verificación de la eficacia de los planes de mejoramiento cerrados a cargo del Proceso (PM-17-00004, AUD-1617).

5.1.1 Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Sistema de Gestión de seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Con el fin de validar el cumplimiento de las políticas establecidas en el MIPG y el SG-SST, el día martes 02 de octubre de 2018 se procedió a aplicar el siguiente cuestionario al Líder del Proceso y a los profesionales que atendieron la Auditoría:

| ATRIBUTOS | PREGUNTA | RESPUESTA POR EL AUDITADO |
|--|--|---|
| GESTIÓN DOCUMENTAL | ¿Cómo hacen la recopilación de la información de los productos generados por el Proceso? | Los profesionales adscritos al Proceso tienen asignados temas de la Entidad y, para llevar a cabo su labor de diseño, utilizan información de los productos generados por otras dependencias de la Agencia; las fuentes internas; la normatividad vigente y los referentes internacionales que les pueden ser de utilidad en el desarrollo de los diseños que se van a realizar. |
| MEMORIA INSTITUCIONAL RECOPIADA | ¿Cómo se consolida el aprendizaje adaptativo del Grupo de Diseño mejorando los escenarios del análisis y retroalimentación para ayudar a resolver problemas de forma rápida? | En el proceso de ingreso de los funcionarios nuevos, la transición se dio más rápido, pues se elaboró una propuesta de mejora para apoyar la inducción general. En el mismo orden de ideas, se hizo propuesta para desarrollar de mejor manera el entrenamiento en el puesto de trabajo (labores propias de cada funcionario y manera de llevarlo a cabo). El proceso incluye reuniones de trabajo presenciales, inicialmente con grupos de trabajo de la Subdirección Territorial, a modo de pilotaje, y de forma complementaria el aprovechamiento del Espacio Virtual de Aprendizaje- EVA. |
| BIENES O PRODUCTOS ENTREGADOS AL GRUPO DE VALOR | ¿Del análisis de las necesidades y la implementación del Proceso de Diseño se han tenido ideas innovadoras para la Entidad? | Se han creado diseños conceptuales que son innovadores en lo referente a sus estrategias, pues las mismas se ajustan a las necesidades presentadas; adicionalmente se pone al servicio de la Entidad el EVA. Por otra parte, se efectuó un documento que sirve de base para el tema de la |

INFORME DE AUDITORÍA

| | | |
|--|--|--|
| | | Reincorporación y, también, se apoyó en la formulación de varias resoluciones nuevas. |
| ESPACIOS DE TRABAJO | ¿Considera usted que los espacios de trabajo realizados en su Proceso promueven el análisis de información y generación de nuevo conocimiento? | El Grupo de Diseño cuenta con una memoria documental de las reuniones de trabajo en donde se trazan los nuevos retos del Equipo; así las cosas, el Plan de Diseño da cuenta de cómo se surte el proceso, se desarrolla y se publica cada uno de ellos. |
| RESULTADOS DE LA GESTIÓN | ¿El Proceso tiene repositorios de información o bases de datos sencillas de consulta que generan análisis y mejora? | Se tiene una carpeta compartida (Documentos Diseño); en la misma se pueden observar las subcarpetas: a) Diseño2017 (Documentos de interés de todos los integrantes del equipo generados durante la Vigencia 2017); b) Diseño2018 (Carpetas comunes para el trabajo); c) Ernesto Méndez; d) Angélica Otálora; e) Pendientes de Angela Andrade; f) Sandra Cruz; y otros archivos de trabajo. |
| DECISIONES INSTITUCIONALES | ¿Todas las decisiones institucionales se encuentran reflejadas en los sistemas de información disponibles e instrumentos creados? | Con el Director de la Dirección Programática de Reintegración (DPR) se efectúan reuniones con el fin de ver lineamientos y políticas a implementar o desarrollar. Por otra parte, se efectúan seguimientos a los compromisos y actas y se desarrollan reuniones con Grupos Territoriales. En lo referente a los temas aplicados el Coordinador del Grupo de Diseño informó que se ven avances en los temas operativos y de estrategias. Adicional a lo anterior se hizo la revisión a los Compromisos de la Dirección Programática. |
| ALIANZAS ESTRATÉGICAS O GRUPOS DE INVESTIGACIÓN | ¿Qué alianzas estratégicas tiene el Proceso? ¿Dónde se revisan las experiencias obtenidas en estas actividades? ¿Estas han generado mejora al Proceso? | Respecto al desarrollo de la caracterización de los actores externos que se encuentran inscritos en el Sistema de Información para la Reincorporación (SIR) se reportan sus aliados principales y los beneficios a que tienen derecho las Personas en Procesos de Reintegración (PPR's). Uno de los aliados principales con los que se tiene alianza es la Universidad Externado de Colombia; con esta entidad educativa se tiene un convenio en el que se desarrollan varias líneas de trabajo; investigaciones y gestión del conocimiento; y, capacitación a los colaboradores, entre otras; en el mismo orden de ideas, en conjunto con la Facultad de Relaciones Internacionales, se viene participando en el Proyecto "Capstone" (consultorías para asuntos públicos en los que se desarrollan proyectos de investigación aplicada que responden a problemas concretos de política pública planteados por clientes institucionales) específicamente en lo relacionado con el tema psicosocial. Finalmente, con los ministerios de Salud y Cultura se desarrollan en conjunto temas de cooperación y corresponsabilidad. |
| | ¿Cómo se recoge el conocimiento de las personas por prestación del servicio? | Como primera medida, con el Plan de Reentrenamiento se genera apropiación del conocimiento; otra forma de hacerlo es a través de los encuentros nacionales; adicionalmente, con La EMIS (Estrategia Multimodal de Incidencia de Salud Mental) se va adquiriendo información que se articula con los Grupos Territoriales. Con la recopilación de conocimiento mencionada, se busca dinamizar y mejorar las estrategias que se vienen implementando a la fecha. |

