Dest:000000:DESPACHO SECRETARIA
Orig:OFICINA DE CONTROL INTERNO
Asun:INFORME
Fecha: 04/12/2014 11:17 AM Fol:1 Anx:15 FOLIOS
Rad: INT-68551 null

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

OCI_202

MEMORANDO

PARA: **DR. JORGE ENRIQUE ROJAS**
Secretario Distrital - Líder del Proceso Direccionamiento Político.

DRA. DIANA MIREYA PARRA
Subsecretaria - Líder de los Procesos: Direccionamiento de los Servicios Sociales y Análisis y Seguimiento de Políticas Sociales.

DR. CARLOS VLADIMIR COBO
Director de Análisis y Diseño Estratégico – Representante de la Dirección para el SIG y Líder de los Procesos: Direccionamiento Estratégico, Mantenimiento y Soporte de TICS y Gestión del Conocimiento.

DR. JULIAN MORENO
Director Poblacional - Líder del Proceso Construcción e Implementación de Políticas Sociales.

DRA. MARÍA ANTONIA VELASCO
Directora Territorial - Líder del Proceso Prestación de los Servicios Sociales.

DR. ÁLVARO JOSÉ ARRIETA.
Director de Gestión Corporativa - Líder de los Procesos: Adquisiciones, Gestión del Talento Humano y Gestión de Bienes y Servicios.

DE: **GUSTAVO RAYO MORALES**
Jefe Oficina de Control Interno.

ASUNTO: **REMISIÓN INFORME FINAL DE AUDITORÍA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (Subsistema de Gestión de Calidad y MECI).**

Reciban un cordial saludo:

Continuando con el cronograma definido en el Plan de Auditoria establecido para el Sistema Integrado de Gestión – SIG de la Entidad en la vigencia 2014, cordialmente remito el Informe Final

de la Auditoria realizada, el cual contiene los ajustes concertados en la reunión de cierre del proceso, realizada el pasado lunes 01 de diciembre.

Así mismo, solicito su colaboración con la formulación del Plan de Mejoramiento el cual requiere presentarse dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega de este informe, es decir a más tardar el lunes 29 de Diciembre.

Agradezco de antemano su atención y cualquier inquietud con gusto la resolveré.

Atentamente,

GUSTAVO RAYO MORALES
Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: Johanna Paola Caicedo Murcia- Contratista Oficina de Control Interno

Copia: Se remite copia por correo electrónico de este documento, del Informe Final (03 folios) con sus dos anexos técnicos (14 folios) y del acta de cierre de la reunión de auditoria (05 folios), a los gestores de proceso, al equipo auditor, a los subdirectores y a los Gestores del SIG.

Total folios: Quince (15).

Auditoría a:	**SCI**	X	**SGC**	X	**SIGA**		**SGSI**	
	S&SO		**SRS**		**SGA**			

1. INFORME

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO) DE LA SDIS.

2. CRITERIOS DE AUDITORÍA

NTC GP 1000:2009
MECI 1000:2014.
Mapa de Procesos de la SDIS.

3. LÍDER-ESA DEL PROCESO

De conformidad con el artículo sexto de la Resolución 1699 de 2011, los líderes de los procesos incluidos en el alcance de la presente auditoría son:

PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO

1. Direccionamiento Político: Secretario Distrital – Dr. Jorge Enrique Rojas.
2. Direccionamiento de los Servicios Sociales: Subsecretaria – Dr. Diana Mireya Parra.
3. Direccionamiento Estratégico: Director de Análisis y Diseño Estratégico – Dr. Carlos Vladimir Cobo.

PROCESOS MISIONALES

4. Construcción e Implementación de Políticas Sociales: Director Poblacional – Dr. Julian Moreno
5. Análisis y Seguimiento de Políticas Sociales: Subsecretaria – Dr. Diana Mireya Parra.
6. Prestación de los Servicios Sociales: Directora Territorial – Dra. María Antonia Velasco.

PROCESOS DE APOYO

7. Mantenimiento y Soporte de TICS: Director de Análisis y Diseño Estratégico – Dr. Carlos Vladimir Cobo.
8. Adquisiciones: Director de Gestión Corporativa – Dr. Álvaro José Arrieta.
9. Gestión del Talento Humano: Director de Gestión Corporativa – Dr. Álvaro José Arrieta.
10. Gestión de Bienes y Servicios: Director de Gestión Corporativa – Dr. Álvaro José Arrieta.

PROCESO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL:

11. Gestión del Conocimiento: Director de Análisis y Diseño Estratégico – Dr. Carlos Vladimir Cobo.

4. EQUIPO AUDITOR

Auditores Líderes: Dr. Gustavo Rayo Morales – Jefe Oficina de Control Interno.
Profesionales Oficina de Control Interno: Jairo García, Esperanza Parra, Deyanira Osorio, Mercy Restrepo, Maria Nelly Bonilla, Paola Caicedo, María Ximena Sarmiento, Pedro Infante, Iris Cordoba, Orlando Doncell, Adriana Morales, Alma Iregui y Guillermo Patiño.
Auditores Acompañantes: Andrea Liliana Vargas Molina, Olga Lucia Parra Jiménez, Luz Amanda León Bernal, Lucila Garzón Alfonso, Ana Cristina Sua, Ana Oliva Hernández Cepeda, Luisa Fernanda Montenegro, Jenny Pamela Parra, Javier Nicolás Beltrán Torres, Olga Esperanza Cipagauta C, Miguel León Lozano, Edgar Rodrigo Domínguez, Alix Rodríguez Sánchez, José Francisco Palomino Rangel, Blanca Inés Castellanos Morales, Gilma Yigliola Peña y Suslay Sánchez
Auditores en Formación (Observadores): Leonardo Prieto, Karen Andrea Méndez, Gabriel Humberto Heredia Vargas, Luz Stella Carvajal, Francisco del Vecchio, María del Pilar Cepeda Méndez, Germán Alfonso Espinosa, Anny Esperanza Vargas Ávila, Cristian Camilo Salcedo, Sandra Torres.

5. OBJETIVO

Verificar que el Sistema de Gestión de Calidad y del Modelo Estándar de Control Interno - MECI de la Secretaría Distrital de Integración Social, es conforme con los requisitos de las normas NTCGP 1000:2009 y MECI 1000:2014.

6. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El plan cubre la totalidad de los procesos del Sistema Integrado de Gestión, exceptuando el proceso de mejora continua que en la actualidad está en actualización y cambio de líder.

7. METODOLOGIA

La metodología utilizada, conforme a lo que descrito en la reunión de apertura global del 15 de Octubre de 2014, estuvo basada en revisión documental, observación directa, preguntas, visitas a sedes de la Secretaría, entrevistas con los líderes de proceso, sus equipos de trabajo y toma de muestras bajo la Norma ISO 2859-10.

Así mismo, vale la pena resaltar que en los 11 equipos auditores (uno por proceso), se contó con la participación de mínimo un auditor (acompañante o en formación) externo a la Oficina de Control Interno, enriqueciendo este ejercicio con sus aportes y conocimientos.

8. PERIODO DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

La presente auditoría se realizó del 16 de Septiembre al 05 de Diciembre de 2014. Iniciando con la convocatoria Interna de Auditores y finalizando con la Entrega del Informe Final.

9. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO

El Sistema Integrado de Gestión – SIG, de la Secretaría Distrital de Integración Social- SDIS, es el conjunto de orientaciones, procesos, políticas, metodologías, instancias, instrumentos, y acciones orientadas a garantizar un desempeño articulado y armónico, para el cumplimiento de su misión y objetivos institucionales.

El objeto del SIG es orientar, articular y fortalecer la gestión institucional, alineando conjuntamente los requisitos de las normas que regulan cada uno de los subsistemas, con la dirección estratégica de la entidad, con el fin de garantizar su eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad. Cada subsistema debe desarrollarse en el proceso institucional respectivo, acogiendo para ello las normas que se expidan sobre la materia.

La política del SIG se define como: "En su compromiso con la protección, reconocimiento y restablecimiento de los derechos de las ciudadanías, la Alta Dirección de la SDIS busca mejorar continuamente la atención de las necesidades y expectativas de sus participantes, a través de la implementación y sostenibilidad del SIG. Por ello, se compromete a disponer, de manera oportuna y suficiente, los recursos necesarios para dar cumplimiento a la Constitución, a los requisitos de la Norma Técnica Distrital SIG 001:2011 y al direccionamiento organizacional, así como a impulsar el cumplimiento de los objetivos institucionales."

El SIG Gestión de la Entidad no contempla exclusiones por cuanto todos los requisitos de la Norma Técnica Distrital del Sistema Integrado de Gestión 001:2011son aplicadas a la organización.