En cuanto al seguimiento y evaluación de desempeño se obtuvieron los siguientes resultados:

| COMPONENTES | CATEGORÍAS | ACTIVIDADES DE GESTIÓN/ PREGUNTAS PARA EL PROCESO | RESPUESTAS DEL AUDITADO |
|-------------------------------------|---|---|--|
| SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL | Diseño del proceso de evaluación | ¿Se logra la integralidad y sinergia entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos de gestión de la Entidad? | De acuerdo con la información verificada se tiene el Plan Operativo y los Riesgos de Gestión que se tienen en la operación. Para la vigencia anterior, se tenían siete (7) |

INFORME DE AUDITORÍA

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---|
| DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | | | productos y, para la Vigencia 2018, se fijaron dos (2). Se cuenta, además, con el Plan de Entrenamiento y Reentrenamiento. Finalmente, por parte de la Oficina Asesora de Planeación se cuenta con un acompañamiento constante y se tienen 59 políticas de la Dirección Programática de Reintegración (DPR). | |
| | | ¿Qué variables identifica que describen los diferentes aspectos que se quieren medir o evaluar en su Proceso? | En la Vigencia 2017 se tenían dos (2) indicadores de proceso y, para la Vigencia 2018, se redujo a uno (Avance). Según lo informado por los auditados, este indicador si da cuenta de los avances generados en el Proceso de Diseño. | |
| | Calidad de la Evaluación | Identificar, a partir del uso o aplicación de los indicadores, los avances alcanzados en torno a los objetivos y resultados. | | El indicador fue diseñado para cumplir con lo dispuesto por los miembros del Proceso de Diseño; en caso de ser necesario se efectuarán las mejoras que requiera para actualizarlo a las necesidades del Proceso. |
| | | Documentar la información proveniente del seguimiento y evaluación (informes, reportes y tableros de control entre otros). | | De acuerdo con el Manual de Diseño, para cada uno de los diseños a realizar se organizan sus correspondientes etapas y controles. Por otra parte, en el Módulo del Sistema Integrado de Gestión para la Reintegración (SIGER) se inscriben los resultados de los diseños efectuados. |
| | | Desarrollar ejercicios de autoevaluación, por parte de los líderes, a planes, programas y proyectos. | | Se efectúan seguimientos trimestrales, en las reuniones de equipo, para hacer pre-reportes de los avances realizados con el fin, primordial, de identificar alertas y verificar que se está trabajando de manera adecuada. |
| | | Realizar ejercicios de evaluación independiente (auditorías internas). | | Al consultarle, el auditado informó que este proyecto queda para la próxima vigencia por razones de tiempo. Se empezarán a desarrollar para el primer trimestre de 2019. |
| | Utilidad de la información | ¿Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para formular o reformular planes, programas o proyectos? | | Se tiene un formato de Solicitud de Ajustes de Documento; en el mismo se evidencian las solicitudes y tipos de cambio a realizar en el Diseño, quién revisa y la fecha de solicitud. |
| | | Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para rendir cuentas a la ciudadanía y a los organismos de control. | | Esta actividad es desarrollada por la Dirección Programática de Reintegración quien abarca todo lo relacionado con el área misional; por su parte el Proceso de Diseño hace parte de este grupo. |
| | | ¿Cómo identifica si las necesidades o problemas del grupo de valor objetivo estuvieron adecuadamente diagnosticados? | | Se identifican al incluir a las dependencias que hacen la solicitud para revisarla e implementarla; en este punto se toman las medidas necesarias para realizar ajustes a los productos que se desarrollan. En el tema de datos la Subdirección de Seguimiento es la que aporta la información necesaria. |
| | | ¿Cómo determinar la coherencia entre la gestión, la ejecución presupuestal y los resultados logrados alcanzados? | | Enfocando hacia el presupuesto. Al respecto es necesario indicar que, a diferencia de otros Procesos, Diseño no tiene una asignación presupuestal. El único producto que se tiene es el del Convenio con la Universidad Externado de Colombia. |