10. HALLAZGOS

En la identificación de los hallazgos se enuncian inicialmente las FORTALEZAS, o sea, aquellas actuaciones relevantes detectadas por el equipo auditor en el transcurso de la auditoría; luego, se mencionan las OPORTUNIDADES DE MEJORA, situaciones que no implican incumplimientos de requisitos, pero que deben

ser tenidas en cuenta para realizar mejoras en los procesos o mitigar posibles riesgos y por último se plasman las NO CONFORMIDADES que son incumplimientos de requisitos del Modelo Estándar de Control – MECI, Norma Técnica de Gestión de la Calidad NTCGP-1000:2009 y requisitos legales. Es preciso elaborar un plan de mejoramiento en el cual se deben incorporar tanto las acciones de mejora en relación con las oportunidades de mejora, las acciones preventivas para atender los riesgos advertidos, así como las correcciones y acciones correctivas correspondientes a las no conformidades, para lo cual se debe tener en cuenta el procedimiento de acciones de mejora y su correspondiente instrumento de seguimiento y control.

10.1. FORTALEZAS

Ver Anexo 1: Hallazgos al Sistema de Gestión de la Calidad - Auditoría Interna al SIG 2014.
Ver Anexo 2: Evaluación a la actualización del Modelo Estándar de Control Interno - Auditoría Interna al SIG 2014.

10.2. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Ver Anexo 1: Hallazgos al Sistema de Gestión de la Calidad - Auditoría Interna al SIG 2014.
Ver Anexo 2: Evaluación a la actualización del Modelo Estándar de Control Interno - Auditoría Interna al SIG 2014.

10.3. NO CONFORMIDADES

Ver Anexo 1: Hallazgos al Sistema de Gestión de la Calidad - Auditoría Interna al SIG 2014.
Ver Anexo 2: Evaluación a la actualización del Modelo Estándar de Control Interno - Auditoría Interna al SIG 2014.

11. RIESGOS

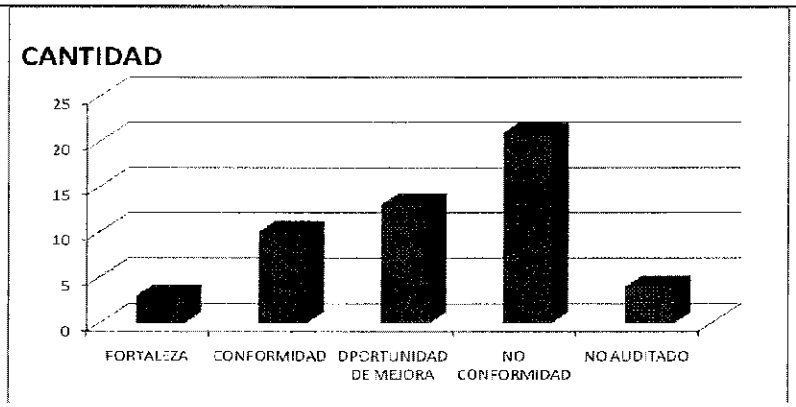
Ver Anexo 1: Hallazgos al Sistema de Gestión de la Calidad - Auditoría Interna al SIG 2014.
Ver Anexo 2: Evaluación a la actualización del Modelo Estándar de Control Interno - Auditoría Interna al SIG 2014.

12. CONCLUSIONES

El desarrollo de la auditoria se realizó en los tiempos planeados contando con la buena disposición de todo el equipo auditado, auditor y de la coordinación oportuna de los gestores y designados en cada proceso para atender este ejercicio. Así mismo, se evidenció compromiso y conocimiento de los equipos de trabajo que atendieron la auditoría en los diferentes procesos.

La auditoría se realizó con técnica de muestreo bajo la Norma ISO 2859-10, lo que significa que no todas las no conformidades han sido detectadas, ni que aquellas partes no revisadas no presenten no conformidades.

En relación con el Sistema de Gestión de la Calidad, de los 51 numerales que cuentan con requisitos en la Norma NTC GP 1000:2009 se auditaron 47, con los siguientes resultados:

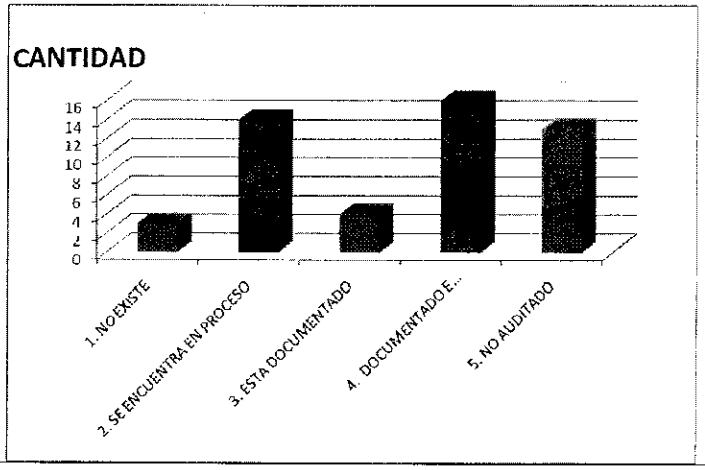


De lo anterior se puede concluir que el Sistema de Gestión de la Calidad es conforme con los requisitos de la Norma NTC GP 1000 en un 51%, derivado de sumar las fortalezas (6%), conformidades (18%) y oportunidades de mejora (27%), por lo que el porcentaje restante (41%) es no conforme con los requisitos y el 8% corresponde a los requisitos no auditados.

Si bien el porcentaje de avance es más alto que las no conformidades, es importante tener en cuenta que el porcentaje de No Conformidad es el criterio de mayor cantidad, lo que se observa a través del siguiente cuadro resumen:

CATEGORIA	CANTIDAD	PORCENTAJE ASOCIADO
FORTALEZA	3	6%
CONFORMIDAD	9	18%
OPORTUNIDAD DE MEJORA	14	27%
NO CONFORMIDAD	**21**	**41%**
NO AUDITADO	4	8%
TOTAL	**51**	**100%**

De los 50 Productos Mínimos establecidos por el MECI 1000:2014 se realizó evaluación a 37 con los siguientes resultados:



De lo anterior se puede concluir que el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2014 tiene un porcentaje de avance en su actualización del 32% derivado del estado "Documentado e Implementado".

Al Igual que el SGC, el estado encontrado de los productos mínimos de MECI, se puede evidenciar a través del siguiente cuadro:

ESTADO ENCONTRADO	CANTIDAD	PORCENTAJE
1. NO EXISTE	3	6%
2. SE ENCUENTRA EN PROCESO	14	28%
3. ESTA DOCUMENTADO	4	8%
4. DOCUMENTADO E IMPLEMENTADO	16	32%
5. NO AUDITADO	13	26%
TOTAL	**50**	**100%**

Los criterios no auditados o evaluados tanto en MECI como en Calidad se explican en los anexos para cada uno de los numerales.

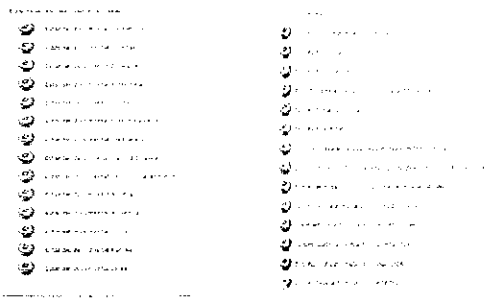
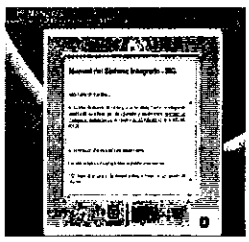
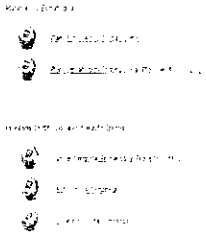
13. RECOMENDACIONES

El equipo auditor considera importante establecer las acciones de mejora definiendo claramente las causas de los hallazgos y planteando acciones que sean viables para su ejecución. Acciones que serán incluidas en el Plan de Mejoramiento que requiere formularse dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega de éste informe. Para lo anterior, el equipo de la Oficina de Control Interno estará dispuesto a prestar la asesoría y acompañamiento que se requiera.

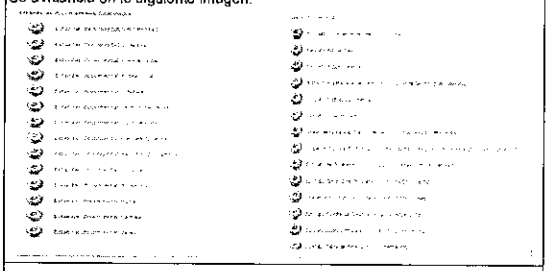
De igual forma, se hace necesario actualizar el plan de acción de implementación del SIG, de acuerdo a los resultados evidenciados en la presente auditoria, respecto de los subsistemas MECI y SGC.

EQUIPO AUDITORES LIDERES	
Jairo García, Esperanza Parra, Deyanira Osorio, Mercy Restrepo, Maria Nelly Bonilla, Paola Caicedo, María Ximena Sarmiento, Pedro Infante, Iris Cordoba, Orlando Doncell, Adriana Morales, Alma Iregui, Guillermo Patiño.	**Firma(s):**

JEFE-A OFICINA DE CONTROL INTERNO	
Dr. Gustavo Rayo Morales	**Firma:**
FECHA DE ENTREGA	Diciembre 04 de 2014

ANEXO 1: HALLAZGOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014				
NOMBRE	**NUMERAL**	**CATEGORIA (FORTALEZA / CONFORMIDAD / OPORTUNIDAD DE MEJORA O NO CONFORMIDAD)**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**EVIDENCIA CONSOLIDADA QUE DEMUESTRA EL CUMPLIMIENTO O EL INCUMPLIMIENTO**
REQUISITOS GENERALES	4.1	N.A.	Los requisitos contemplados en este numeral son generales y se desarrollan en los numerales siguientes de la norma. Por ello, y para evitar duplicidad de hallazgos, no se presente una categoría específica.	N.A
GENERALIDADES	4.2.1	No conformidad	Se evidenciaron falencias en la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad la cual debe incluir: c) los procedimientos documentados y los registros requeridos en este Norma, y d) los documentos, incluidos los registros, requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus funciones y que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: Las condiciones generales del procedimiento Control de Documentos y Registros describe "La Dirección de Análisis y Diseño Estratégico debe enviar mensualmente a cada Líder (esa) de Proceso, una lista de los documentos que cumplieron un año de expedidos, solicitando que las instancias respectivas hagan los ajustes o derogaciones necesarias a su contenido", en verificación de este requisito se observó que no se cumple ya que dicha actividad se realiza con periodicidad anual. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: Al revisar el procedimiento Control de Documentos y Registros se observó en su numeral 4. Que este se encuentra desactualizado al no excluir de sus entradas los flujos de información, cuyo procedimiento fue eliminado del proceso de Gestión del Conocimiento mediante Circular 39 del 26 de diciembre de 2011. ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES: El proceso a la fecha no cuenta con los procedimientos y sus diagramas de flujo debidamente documentados y socializados. Los procedimientos sugeridos para el proceso a pesar de que fueron remitidos a DADE para su revisión y oficialización aún se encuentran en trámite. Situación que no facilita la comprensión de la operativización de las actividades del Proceso, flujo de información y la coordinación de acciones entre servidores. Durante el desarrollo de la Auditoria se solicitó la documentación del compromiso con tiempos y entregas oportunas de los procedimientos documentados. Compromiso que fue respaldado mediante acta en la que se concertó la entrega de los procedimientos formulados y socializados para el 26 de noviembre del 2014.
MANUAL DE CALIDAD	4.2.2	Conformidad	La entidad cuenta con un Manual del Sistema Integrado de Gestión que incluye los requisitos solicitados en el numeral 4.2.2	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: En la intranet el acceso al manual del SIG ha generado familiaridad y facilidad de consulta al sistema. También se visualiza en la página Web de la Entidad.
CONTROL DE DOCUMENTOS	4.2.3	No conformidad		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: Existe doble publicación de las tablas de retención documental en la Intranet / Módulo SIG, así mismo la denominación actual de las Tablas que se encuentran publicadas en el proceso de Gestión de Bienes y Servicios tiende a confundirse con un formato y por último las que se encuentran en este proceso son las tablas actualizadas que difieren de las publicadas en el proceso de Direccionamiento Estratégico. Se evidencia en la siguiente imagen:  DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: Al revisar el inventario de procedimientos se observó que existen dos (2), uno se encuentra ubicado en el Manual del SIG (pantallazo principal de la intranet) y el otro, se encuentra ubicado en los documentos asociados del proceso Direccionamiento Estratégico, los inventarios mencionados difieren el uno del otro en la cantidad de procedimientos del proceso en auditoria, así mismo, en el inventario de procedimientos del manual del SIG el procedimiento de formulación de estándares documentales figura bajo circular del 2011 y en el inventario mencionado en documentos asociados figura bajo la vigencia del 2013. Se evidencia en la siguiente imagen:  

ANEXO 1: HALLAZGOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014				
NOMBRE	**NUMERAL**	**CATEGORIA (FORTALEZA / CONFORMIDAD / OPORTUNIDAD DE MEJORA O NO CONFORMIDAD)**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**EVIDENCIA CONSOLIDADA QUE DEMUESTRA EL CUMPLIMIENTO O EL INCUMPLIMIENTO**
CONTROL DE DOCUMENTOS (viene de la página anterior)	4.2.3	No Conformidad (viene de la página anterior)	La entidad no controla los documentos requeridos por el Sistema Integrado de Gestión acorde con los requisitos de este numeral del Sistema de Gestión de Calidad.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: En la entidad se incorporaron siete (7) procedimientos de asuntos Disciplinarios procedentes de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, los cuales se encuentran publicados en el SIG, sin embargo, la SDIS no tiene un seguimiento específico de la verificación del uso de las últimas versiones de estos, como tampoco del documento externo denominado manejo de residuos peligrosos, así mismo, en el procedimiento de Control de Documentos y Registros no se evidencian controles necesarios para asegurarse de que los documentos de origen externo se identifican y se controla su distribución. No se observó en el archivo " Listado de documentos Asociados", suministrado por los auditados, los documentos de origen externo.
				DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: A pesar de existir debidamente codificado en la intranet el formato "modificación del plan de acción", para la vigencia 2013 y 2014, se observó el uso del mencionado formato sin codificación. No se evidenciaron los registros de los periodos 2013 y 2014 de conformidad con los controles de codificación de los formatos en mención, establecidos por el SIG.
				DIRECCIONAMIENTO POLÍTICO: Procedimiento de Atención a Peticiones del Concejo de Bogotá y del Congreso de la República desactualizado. Incumplimiento artículo 9º. Literal f) del Decreto 607 de 2007 que dispone para la Subsecretaría: "Asesorar al Despacho en las relaciones con el Concejo Distrital y el Congreso de la República y hacer el seguimiento al curso de los proyectos de Ley y de acuerdo en las áreas de competencia de la Secretaría y formular las observaciones que el Secretario (a) considere pertinenta presentar al Alcalde o Alcaldesa Se evidenció en el diagrama de flujo del procedimiento de Atención a Peticiones del Concejo de Bogotá y del Congreso de la República que figura como responsable en las relaciones con las autoridades políticas el Secretario Distrital y no el Subsecretario como lo dispone el Decreto.
				DIRECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES: • El Procedimiento: Formulación de estándares de calidad de servicios sociales del Distrito Capital señala que éste corresponde a la etapa para estandarizar la prestación de los servicios sociales del Distrito Capital, cuando corresponde en la realidad a la etapa II Definir y estandarizar los servicios sociales del Distrito Capital. • Los procedimientos: Formulación de estándares de calidad de servicios sociales del Distrito Capital; Control a Instituciones o establecimientos que prestan servicios sociales del D.C. y Asesoría técnica e Inscripción de Instituciones o establecimientos que prestan servicios sociales del D.C., tienen definido en el ítem 4 relación con un procedimiento que no existe: Procedimiento de Inspección y Vigilancia. • Dentro de los documentos asociados al proceso de Direccionamiento de los servicios sociales, se encuentra un formato para la verificación del Diseño y Desarrollo de Servicios, que no está en uso y está señalando que corresponde al Proceso de Ampliación y Cualificación de Servicios el cual no existe. • El instructivo de Inspección y Vigilancia a Instituciones o establecimientos que prestan servicios sociales en el D.C. y el formato: Instrumento Único de Verificación - IUV, se encuentran como documentos asociados en el proceso de mejora continua, sin evidenciar a qué procedimiento de este proceso están asociados
				ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES: Los documentos e información emitidos respecto al Proceso, resultado del análisis y seguimiento de las políticas sociales implementadas en la entidad, así como los avances y toma de decisiones frente a las acciones de mejora no se encuentran disponibles en el marco del SIG, lo que dificulta entender y conocer las actividades ejecutadas con el Proceso. Se verificó el link Documentos Asociados de la caracterización del Proceso el cual no aparece la información actualizada resultado de las actividades de la gestión realizada entre otras: Informe análisis cuantitativo y cualitativo de las Políticas Sociales; informes de seguimiento de los planes de acción de cada política y las acciones de mejora resultado de las decisiones tomadas en cada Política. De igual manera la página web de la entidad en los enlaces de "Gestión" y "Política" no muestra esta información.
				PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: Disponibilidad de información que describe al proceso, las características del servicio y disponibilidad de instrucciones de trabajo del proceso, desactualizados, sin adoptar y/o sin divulgar. Ejemplos: Caracterización del proceso desactualizada, Formatos utilizados en la prestación de los servicios desactualizados y sin adoptar (Formatos de versión 0 / año 2010 - 2011), Mapoteca publicada en la Intranet con las Sedes y servicios desactualizados, Documento técnico LGBTI, Línea técnica para atención en Centros Forjar y documentos técnicos del CDPI en proceso de revisión y sin aprobación. Resolución 764 de 2013 sin disponibilidad en los puestos de trabajo, sin recordación por parte de las personas que deben utilizarlo y sin conocimiento del documento vigente de los criterios de ingreso, egreso y restricción por simultaneidad.