INFORME DE AUDITORÍA

Cuestionario General:

| POLÍTICA | CATEGORÍA | ACTIVIDADES DE GESTIÓN | RESPUESTA DEL AUDITADO |
|--|--|--|---|
| POLÍTICA: PLANEACIÓN INSTITUCIONAL DIMENSIÓN: DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN | Identificación de los grupos de valor y sus necesidades | El Proceso tiene identificado los clientes y partes interesadas s los cuales debe dirigir sus productos y servicios (Grupos de Valor). | Se evidencia archivo donde se encuentra documentando los Grupos de Valor; por ahora, se encuentra pendiente por definir los productos y/o servicios que se pueden llegar a ofrecer a futuro. |
| | Formulación de planes y Caracterización del Proceso | El Proceso tiene formulada su planeación para el próximo periodo presidencial y, también, se encuentra acorde con el nuevo objeto social y lineamientos de la Entidad y las demás normas aplicables. | Este año se ha avanzado con el trabajo para la formulación del documento CONPES. Durante el resto de año se tiene previsto continuar con los lineamientos de planeación organizados para la presente Vigencia. |
| | | ¿Cómo mide el objetivo del Proceso y cuál ha sido su resultado? | De acuerdo con el auditado, la medición ha arrojado resultados muy satisfactorios, porque se ha cumplido con lo propuesto y obedeciendo con lo establecido en los métodos de operación del Grupo de Diseño en especial, resaltando, los documentos y el reentrenamiento y el Control del Riesgo, efectuados. En relación con el nivel de gestión, este ha sido satisfactorio y se ha cumplido a tiempo con los indicadores formulados para este Proceso. |
| | | ¿Qué controles tiene establecido el Proceso para el desarrollo del Ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA)? | Para este particular se encuentran previstos los cambios en lo referente a Reintegración y Reincorporación con el fin de actualizar la caracterización y los manuales. Por otra parte, la versión del Normograma se encuentra con fecha 13 de julio de 2018. |
| | | ¿Cuáles han sido los avances de la planeación para la Vigencia 2018 (con corte a agosto)? | Se cuenta con un cuadro de seguimiento para el reporte de SIGER tanto para el Plan Operativo Anual (POA) como para el Mapa de Riesgos. |
| SERVICIO AL CIUDADANO Y SEGURIDAD DIGITAL | Protección de datos personales | ¿Qué mecanismos o controles tiene establecido el Proceso para garantizar la seguridad y fidelización de la información y los datos personales? | De acuerdo con lo expresado por el auditado, este tema no se ha resuelto, hoy día, por la Agencia, pues no hay una directriz clara sobre este particular. El Proceso de Diseño se encuentra en una situación complicada al respecto, toda vez que sus documentos son utilizados por todos los investigadores que lo solicitan. Por ahora se ha bosquejado una propuesta de lineamientos sobre este tema, pero se encuentra en proceso de discusión y análisis; sin embargo, se aplica lo establecido en relación con el bloqueo de puertos USB en los equipos de los funcionarios adscritos al Proceso al igual que el acceso a las carpetas compartidas. Al día de la auditoría no se habían reportado incidentes relacionados con el tema de seguridad de la información. |