ANEXO 1: HALLAZGOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014				
NOMBRE	NUMERAL	CATEGORIA (FORTALEZA / CONFORMIDAD / OPORTUNIDAD DE MEJORA O NO CONFORMIDAD)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	EVIDENCIA CONSOLIDADA QUE DEMUESTRA EL CUMPLIMIENTO O EL INCUMPLIMIENTO
CONTROL DE REGISTROS	4.2.4	No conformidad	La entidad no controla los registros requeridos por el Sistema Integrado de Gestión acorde con los requisitos de este numeral de la norma.	DIRECCIONAMIENTO POLÍTICO: En el diagrama de flujo del procedimiento de Atención de Peticiones del Concejo y del Congreso de la República, se indica como responsable de las actividades e un equipo informal de trabajo que denominan: Equipo Direccionamiento Político, sin que se indique la (s) dependencia(s) en le(s) cual(es) se ubican estos equipos. igualmente, dentro del SIG, no se identifica acto administrativo de conformación y asignación de responsebilidades pera este equipo. La anterior situación dificulta la identificación por parte de los servidores públicos de las responsabilidades en la operación del procedimiento y la aplicación de los puntos de control establecidos.
				DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: Existe doble publicación de las tablas de retención documental en le intranet / Módulo SIG, así mismo la denominación actual de las Tablas que se encuentran publicadas en el procaso de Gestión de Bienes y Servicios tiende a confundirse con un formato y por último las que se encuentran en este proceso son las tables actualizadas y difieren de las publicadas en el proceso de Direccionamiento Estratégico. Se evidencia en le siguiente imagen: 
				ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES: No se encuentran oficializados ni publicados en el marco del SIG los formatos señalados por la Secretaría Distrital de Planeación para la elaboración y consolidación del "Informe de seguimiento a las políticas públicas poblacionales y de acciones afirmativas" en cumplimiento del Decreto 171/2013 y circular 006/2013.
COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	5.1	Fortaleza	Se evidencia el compromiso de la Alta Dirección con el compromiso con el desarrollo a implementación del SIG, según los requisitos establecidos en este numeral de norma.	DIRECCIONAMIENTO POLÍTICO;: En les entrevistas practicadas e la Gestora del Proceso auditedo y al Delegado del procedimiento de peticiones del Concejo de Bogotá y del Congreso de la República, se evidenció el compromiso de le Alta Dirección hacia el desarrollo del SIG, así como la apropiación del proceso y su procedimiento.
				DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: Se aprobó el plan de acción del SIG 2013 en Comité de gestores, en 2D14 se ajusto la politica y los objetivos de SIG y se divulgo en Comité Directivo. En el merco del balance 2D13 y proyecciones 2D14, llevado e cabo por la Entidad a comienzos del año 2014, desde el Equipo Directivo se orienta el redireccionamiento del Plan Estratégico Institucional para darle una nueva dinámica y ajustarlo a las orientacionas políticas y estratégicas definidas. Este ejercicio de redireccionamiento comprendió la revisión del estedo de avance en los objetivos propuestos; la realización de un diagnóstico al proceso de implamantación; el ajuste a algunos elementos de orden conceptuel y; un replanteamiento metodológico para la construcción de los planes de acción enuelizados y por dependencia y del plan de acción institucional pera el mismo periodo. Verificacion de Acta del 8/3/2014 sobre planeación estratégica de la política del SIG por Subsistema. En enero de 2014 reformuló la plataforma estratégica, existen 6 dependecias que reelizen accionas al plan estratégico, se evidencia plan de acción y matriz de planes de acción.
ENFOQUE AL CLIENTE	5.2	Oportunidad de majore	La entidad presenta deficiencias en cuanto a asagurarse que se cumplen los requisitos del cliente para aumentar su satisfacción.	ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES: Con respecto a la medición de la satisfacción del cliente relacionada con el cumplimiento de los compromisos establecidos con la ciudadanía en el Plan de Acción de la política, los cuales con frecuencia se traducen en programas, proyectos y servicios se encuentra en proceso de consolidarla para ser aplicada en el territorio a fin de determinar cuel he sido el impecto que éstos han generedo en las poblacionas. En la actualidad se tiene proyectado la consolidación de las encuesta de satisfacción del cliente que se aplicará inicialmente a cinco (5) servicios: Centros Die- Centro Crecar- Infencia - Seguridad Alimentaria- Discapaacidad y Vejez.
POLÍTICA DE LA CALIDAD	5.3	Fortaleza	La Política del SIG es conforme con lo solicitado en este numeral.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: La Política de la Calidad se relaciona con los objetivos institucionales y con el cumplimiento de la misión de la Entidad. El Plan de Desarrollo este elineado con los objetivos de calidad de SDIS. La Política de Calidad se articula con el Plan Estratégico. Se realiza el seguimiento con base en el reto 6 y 4 con base en le misionalidad de la SDIS. Se verifican informes (Plan estratégico institucional del 2014).
OBJETIVOS DE CALIDAD	5.4.1	No conformidad	No existe evidencia de la medicion de los Objetivos de calidad en la SDIS.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: Para la vigencia evaluada no se realizó le medición de los objetivos de calidad (que se encuentran como objetivos del SIG), aún cuando han sido diseñados y estén incluidos en el manual del SIG.

ANEXO 1: HALLAZGOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014				
NOMBRE	**NUMERAL**	**CATEGORIA (FORTALEZA / CONFORMIDAD / OPORTUNIDAD DE MEJORA O NO CONFORMIDAD)**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**EVIDENCIA CONSOLIDADA QUE DEMUESTRA EL CUMPLIMIENTO O EL INCUMPLIMIENTO**
PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	5.4.2	Conformidad	La Planificación del SIG se realiza teniendo en cuenta los requisitos de esta norma y su integración con los demas subsistemas del SIG.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: Plan de Acción 2013 y 2014 del SIG con base en los requisitos de la NTD 2011 en el marco de esquema por procesos, asto se evidenció verificando los planes de acción formulados vigencia 2013 y 2014 con sus respectivas acciones.
RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	5.5.1	Conformidad	La entidad se asegura de definir y comunicar las responsabilidades y autoridades del SIG.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: La responsabilidad y autoridad para implementar el SIG se define bajo la Resolución 1699 de 22/11/2011 donde establece los responsables de los subsistemas que comprenden el SIG de la SDIS y se establece el Comité Coordinador del SIG.
REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	5.5.2	Fortaleza	La entidad cuenta con un representante de la dirección para el SIG quien cumpla con las responsabilidades establecides en este numeral	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: Asistencia a las reuniones de gestoras y del Equipo del SIG, Actas de eventos realcionados con el SIG, comunicación efectiva con los gestoras y con la revisiones a los riesgos y planes de mejoramiento, por parte del Representante de la Alta Dirección. Acta 1 del 08/04/2013
COMUNICACIÓN INTERNA	5.5.3	Oportunidad de mejora	La entidad tiene establecidos los procesos de comunicación interna.	DIRECCIONAMIENTO POLÍTICO: Se evidenció la existencia de procedimientos de comunicación externa e interna, los cuales se verificaron con los equipos de trabajo de la Oficina Asesora de Comunicaciones. No obstante, a través de la Auditoría realizada en el proceso de Gestión del Conocimiento, se evidenció que No se encuentra aprobada la Política de Comunicaciones, la cual debe ser trabajada desde Direccionamiento Político por ser el proceso en el que se encuentran incluidos los temas de comunicación interna y comunicación externa.
REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	5.6.1 5.6.2 5.6.3	Conformidad	Se ha realizado la revisión por la dirección a intervalos planificados y al menos una vez al año como establece el requisito de este numeral cumpliendo con los requisitos de entrada y los resultados de la revisión.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: La revisión por la dirección se realiza de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente. Se verificó acta del 16/12/2013 y adicionalmente esta incluida una acción de mejora frente a este tema en el plan de mejoramiento.
PROVISIÓN DE RECURSOS	6.1	Oportunidad de mejora	Si bien es cierto que se han proporcionado los recursos para implementar el SIG se presentan dificultades presupuestales para su mantenimiento.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: Frente a la Resolución No.1699 de 2011, de forme concertada se designó por parte de los lideres de los procesos un Gestor del SIG lo cual operativizó los comités de gestoras semanales en cumplimiento de la estructura del mencionado acto administrativo, esto se evidenció a través de memorandos internos 13534 y 29983 de 2014. En la intranet el acceso al manual del SIG ha generado familiaridad y facilidad de consulta al sistema. Se resalta la continuidad del módulo 1 del SIG. Se revisaron listados de asistencia de Santa Fe Candelaria 15/07/13, Ciudad Bolivar 08/07/2013, Usaquén 29/07/2013,San Cristóbal 03/10/14. Se resalte la gestión del equipo del SIG y la reformulación de la plataforma estratégica. Se verifican informes (Plan estratégico institucional del 2014)
				DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: Los recursos asignados para realizar las actividades de mantenimiento del SIG son limitados puesto que no se evidenció que el mantenimiento del SIG se asocia especificamente a un proyecto de inversión o a una meta establecida dentro de la planeación estratégica de la SDIS, lo cual dificultó el adecuado desarrollo de las acciones establecidas en el plan de acción 2013.
TALENTO HUMANO	6.2.1 6.2.2	No conformidad	No se mantienen los registros apropiados de educación y experiencia del Talento Humano	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Según la muestra seleccionada, no se evidenciaron las tarjetas profesionales en la Historia Laboral de los funcionarios que desempeñan los cargos relacionados a continuación: Directivo , código 009 - grado D8: Titulo Economista, Asesor, código 105, grado D3, Titulo: Economista, Asesor, código 105, grado D4: Titulo Internacionalista, Asesor, código 105, grado D5: Titulo Trabajo Social, Asesor, código, 105, grado D8: Titulo Abogado.
INFRAESTRUCTURA	6.3	No Conformidad	La entidad no mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: Las Sedes Administrativas de las Subdirecciones Locales de San Cristóbal, Chapinero, Puente Aranda y Antonio Nariño no han mantenido la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio, porque se observaron deterioros importantes en las instalaciones, exceptuando la Subdirección Local de Usaquén la cual presenta un mantenimiento y seguimiento aceptable a la infraestructura dado que cuentan con un arquitecto de planta.
				Continuación de GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: No hay procedimiento para la solicitud de mantenimiento de infraestructura, se evidencia que no hay seguimiento al cumplimiento de las actividades solicitades de las unidades donde se prestan servicios; por lo tanto, no hay un punto de control. Para la cuatrenio 2012 - 2016 no se ha realizado mantenimiento a las sedes administratrivas de las Subdirecciones Locales mencionadas. No se asignan recursos directamente para mantenimiento, en algunos casos se hace mediante caja menor y cuadrilla de mantenimiento. No hay formatos para el procedimiento de mantenimiento de Bienes Muebles. En algunos casos no se aplican formatos que están diseñados para las solicitudes de mantenimiento de infraestructura.

ANEXO 1: HALLAZGOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014				
NOMBRE	**NUMERAL**	**CATEGORIA (FORTALEZA / CONFORMIDAD / OPORTUNIDAD DE MEJORA O NO CONFORMIDAD)**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**EVIDENCIA CONSOLIDADA QUE DEMUESTRA EL CUMPLIMIENTO O EL INCUMPLIMIENTO**
				PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: Deficiencias en la disponibilidad del equipo apropiado para la prestación de los servicios: Ejemplos: Piscinas para Hidroterapia CIP Renacer y CURNN sin uso por falta de mantenimiento y adecuaciones requeridas afectando la prestación integral del servicio, Casa de la Juventud Mártires con problemas de represamiento de agua en sótano, equipo del Gimnasio sin mantenimiento, Casa de la Juventud Mártires sin mantenimiento en su planta física (falta de bombillos de iluminación y de chapas de seguridad en las puertas), Centro Amar Ciudad Bolívar (Puerta de baño dañada) y Centro Amar Suba un salón sin iluminación).
AMBIENTE DE TRABAJO	6.4	No conformidad	Se encuentra sin determinar y gestionar algunos aspectos relacionados con condiciones adecuadas del ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos de los Servicios Sociales. Ambiente de trabajo, relacionado con aquellas condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo, incluyendo: factores físicos, ambientales y de otro tipo (tales como ergonomía, ruido, la temperatura, la húmedad, la iluminación y las condiciones climáticas).	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: 1. La entidad realizó traslado de sede del nivel central y a la fecha no tiene el Plan Interno de Respuesta a Emergencias y Contingencia, el cual debe contener como mínimo: plan de evacuación, señalización completa y escalera de evacuación, necesarios para prevenir y afrontar adecuadamente las situaciones de emergencia que pueden presentarse, con el fin de minimizar los efectos que sobre las personas, enseres e infraestructura se pueda derivar, como la garantía de evacuación segura de sus ocupantes. 2. No está definido el nivel externo del Plan de Emergencias, el cual debe enfocarse en las funciones, responsabilidades y autoridad de las personas con deberes de respuesta, determinación del plan interno de epidemiología de los funcionarios, definir los recursos humanos, técnicos y financieros para preparar brigadas. 3. En relación con al riesgo biomecánico, se entregaron aproximadamente 1.100 sillas ergonómicas, en el segundo semestre del 2014, sin evidencia de un diagnóstico actualizado, y la aplicación del control que evidencie que el servidor público y contratista tenedores de las sillas las requieran.
				Continuación GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: 4. El último trimestre del 2014, el Distrito programó una jornada de evacuación. Acción que no se pudo realizar en la sede central de la SDIS, porque las condiciones mínimas no estaban garantizadas. 5. El equipo auditor no obtuvo evidencia de las acciones seguidas por el contratista de la nueva sede de la SDIS, en relación con los reclamos y sugerencias presentadas por los funcionarios, por presentarse en los espacios de trabajo húmedad, polvo a causa de las obras de adecuación de espacios, problemas en los ascensores, remoción de escombros y ruido; situaciones presentadas de manera más acentuada en los pisos 6 al 18. 6. La Secretaría en coherencia con la ampliación de recurso humano y la carencia de puestos de trabajo, estableció las estaciones de trabajo. Sin embargo, no se evidenció alguna comunicación dirigida a los usuarios internos de la entidad, la cual informa la medida, para quienes está dirigido, condiciones de uso y cobertura, responsable ante inventarios, entre otros aspectos.
				GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: Los equipos de trabajo en la Subdirección Local de Chapinero, San Cristóbal y Puente Aranda Antonio Nariño presentan hacinamiento, los espacios no han sido distribuidos técnicamente. Las muebles de oficina y puestos de trabajo no están en las condiciones adecuadas.
				PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: No se evidencia una coherente clasificación en los niveles de riesgo por parte de la ARL frente a los empleados y contratistas que laboran en las unidades operativas. Adicionalmente se evidencia que en todas las sedes visitadas se tiene cubierto el servicio con un porcentaje mayor al 85% mediante Contratistas, lo que no permite que estos tengan acceso a los servicios de bienestar, incentivos, plan de capacitación, descansos remunerados y vacaciones.
PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.1	Oportunidad de mejora	La entidad presenta deficiencia en la planificación de la prestación de los servicios sociales.	DIRECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES: El proceso no se desarrolla de acuerdo con su planificación, no cumple con sus elementos de entrada y salida en su totalidad. No se evidenció diagnóstico de realidades sociales, como insumo del proceso. No se evidenció el diagnóstico, estandarización y seguimiento de los servicios sociales, como producto del proceso. No se cumplen las etapas del proceso de acuerdo con su caracterización.
DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO Y/O SERVICIO	7.2.1	Conformidad	La entidad determinó los requisitos del cliente, los legales y reglamentarios y los adicionales.	DIRECCIONAMIENTO POLÍTICO: Se pudo evidenciar a través del establecimiento de los procedimientos documentados en el proceso, de los cuales se verificaron: Comunicaicón Interna, Comunicación externa y Atención a Peticiones del Concejo de Bogotá y del Congreso de la República.
REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO Y/O SERVICIO			La entidad no se asegura de actualizar la modificación de los requisitos relacionados con los servicios sociales en la documentación pertinente, ni que los servidores públicos y particulares sean conscientes de los requisitos modificados.	DIRECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES: En los Criterios de identificación, priorización, restricciones por simultaneidad y egreso, adoptados mediante MEMO INT: 51454 del 11/09/2014, se identifican 25 servicios incluyendo CON-TACTO MI GENTE que no se presta como servicio y ESCNNA que fue trasladado a IDIPRON, proceso que inició en mayo y finalizó en Octubre de 2014. (Entrega que no se ha oficializado, No existe documento alguno que evidencie su entrega). En el Portafolio de Servicios - Ruta de realización de derechos, no existe claridad acerca de cuáles y cuantos son los Servicios Sociales SDIS; debido a que en este documento se incluyen estrategias, modalidades y unidades donde se operan los servicios, sin criterios unificados ni coincidentes con la Resolución vigente. Este documento no se ha publicado en la página WEB