INFORME DE AUDITORÍA

| | | | |
|------------------------|--|--|---|
| | | ¿El Proceso tiene claro cuáles son los riesgos sobre la protección de datos y la pérdida de información? ¿Qué acciones se han implementado al respecto? | En el Proceso se manejan datos generales y no uno por uno; en el mismo orden de ideas, se tienen los permisos definidos para el acceso de información. |
| | Gestión de PQRS-D | ¿Se cumple con los términos legales para responder a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Denuncias que se presentan? | Al verificar la lista PQRS-D se tienen 37 registros; uno de ellos se contestó extemporáneamente debido a que se transfirió de manera tardía el traslado al Grupo de Diseño. La Petición se encuentra codificada con el N° EXT18-0172222, fue radicada con fecha del 14 de agosto de 2018 y, finalmente, tuvo como fecha de respuesta 10 de septiembre de 2018. |
| TALENTO HUMANO | Conocimiento normativo del entorno | ¿Con cuántos colaboradores dispone el Proceso de Diseño (discriminado entre funcionarios [provisionalidad y carrera] y contratistas)? | El Proceso de Diseño cuenta con ocho (8) funcionarios de planta y un (1) contratista. |
| | | De los funcionarios de carrera: ¿Cuántos se encuentran en periodo de prueba? | Siete (7) funcionarios se encuentran en periodo de prueba debido a su reciente ingreso por el concurso de méritos. El resto se desgrega en un (1) funcionario provisional y un (1) contratista. |
| | | ¿Los funcionarios de provisionalidad y de carrera poseen acuerdos de gestión y desempeño? ¿Se tiene algún resultado? | Al momento se evidencian los formatos de Concertación y Evaluación de Compromisos Funciones y Competencias Comportamentales de los funcionarios: Angela María Correa; Cesar Remarchuck; Claudia Corredor; Francine Botero; Luz Alexandra Rubio; María del Carmen Rincón; Yili María Rodríguez (Personas en periodo de prueba) y Jairo Alejandro Rivera Rodríguez (Provisional). |
| CONTROL INTERNO | Gestión de los riesgos institucionales | ¿Considera que los riesgos del Proceso son los adecuados? ¿Se han materializado? En caso de ser afirmativa su respuesta: ¿Qué acciones se han implementado? | Según lo informado por el Auditado, siempre se ha controlado el Riesgo, y nunca se ha materializado. |
| | | Para los riesgos transversales como, por ejemplo, pérdida de bienes (computadores, entre otros): ¿Se presenta algún informe sobre la pérdida del bien y de la información? | Para el Grupo de Diseño se materializó el riesgo de pérdida de un (1) computador en el mes de febrero. La información que contenía no se perdió debido a que, la misma, se encontraba copiada y resguardada en la carpeta compartida del Proceso pero, desafortunadamente, la que se encontraba encriptada en el portátil se perdió con el robo. |
| | Información y Comunicación | ¿Cuáles son los canales de comunicación y de información que tiene definido el Proceso y como le hacen seguimiento y control? | Los canales usados por el Proceso son: Memorandos; correos electrónicos e Intranet. No tienen a cargo ningún vínculo en la página electrónica institucional. |
| TRANSPARENCIA | Seguimiento acceso a la información pública | ¿La información que produce el Proceso es controlada? ¿El ciudadano puede acceder a ella? ¿Se realiza seguimiento? | La información de carácter interno no se publica, solamente es utilizado por los miembros del Proceso. |
| | Divulgación política de seguridad de la información y de protección de datos personales | ¿Cómo el Proceso conoce y socializa la política de seguridad de la información y de protección de datos con los usuarios internos y su grupo de valor? | En la inducción a los funcionarios nuevos se les dio a conocer el tema de la política de seguridad; además, la información que publica en la intranet institucional. |