ANEXO 1: HALLAZGOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014				
NOMBRE	**NUMERAL**	**CATEGORIA (FORTALEZA / CONFORMIDAD / OPORTUNIDAD DE MEJORA O NO CONFORMIDAD)**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**EVIDENCIA CONSOLIDADA QUE DEMUESTRA EL CUMPLIMIENTO O EL INCUMPLIMIENTO**
	7.2.2	No conformidad		PRESTACIÓN DE LOS SERVICIDS SOCIALES: Disponibilidad de información que describe las características del servicio y disponibilidad de instrucciones de trabajo del proceso, desactualizados, sin adoptar y/o sin divulgar. Ejemplos: Caracterización del proceso desactualizada, Formatos utilizados en la prestación de los servicios desactualizados y sin adoptar (Formatos de versión 0 / año 2010 - 2011), Mapoteca publicada en la Intranet con las Sedes y servicios desactualizados, Documento técnico LGBTI, Línea técnica para atención en centros forjar y documentos técnicos del CDPI en proceso de revisión y sin aprobación. Resolución 764 de 2013 sin disponibilidad en los puestos de trabajo, sin recordación por parte de las personas que deben utilizarlo y sin conocimiento del documento vigente de los criterios de ingreso, egreso y restricción por simultaneidad.
COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	7.2.3	Oportunidad de mejora	Se encontraron deficiencias en la comunicación de las modificaciones relacionas con los servicios sociales.	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: Durante la visita a las 17 sedes (Nivel central y 16 Unidades Operativas) efectuadas en el proceso se evidenciaron cambios que no han sido realizados de manera planificada y comunicados adecuadamente a los participantes. Ejemplos: Tresteo Centro Amar Martires 2, y Cambio de Operador de los Servicios ESCNNA (SDIS entregó a IDIPRON).
DISEÑO Y DESARROLLO	7.3.1 7.3.2 7.3.3 7.3.4 7.3.5 7.3.6 7.3.7	Oportunidad de mejora	La entidad presenta deficiencias en el Diseño y Desarrollo de los Servicios Sociales.	DIRECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES: No se definen criterios de aceptación de todos los servicios sociales de la SDIS. En la SDIS de los 26 servicios que se prestan, 6 tienen estándares de calidad definidos y adoptados por resolución. De los 8 servicios sociales definidos en la muestra, se evidenció que solo 3 tienen definidos estandares de calidad. (Criterios de aceptación) CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES: La caracterización del procesono tiene determinadas las responsabilidades en los productos o salidas generados en la etapa de formulación de las politicas sociales. En la etapa II (formulación de las políticas públicas) de la caracterización del proceso no es clara la responsabilidad para aprobar el documento técnico de política pública elaborado y poder continuar el trámite de elaboración del acto administrativo de adopción de la política pública correspondiente. Al respecto, el Decreto 689 de 2011 "Por medio del cual se adopta la 'Guia para la formulación, implementación y evaluación de Políticas Públicas Distritales'", plantea en su articulo 4, numeral 4.4, "...previo a la adopción de la política, ceda Secretaría de Despacho que deba liderar y coordinar la formulación e implementación de una política pública de competencia del sector al que pertenezca, expedirá la respectiva viabilidad técnica en la etapa de formulación".
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	7.4.1 7.4.2 7.4.3	No Conformidad	La documentacóon que reposa en las carpetas contractuales objeto de la revisión documental no estan organizadas de acuerdo con las listas de chequeo y falta completitud documental en algunas carpetas.	ADQUISICIONES: Se observa en las carpetas revisadas debilidad en la organización documental y falta de documentos importantes, teniendo en cuenta que éstos documentos son registros que se constituyen en puntos de control establecidos en los procedimientos evaluados, tales como: actas de conversatorios, pliego de condiciones preliminar, pliego de condiciones definitivo y actas de comite de contratacion. De otra parte, se evidencia la falta de firmas y V.B. en documentos contractuales como por ejemplo: acto administrativo que justifica la contratación directa, evaluaciones preliminares, proyectos de pliego de condiciones y pliego de condiciones definitivo. La no completitud documental, la desorganizacion al momento de archivar los documentos y la falta de firmas y V.B. muestra debilidad en los puntos de control establecidos en los procedimientos, por lo que se incumple adicionalmente las disposiciones legales relacionadas con los fines de los archivos, objetivos esenciales e importancia de éstos.
CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.5.1	No Conformidad	La entidad no presta sus servicios bajo condiciones controladas.	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: 1. Disponibilidad de información que describe las características del servicio y disponibilidad de instrucciones de trabajo del proceso, desactualizados, sin adoptar y/o sin divulgar. Ejemplos: Caracterización del proceso desactualizada, Formatos utilizados en la prestación de los servicios desactualizados y sin adoptar (Formatos de versión 0 / año 2010 - 2011), Mapoteca publicada en la Intranet con las Sedes y servicios desactualizados, Documento técnico LGBTI, Linea técnica para atención en centros forjar y documentos técnicos del CDPI en proceso de revisión y sin aprobación. Resolución 764 de 2013 sin disponibilidad en los puestos de trabajo, sin recordación por parte de las personas que deben utilizarlo y sin conocimiento del documento vigente de los criterios de ingreso, egreso y restricción por simultaneidad. 2. El 25% de los Servicios Sociales no cuenta con mapa de riesgos (6 servicios cuentan con mapa de riesgo de los 24). Adicionalmente, se evidencia falta de identificación y tratamiento de los riesgos a los que están expuestos los Servidores Públicos (planta y contratistas), de las sedes en las que se prestan los diferentes servicios de la SDIS y no se evidencia una adecuada clasificación en los niveles de riesgo por parte de la ARL.

ANEXO 1: HALLAZGOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014				
NOMBRE	NUMERAL	CATEGORIA (FORTALEZA / CONFORMIDAD / OPORTUNIDAD DE MEJORA O NO CONFORMIDAD)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	EVIDENCIA CONSOLIDADA QUE DEMUESTRA EL CUMPLIMIENTO O EL INCUMPLIMIENTO
				3. Deficiencias en la disponibilidad del equipo apropiado para la prestación de los servicios: Ejemplos: Pisinas para Hidroterapia CIP Renacer y CURNN sin uso por falta de mantenimiento y adecuaciones requeridas afectando la prestación integral del servicio, Casa de la Juventud Mártires con problemas de represamiento de agua en sotano, equipo del Gimnasio sin mantenimiento, Casa de la Juventud Mártires sin mantenimiento en sus planta física (falta de bombillos de iluminación y de chapas de seguridad en las puertas), Centro Amar Ciudad Bolivar y Mártires, No disponibilidad de equipos de computo en el Centro Amar de Suba entre otros. 4. Se evidenció durante la visita a las Sedes que existe una insuficiencia en el equipo humano y tecnológico relacionado con la prestación de los servicios.
VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.5.2	No conformidad	No se validan todos los procesos de prestación de servicios	DIRECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES: Se evidenció que de los 26 servicios que tiene la SDIS 6 tienen estándares definidos, de los cuales se verifican y validan dos: Educación Inicial y Atención Integral a personas mayores. por parte del equipo de Inspacción y Vigilancia La Resolución conjunta de la SDIS y la Secretaria de Salud de marzo de 2013, que adopta los estándares de calidad para las instituciones de Protección y Atención Integral a personas mayores, señala que éstas tienen la obligación de adelantar al proceso de inscripción ante la Secretaria de Salud o Secretaria de Integración Social, lo cual NO HACEN y cumplido el año de transicion para adaptar y cumplir los estándares, NO LOS CUMPLEN.
				PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: Dentro de los 8 servicios auditados en la muestra seleccionada para este proceso (se aclara que las Casas de Juventud, no prestan un servicio, según información brindada por la Gestora de la Subdirección para la Juventud y las Coordinadores de las dos cases visitadas), se evidencia que la entidad en la actualidad verifica la prestación del servicio mediante mecanismos de seguimiento y medición posteriores y como consecuencia, las deficiencias se pueden identificar y tratar durante la prastación de cada servicio. Dentro de la muestra auditada al único servicio que evidenció una validación posterior fue el de la Sede CDPI quienes realizan un grupo de apoyo para egresados semanalmente, cuyo documento técnico esta en revisión.
IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD	7.5.3	Conformidad	Se identifica y se lleva a cabo toda la trazabilidad en la prestación de los servicios sociales desde su identificación hasta su verificaicón y seguimiento.	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: Dentro de las 16 visitas a sedes, se verificaron en 10 sedes (Histories Sociales o expedientes de los participantes de los servicios sociales) encontrando registros de seguimiento periódico de la población atendide y en general la documentación estebiecida en listas de chaqueo.
PROPIEDAD DEL CLIENTE	7.5.4	Conformidad	La entidad cuida los bienes que son propiedad del cliente mientras estan bajo su control o se estan usando.	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: En las 16 visites a sedes, se verificaron en 10 sedes (Historias Sociales o expedientes de los participantes de los servicios sociales) encontrando que los documentos que suministran los usuarios se encuentran allí. Los archivos revisados se encontraron organizedos. Se evidenció que el SIRBE tiene filtros de acceso a la información relacionada con los participantes de los servicios sociales.
PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO	7.5.5	Oportunidad de mejora	La entidad presente algunas deficiencias en la preservación del producto y/o servicio.	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: La identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección (en lo relacionado con alimentos brindados en las 11 sedes donde se suministran alimentos de las 17 visitadas) es conforme dentro de la prestación de los servicios; no obstante se evidenciaron deficiencias como: Preparación de alimentos mientras se realizeban labores de limpieza de pisos en el Centro de Autocuidado y en el de Acogide, Instelaciones fisicas inadecuadas en la cocina del CDPI para la preparación de alimentos, Alimentos de cafeteria como azúcer y café almacenedos en el mismo estante donde se guerdan productos de aseo.
CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN	7.6	No Conformidad	La entidad en la actualidad no controla los equipos se seguimiento y medición.	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES:Se evidenció que no se realiza de manere adecuada la calibración y mantenimiento de los equipos utilizados dentro de la prastación de los servicios. En las 16 visitas realizades a las diferentes sedes se encontró falta de mantenimiento prevantivo de todos los equipos (ningún equipo de linea blanca presentaba mantenimiento preventivo en le vigencia 2014), Falta calibración de básculas, balanzes, gramedoras y congeledores utilizados en las cocinas y básculas en la Valoración Nutricional de los centros y falte de mantenimiento correctivo de equipos de lavandería y máquinas para cortar césped.
				GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: No se cuenta con cronograma de mantenimiento, para básculas, balanzas, purificadores de agua y linea Blanca entre otros, verificado el soporte entregado para básculas y balanzes, solo se relaciona la ubicación del elemento y el costo del mantenimiento, a pesar de la existencie del contrato de mantenimiento preventivo de los referidos elementos
GENERALIDADES	8.1	N.A.	Los requisitos contemplados en este numeral son generales y se desarrollan en los numereles siguientes del requisito Medición, análisis y mejora.	N.A