INFORME DE AUDITORÍA

| | | | |
|----------------|--|--|--|
| | Gestión documental para el acceso a la información pública | ¿El proceso necesario para la operación del Grupo de Diseño de la Agencia se encuentra organizado y sistematizado? | Al respecto, la persona auditada informa que se actualizó la Tabla de Retención Documental (TRD) trabajando en conjunto con los miembros del Grupo de Gestión Documental, al día de la auditoría se encuentra pendiente la actualización de esta Tabla. |
| | Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública | ¿Los espacios físicos de la organización se han adecuado para que sean fácilmente accesibles para personas en condición de discapacidad? | El auditado indica que, dependiendo el tipo de discapacidad se han realizado tareas con el fin de mejorar las condiciones laborales de las personas en condición de discapacidad, pero si fuera el caso de ingresar a la zona de trabajo del Grupo de Diseño una silla de rueda esto sería complicado por la escasez de espacio. |
| TALENTO HUMANO | Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) | ¿El Proceso tiene definido una matriz de peligros y riesgos? | Es preciso verificar la matriz de peligros y riesgos y divulgarla a través de los mecanismos destinados para tal fin. |
| | | ¿Cuáles son los principales peligros y riesgos que se presentan para los miembros del Proceso de Diseño? | El auditado informa que se hizo una solicitud para mejorar la iluminación del espacio de trabajo del Grupo. |
| | | ¿Se ha presentado algún accidente laboral en el cumplimiento de las actividades del Proceso? En caso de que haya ocurrido: ¿Sabe cuál es el paso a paso para reportarlo? | Hasta la fecha de la Auditoría no se ha presentado accidente alguno para los miembros del Grupo de Diseño durante su horario laboral. |

De acuerdo a la revisión validada se evidencia que el proceso de Diseño se encuentra con las siguientes debilidades, a saber:

5.1.2 Revisión de los tiempos de respuesta de las PQRSD.

Con el fin de validar el cumplimiento del cumplimiento en los tiempos de respuesta de las PQRSD recibidas por el Proceso de Diseño, se procedió a tomar la base de PQRSD generada por el Grupo de Atención al Ciudadano correspondiente al Primer Semestre de la Vigencia 2018 así:

PQRS-D Primer trimestre de 2018 (SIGOB)

| CÓDIGO | FECHA DE REGISTRO | TIPO | FECHA VENCIMIENTO | FECHA TERMINACIÓN DE LA GESTIÓN | DÍAS TRÁMITE CON FECHA DE TERMINACIÓN DE LA GESTIÓN | CASO VENCIDO / A TIEMPO |
|--------------|-------------------|----------|-------------------|---------------------------------|---|-------------------------|
| EXT18-017222 | 14/08/2018 | Petición | 5/09/2018 | 10/09/2018 | 5 | Vencido |

5.1.3 Eficacia de Planes de Mejoramiento cerrados a cargo del proceso PM-17-00004 (AUD-1617)

Revisado el SIGER el día 03 de octubre de 2018 se observó que el Proceso de Diseño cuenta con un (1) plan de mejoramiento descrito de la siguiente manera:

5.1.3.1 Plan de Mejoramiento PM-17-00004 (AUD-1617), el cual fue generado a raíz del resultado de la Auditoría de Calidad AUD-1632, efectuada durante la Vigencia 2016 y el cual se encuentra en estado: CERRADO

INFORME DE AUDITORÍA

Revisada la información que reposa en el SIGER se evidenció que dicho plan de mejoramiento consta de cinco (5) No Conformidades y once (11) acciones las cuales se encuentran en estado: **CERRADO**.

- **NO CONFORMIDAD 1:** “No se está dando cumplimiento al Manual de Operación del Proceso de Diseño y Planeación (CÓDIGO: DP-M-01, V1, del 05/09/2014), como se evidenció para los siguientes aspectos:
 - ✓ La totalidad de las versiones digitales de los diseños y desarrollos no están numeradas de manera secuencial y con la fecha de actualización, como se observó en los documentos de avance presentados respecto al documento SUPERACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN EN PROCESO DE REINTEGRACIÓN – Identificación de factores de riesgo y capacidades, acorde con lo establecido en el numeral 5.6. del Manual de Operación.
 - ✓ Dado que no se cuenta con el documento de Plan de Trabajo para los diseños e investigaciones desarrolladas, no se evidenció la revisión y verificación adelantada a efectos de validar que los resultados del diseño y desarrollo cumplieran los requisitos establecidos en el mismo, de acuerdo con los requisitos establecidos en el numerales 5.3. y 5.4. del Manual de Operación.
 - ✓ No se evidenció la implementación de acciones establecidas para la Planificación de la Realización del Producto o Prestación del Servicio, en los términos establecidos en el numeral 5.7. del Manual de Operación.

Lo anterior no permite evidenciar la planificación y control de la Entidad frente al diseño del servicio prestado, incumpliendo el numeral 7.3. Diseño y Desarrollo de la NTC GP1000:2009.”

Este hallazgo se encuentra registrado con cuatro (4) acciones a cumplir discriminadas así:

- ✓ **Acción 1:** “Revisar, ajustar y socializar el Manual de Operación del Proceso de Diseño, acorde con las necesidades del proceso y los lineamientos establecidos en el numeral 7.3. de la NTCGP 1000:2009”. Después de revisada la acción, en su momento, se efectuó la actividad por lo que se evalúa como **Eficaz**. El documento que se encuentra publicado en el SIGER es el Manual de Operación del Proceso de Diseño con Código DP-M-01, V—3, de fecha 2017-06-22.
- ✓ **Acción 2:** “Diseñar y socializar los formatos y/o documento de apoyo requeridos, acorde con el Manual de Operación del Proceso de Diseño actualizado.”, en revisión de esta acción se evalúa como **Eficaz** porque los profesionales ya se encuentran haciendo uso de los formatos diseñados para este Proceso.
- ✓ **Acción 3:** “Realizar seguimiento a la correcta aplicación del Manual de Operación del Proceso de Diseño actualizado”. Esta acción se evalúa como **Eficaz** puesto que, verificados algunos casos de diseño, estos se encuentran debidamente diligenciados y aplican los formatos respectivos.

INFORME DE AUDITORÍA

- ✓ **Acción 4:** “Establecer en el Manual de Operación del Proceso de Diseño el alcance frente a los desarrollos realizados, a efectos de garantizar y documentar el seguimiento y control efectuado por la Entidad”. En revisión del formato “Plan de Trabajo por Diseño” Código DP-F-02, V-02, de fecha 2018-04-20, se encuentra como contenido el alcance del diseño a desarrollar tal como fue solicitada en esta acción, por lo que esta acción se evalúa como **Eficaz**.
- **NO CONFORMIDAD 2:** “No se cumplió con las metas del Plan Operativo 2015 como se evidenció en los indicadores Nivel de Avance en la construcción del documento de Lineamientos Metodológicos para Atención Diferencial en sus componentes de Discapacidad, Género, Etnias y Desvinculados elaborados, específicamente, en el componente de etnias (meta dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Todos por un nuevo país) y Nivel de Avance en la reformulación de los documentos de Enfoque y Dimensiones de la Ruta de Reintegración, ni con la meta del Plan Operativo 2016 como se evidenció en el indicador Documento “Guía de Entrenamiento a Profesionales Misionales de GT y PA, (Ruta de Reintegración, Estrategia Multimodal en Salud Mental y Procesos Operativos), incumpliendo lo establecido en el numeral 4.1, literal f de la NTC GP1000:2009.

En relación con el indicador del Plan Operativo 2016, de acuerdo con los requerimientos de la Dirección Programática de Reintegración se modificó el alcance y plazo de ejecución de este producto, modificación que no se ve reflejada en el POA 2016”.

Este hallazgo se encuentra registrado con cuatro (4) acciones a cumplir discriminadas así:

- ✓ **Acción 1:** “Realizar una mesa de trabajo con profesionales de la DPR y dependencias relacionadas con el fin de aprobar los contenidos pedagógicos e incluirlos en la plataforma INTRANET de la Entidad, para el entrenamiento a profesionales misionales de GT y PA, (Ruta de Reintegración, Estrategia Multimodal en Salud Mental y Procesos Operativos)”. En la verificación correspondiente se evidencia que, en la Intranet, se halla un vínculo denominado EVA (Espacio Virtual de Aprendizaje), donde se han colocado una serie de temas para entrenamiento de los profesionales misionales de Grupo Territorial y Puntos de Atención, por lo que se considera **Eficaz** esta acción.
- ✓ **Acción 2:** “Documentar y evidenciar el cumplimiento de la construcción del documento de lineamientos metodológicos para atención diferencial en el componente de etnias, de acuerdo con la meta establecida en el POA 2015”. En la revisión efectuada se evidencia que esta acción se considera **Ineficaz** dado que, a la fecha, la Agencia aún no cuenta con un documento institucional sobre el tema de atención diferencial en el componente de etnias.
- ✓ **Acción 3:** “Verificar trimestralmente el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Operativo del Proceso a efectos de tomar las acciones necesarias para garantizar los resultados esperados o solicitar los ajustes requeridos, debidamente sustentados”. Frente a esta acción, en la verificación realizada, se evidencia el cumplimiento de las metas que han sido establecidas para este proceso; por su parte,

INFORME DE AUDITORÍA

el registro de seguimiento de los productos en SIGER se encuentra dentro de los tiempos establecidos, por lo anterior se evalúa como **Eficaz** esta acción.