ANEXO 1: HALLAZGOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014				
NOMBRE	**NUMERAL**	**CATEGORIA (FORTALEZA / CONFORMIDAD / OPORTUNIDAD DE MEJORA O NO CONFORMIDAD)**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**EVIDENCIA CONSOLIDADA QUE DEMUESTRA EL CUMPLIMIENTO O EL INCUMPLIMIENTO**
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	8.2.1	Oportunidad de mejora	La entidad presenta deficiencias en el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente.	ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES: La entidad viene aplicando encuestas de percepción a los participantes para establecer la actitud y disposición de las personas que brindan información a los ciudadadanos mediante los puntos SIAC y la atención que se les brinda a los ciudadanos a través de los diferentes proyectos y servicios que presta la entidad. Sin embargo, con respecto a la medición de la satisfacción del cliente relacionedas con el cumplimiento de los compromisos establecidos con la ciudadanía en el Plan de Acción de la política, los cuales con frecuencia se traducen en programas, proyectos y servicios, se encuentra en procaso de consolidarla para ser aplicada en el territorio a fin de determinar cual ha sido el impacto que éstas han generado en las poblaciones. En la actualidad se tiene proyectado la consolidación de las encuesta de satisfacción del cliente que se aplicará inicialmente a cinco (5) servicios: Centros Día- Centro Crecer- Infancia - Seguridad Alimentaria- Discapacidad y Vejez.
AUDITORIA INTERNA	8.2.2	N.A.	Esta numeral se encuentra dentro del proceso de mejora continua que está en actualización y cambio de líder y que no fue auditado.	
SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS	8.2.3	No conformidad	Existen procesos que no cuentan con indicadores para medir su eficiencia y eficacia y otros procesos donde se presentan deficiencias en su formulación y medición.	DIRECCIONAMIENTO POLÍTICO: Se evidenció durante la auditoría que los indicadores del proceso se encuentran desactualizados ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES: No se cuentan con indicadores del proceso que permitan realizar la medición y toma de correctivos de la gestión realizada del proceso. La entidad cuenta con el lineamiento para la construcción del "Sistema de Seguimiento y monitoreo de las políticas públicas de la Entidad - SSM" , sin embargo este no se encuentra sistematizado, lo que no facilita la captura, procesamiento, administración y distribución de datos e información para su análisis. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: En la auditoría se evidenció que para el proceso no se tienen establecidos indicadores. MANTENIMIENTO Y SOPORTE TICS: Se utilizan indicadores con deficiencias en la construcción de los mismos. Por ejemplo: Porcentaje de configuración servicio de internet que se mide a tráves de número de solicitudes de configuración servicio de internet del periodo, sobre total de usuarios registrados en el directorio activo y no todos los usuarios hacen parte del directorio activo. Los datos registrados en el indicador, solicitudes mesa de ayuda atendidas en dos periodos de tiempo, no coinciden con los datos relacionados en hoja de vida del indicador versus el resumen mesa de ayuda en los meses de marzo y abril del 2014 .No se encuentran registros de análisis de datos actuelizados en la hoja de vide de los indicadores(REG-EV- HV-001).
SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO	8.2.4	No Conformidad	La entidad en la actualidad no realiza seguimiento y medición apropiados a las características de los servicios prestados, para verificar que se cumplen sus requisitos	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: Se encontraron deficiencias en la formulación, medición y análisis de los indicadores de los servicios dado que algunos de los indicadores no están midiendo las caracteristicas del servicio prestado, ni el cumplimiento de requisitos planificados, para la prestación de los servicios sociales auditedos. Ejemplos: Indicador de servicio No. 4 (CDPI), con mediciones del 100% debido a que todos los que culminan el proceso son los que logran los procesos de inclusión, por lo tanto el indicador no se presta para análisis y seguimiento del servicio o de las condiciones en las que se presta. Los datos (1y2) del Indicador Personas jóvenes participantes en espacios de identificación y decisión no conciden con lo evidenciado en las visitas a casas de juventud dado que ambos (Mártires y 8amos Unidos) sobrepasaron la meta, adicionalmente ninguno de los dos indicadores de Casas de Juventud presentan Interpretación y análisis de tendencia en el documento publicado en la intranet.
CONTROL DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME	8.3	No conformidad	La entidad no define las accionas para eliminar los productos no conformes detectados.	DIRECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES: La responsable del equipo de inspección y Vigilancia realiza el informe de la verificación de condiciones a las instituciones que prestan los servicios sociales tomando como insumos los resultados de la aplicación del Instrumento Único de Verificación (IUV). No obstante, al remitirsa a las Subdirecciones Técnicas y Locales correspondientes, para comentarios y observaciones, se presentan fallas en la identificación de las causas y la formulación y aplicación de acciones para aliminarlas.
				GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: En una de las entradas de la etape "II, Analizar y Transformar Información" establecen que debe ser "... de acuerdo a modelos temáticos ..." sin embargo en ninguna parte del proceso se indican cuales son esos temas, ni tampoco se tienen linaamientos al respecto. En el procedimiento de "Seguimiento y calidad del Dato", se tienen estadísticas de inconsistencias, pero se encontro que el SIRBE no valida todos los campos de la Base de Datos y para subsanar esta situación deben realizar validaciones externas en un archivo de excel.