- ✓ **Acción 4:** “Evidenciar que con el producto SUPERACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN EN PROCESO DE REINTEGRACIÓN Identificación de factores de riesgo y capacidades, se dio cumplimiento a la meta de reformulación de los documentos de Enfoque y Dimensiones de la Ruta de Reintegración, establecida en el POA 2015.”. En revisión del POA de la vigencia 2015, se evidencia que se planteó como indicador “Documentos entregados Conceptualización sobre vulnerabilidad y riesgos”, y en su cumplimiento se visualiza que se cumplió con el 100% de lo programado. Las evidencias de esta acción se encuentran disponibles en el archivo “Documentos entregados Conceptualización sobre vulnerabilidad y riesgos” (319 páginas); en este texto se cumple con el producto esperado para este indicador, por lo anterior se considera como **Eficaz** esta acción.
- **NO CONFORMIDAD 3:** “La Oportunidad de Mejora No. 6 del Plan de Mejoramiento de 2015 no fue eficaz, como se evidenció en el seguimiento que se realiza a los indicadores Documentos entregados conceptualización sobre vulnerabilidad y riesgos, Número de documentos entregados de conceptualización sobre retroalimentación de la implementación de los componentes del enfoque diferencial y Número de Documentos entregados sobre acciones a trabajar en el ejercicio autónomo del Ciudadano del Plan Operativo 2016, donde persiste la falta de coherencia entre los productos, el indicador, la meta y las evidencias que soportan su cumplimiento, incumpliendo lo establecido en el numeral 8.5.3 de la NTC GP1000:2009.”

Este hallazgo cuenta con una (1) acción explicada de la siguiente manera:

- ✓ **Acción 1:** “Verificar la coherencia entre las actividades, productos, indicadores, metas y los soportes a través de los cuales se sustentará el cumplimiento del POA 2017”. En revisión del POA 2017, se logra evidenciar que los productos de los indicadores planteados se han cumplido y se cerró con un buen balance para esta vigencia, por lo anterior se considera que esta acción fue **Eficaz**.
- **NO CONFORMIDAD 4:** “No están claramente definidos y no se están aplicando los controles y acciones para gestionar los riesgos del proceso, como se evidenció en la aplicación de control Guía para la construcción de planes de trabajo del riesgo No. 1, la cual no existe; el control Manual de Funciones del Grupo de Diseño del riesgo No. 2, que no es coherente con el riesgo identificado; la acción Proyectar estrategias de Diseño y Planificación por escenarios del riesgo No. 2, que no está implementada; y la acción Implementar Plan de Trabajo con los integrantes del grupo de diseño ajustado al manual de proceso del grupo y al manual de operaciones del riesgo No. 3, que está parcialmente implementada, incumpliendo el numeral 4.1, literal g de la NTC GP1000:2009.”

Este hallazgo cuenta con dos (2) acciones así:

- ✓ **Acción 1:** “Revisar, ajustar y socializar el mapa de riesgos del proceso de Diseño”, se evidencia que, para 2017, el Mapa de Riesgos del Proceso de Diseño se encuentra

INFORME DE AUDITORÍA

con un (1) Riesgo y cinco (5) acciones las cuales dejan visualizar la gestión de este proceso y, el mismo, fue cerrado como cumplidas sus acciones, por lo anterior se califica la acción como **Eficaz**.

- ✓ **Acción 2:** “Realizar y documentar el seguimiento y monitoreo a los riesgos del proceso de manera periódica”. De acuerdo a revisión en el aplicativo SIGER, se evidencia los registros respectivos de seguimiento y de cumplimiento por lo que se considera que esta acción es **Eficaz**.
- **NO CONFORMIDAD 5:** “En relación con el indicador de proceso Nivel de pertinencia de los diseños se observa que no se cuenta con una metodología clara para el cálculo de dicho indicador, toda vez que se sustenta en el desarrollo de actividades de socialización y revisión de los diseños por parte de la DPR y GT, así como encuestas de recolección de información aplicadas a PR y PPR, situación que podría afectar el cumplimiento de los atributos que deben reflejar los indicadores, de acuerdo con lo establecido en el Manual para el Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional, DE-M-03, V1 del 30/12/2013, numeral 5.4. Construcción de los indicadores, literal b. Cualidades generales de un indicador.

Aunque, en su momento, se cumplió con la acción propuesta como **Eficaz**, se hace necesario que se evalúe y se proponga una nueva actualización.”

Este hallazgo cuenta con una (1) acción así:

- ✓ **Acción 1:** “Evaluar la pertinencia del indicador”; al respecto se evidencia que este indicador se cumplió en el primer semestre de 2017, y las evidencias que lo corroboran, se encuentran en la carpeta compartida dispuesta para esto; por lo tanto, esta se evalúa como **Eficaz**.

5.2 FORTALEZAS

Dentro del ejercicio de auditoría practicada al Proceso de Diseño se identificaron las siguientes conformidades las cuales son informadas en el momento del cierre de la auditoría:

- A. El Proceso cuenta con el registro de los seguimientos de POA y Mapa de Riesgos de acuerdo a los tiempos establecidos con sus respectivas evidencias.
- B. El Proceso cuenta con un equipo de trabajo multidisciplinario y receptivo a la información que se les entrega y, además, son idóneos para desarrollar las actividades generadas en este proceso de auditoría.
- C. El Proceso desarrolló la herramienta (EVA) con el fin de implementar las auto capacitaciones de los funcionarios y, así, fortalecer los diferentes temas en los que se tiene alguna duda.
- D. El Proceso mantiene su información en la carpeta compartida debidamente identificada y organizada con el fin que el Grupo de Trabajo acceda y haga uso dicha información en el momento que lo desee.

INFORME DE AUDITORÍA

5.3 HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

- A. El Proceso de Diseño no cumplió con los términos establecidos en el artículo 14 de la Ley 1755 del 2015 para resolver las PQRS-D, tal como se evidenció en la solicitud de Número **EXT18-017222 – radicado el 14 de agosto y con fecha de respuesta 10 de septiembre con OFI18-030703**, lo anterior incumpliendo la Ley 1755 del 2015 en su artículo 14.
- B. El Proceso de Diseño presenta deficiencia en una de las acciones del Plan de Mejora PM-17-0004, toda vez que la acción “*Documentar y evidenciar el cumplimiento de la construcción del documento de lineamientos metodológicos para atención diferencial en el componente de etnias, de acuerdo con la meta establecida en el POA 2015*” puesto que, a la fecha, no se ha plasmado en documento alguno de la Agencia información correspondiente al tema específico del componente Etnias incumpliendo, de esta manera, con lo estipulado en el literal f. (Revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas), del numeral 8.5.2 (Acción Correctiva) de la Norma ISO 9001:2008.

5.4 RECOMENDACIONES

- A. Se recomienda efectuar revisión y actualización de los documentos que se encuentran publicados en el SIGER sobre el Proceso de Diseño.
- B. Se recomienda articular con el Grupo de Atención al Ciudadano con el fin de efectuar la caracterización de los Grupos de Valor que aplican para este Proceso.
- C. Revisar las acciones que se tienen contempladas en los diferentes indicadores con el fin de que estos hagan ver la gestión del Grupo de Diseño.

5.5 CONCLUSIONES

La auditoría se ejecutó de acuerdo a lo previsto en el Plan de Auditoría y se cumplió con el objetivo y alcance gracias a la disposición de los colaboradores del Proceso de Diseño.

Finalmente, y resultado de la auditoría, se observó que la gestión adelantada por sus colaboradores se realiza de manera razonable dentro del marco regulatorio aplicable y vigente; aplica procedimientos y formatos que le permiten adelantar su función; aplica controles y seguimientos; y, además, cuenta con colaboradores competentes y comprometidos con el cumplimiento de los objetivos institucionales y con la mejora continua.

Nota: El presente informe no requiere firma por parte del Auditor Líder ni del Auditado, teniendo en cuenta que su aprobación se realizó a través del Sistema de Gestión para la Reintegración – SIGER.