ANEXO 1: HALLAZGOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014				
NOMBRE	**NUMERAL**	**CATEGORIA (FORTALEZA / CONFORMIDAD / OPORTUNIDAD DE MEJORA O NO CONFORMIDAD)**	**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO**	**EVIDENCIA CONSOLIDADA QUE DEMUESTRA EL CUMPLIMIENTO O EL INCUMPLIMIENTO**
ANÁLISIS DE DATOS	8.4	No conformidad	La entidad presenta deficiencias en la recopilación y análisis de datos para demostrar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua.	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Se tiene el procedimiento de "Registro extemporáneo de Información Misional", con lo cual se evidencia que la Base de Datos misional no está actualizada , pues se encontró que hay una carpeta física donde las Subdirecciones locales soliten la apertura del sistema para registrar datos de forma extemporanea. Se tiene el procedimiento de "Registro extemporaneo de Información Misional", sin embargo estos datos no se llevan en forma controlada, dado que únicamente se almacenan los oficios de solicitud en una carpeta. Se tiene el procedimiento de "Atención a solicitudes de reporte de información", sin embargo en la auditoria adelantada no se evidenció que para el proceso existan mecanismo para recopilar la información primaria (Recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos y/o Denuncias, Buzón de sugerencias), dado que en la actualidad esta orientado a dar respuesta a requerimientos de información secundaria.
MEJORA CONTINUA	8.5.1	N.A.	Este numeral se encuentra dentro del proceso de mejora continua que está en actualización y cambio de líder y que no fue auditado.	
ACCIÓN CORRECTIVA	8.5.2	No Conformidad	La entidad no cumple con las acciones formuladas para eliminar las causas de las no conformidades detectadas y no revisa la eficacia de las mismas.	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: El Plan de Mejoramiento del proceso contine 10 hallazgos de las vigencias 2012 y 2013 que se encuentren abiertos, el no cumplimiento de les acciones correctivas afecta el fortelacimiento del Proceso y la satisfacción de los clientes internos y los participsntes.
				MANTENIMIENTO Y SOPORTE TICS: Dentro de le muestra seleccionada se evidenciaron dos acciones (una correctiva y otra preventiva) vencidas y sin finslización a la fecha.
				GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Se encontraron tres (3) hellazgos sin cerrar desde la vigencia 2011, se evidenció que las dificultades presentedas que impiden el cumplimiento e implementación de estas accionas de mejore dentro del tiempo establecido es porque se define mal la acción de mejora debido a que no identifican la causa real del hellazgo.
ACCIÓN PREVENTIVA	8.5.3	No Conformidad	La entidad no cumple con las acciones formuladas para eliminar las causas de las no conformidades potenciales y no revisa la eficacia de las mismas.	MANTENIMIENTO Y SOPORTE TICS: Dentro de la muestra seleccionada se evidencieron dos acciones (una correctiva y otra preventiva) vencidas y sin finalización a la fecha.
				GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Se encontraron los riesgos "Información o datos misionales no confiables" e " Información de datos no oportunos" que se vienen materializando.

ANEXO 2: EVALUACIÓN A LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014								
ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS		ESTADO ENCONTRADO					EVIDENCIA ENCONTRADA
			1. NO EXISTE	2. SE ENCUENTRA EN PROCESO	3. ESTA DOCUMENTADO	4. DOCUMENTADO E IMPLEMENTADO	5. NO AUDITADO	
Acuerdos Compromisos y Protocolos Éticos	1	Documento con los principios y valores de la entidad.				X		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Código de ética para la SDIS. No se avidenció instrumentos de monitoreo que den cuenta de le verificación, comprensión e incorporación a las ecciones institucionales. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Actas por dependencias del nivel central y local, para establecer valores éticos de la entidad.
	2	Acto administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la entidad.				X		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Resolución 0342/2013, la cual adopta el Código de Ética de la Secretaria Distrital de Integración Social.
	3	Estrategias de socialización permanente de los principios y valores de la entidad.				X		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Divulgación por medio de: correos electrónicos, intranet, conformación de grupos focales por localidad, realización de obra de teatro en tres localidades y utilización de piezas comunicativas. Sin embargo, se evidenció falta apropiación de recursos para divulgar y socializar el código de manera permanente a todos los funcionarios, incluyendo los contratistas.
Desarrollo del Talento Humano	4	Manual de Funciones y competencias laborales				X		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Manual de funciones para la SDIS, adoptado mediante la Resolución 629 del 16 de junio del 2007. Se evidenció que el manual no esta actualizado en intranet. Se hizo una modificación al manual de funciones para incorporar 15 cargos de asesores. No se encuentra incorporada al manual de funcionas y tampoco socializada.
	5	Plan Institucional de Formación y Capacitación (Anual)				X		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: El plan institucional de formación y capacitación, no es anual. Está formulado para dos años, 2013 -2014, adoptado mediante Resolución 204 del 22 de febrero del 2013. En el ejercicio auditor se evidenció que le identificación de necesidades de capacitación y formación, no incluye los requerimientos registrados en el instrumento de evaluación del desempeño - plan de mejoramiento, como fuente principal para establecer las necesidades de los servidores públicos y favorecer su desempeño. Las acciones relacionadas con inducción y reinducción, no se incorporan al plan en mención. No se identificó un instrumento que mida el impacto del PIFC en la gestión institucional y el Informe de evaluación de impacto de capacitación, como lo establece la Circular 38 del 25 de octubre del 2012 - Procedimiento de capacitación y desarrollo. En el 2014 se asignaron $ 340.000.000, para la ejecución del PFCI, ejecución de recursos que inició el 18 de septiembre/2014 con la firma del contrato 9523 del 2014, a nombre de Compensar - Unipanamericana, con plazo de cinco (5) meses. Por lo expuesto, la implementación del plan se afectó por los dos eventos mencionados, por ej. se estableció que fue necesario reprogramar dos temáticas: servicio a la ciudadanía y gestión documental para el primer trimestre del 2015. Lo anterior, evidencia debilidades en la planificación, es decir, en las acciones puntuales requeridas para seguir de manera ordenada y sistemática lo establecido en la fase de planeación; también muestra la falta de oportunidad para desarrollar las competencias necesarias del talento humano, en cumplimiento de los objetivos estratégicos de la secretaria. Como la necesidad de cumplir con los objetivos de la capacitación de los empleados públicos, Ley 909/204, art. 36, norma que señala: "La capacitación y formación de los empleados públicos está orientada al desarrollo de sus capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias fundamentales, con miras a propiciar su eficacia personal, grupal y organizacional, de manera que se posibilite el desarrollo profesional de los empleados y el mejoramiento en la prestación de los servicios". Tampoco satisface las necesidades presentadas por las diferentes dependencias.
	6	Programa de Inducción y reinducción	X					GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: La entidad cuenta con un programa de inducción para empleados nuevos, no obstante las temáticas a tratar no estan contenidas en el PFCI. La entidad no cuenta con un Programa de reinducción y hace más de dos años no realiza acciones de reinducción de conformidad a los cambios organizacionales, técnicos y normativos presentados. Tampoco hay evidencia de la existencia de un Programa anual de información institucional dirigido a los contratistas que desarrolle acciones informativas de sensibilización y generación de conocimiento para el adecuado desempeño de sus obligaciones contractuales. Tanto el plan de inducción y reinducción, el programa anual de información institucional son de carácter permanente, así lo señala la Resolución 1012/2011- Política de Talento Humano SDIS. Por último, desde la Subdirección de Talento Humano se vienen desarrollando acciones de reinducción utilizando como medio de comunicación el virtual. No obstante, ha carecido de divulgación y no siempre es fácil el acceso al instrumento. En las 13 historias laborales (8 del nivel directivo y 5 del nivel asesor), tomadas como muestra del total de cargos de planta de la entidad, no se encontró en ninguna de ellas evidencia de inducción la cargo. Aunque el procedimiento capacitación y desarrollo, incluye el formato: lista de chequeo - inducción al puesto de trabajo.

ANEXO 2: EVALUACIÓN A LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014								
ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS		ESTADO ENCONTRADO					EVIDENCIA ENCONTRADA
			1. NO EXISTE	2. SE ENCUENTRA EN PROCESO	3. ESTA DOCUMENTADO	4. DOCUMENTADO E IMPLEMENTADO	5. NO AUDITADO	
	7	Programa de Bienestar (Anual)				X		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: El Plan de Bienester, se elabora cada eño, de conformidad con le Ley 909/204 y el Decreto 1567/96. No existe ecto administrativo de aprobeción y tampoco cuenta con fechas de ejecución. La Resolución 0861 del 16 de junio del 2011, es el último acto administrativo de aprobación. El Plan de Bienestar, es elaborado a partir de una encuesta de nacesidades e integrado por componentes: cultural, recreativo, familiar, deportivo y esta dirigido a servidores públicos de planta. Las acciones planteades, se encuentran operedes por Compensar, con la celebración del contreto 9523 de septiembre/14 y acta de inició del 16 de septiembre/2014. Lo mencionado, pone en evidencia falta de oportunidad para llevar e cabo las tareas progremades en el mencionado plan.
	8	Plan de Incentivos (Anual)				X		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Existe un Plan de Incentivos (Anual), edoptedo mediante la Resolución 0979/2014 y le entrega de incantivos no pecunianos legalizada mediante la Resolución 1066 del 23 de septiembre del 2014, la cual esteblece un plan de incentivos del 1 febrero de 2013 al 31 enero del 2014 y define 4 cnterios: antigüedad, prepensionados, fondo de becas y mejores servidores públicos de acuerdo a la evaluación del desempeño sobreseliente.
	9	Sistema de evaluación del desempeño				X		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: La entidad mediante la Resolución 4905 del 28 de diciembre/2010 eprueba los formatos de evaluación del desempeño y con la Resolución 840 del 8 de egosto/2014 adopta el sistema, formatos e instrumentos propios de evaluación del desempeño. Cuenta con Plen de Acción (anual). El numeral 10 "Plan de Mejoramiento" del instrumento de evaluación del desempeño, registra las necesidades de cualificación de los servidores públicos, no obstante, estás no se incorporan en el PIFC, a fin de cumplir con les funciones asignadas y mejorer le ejecución de las mismas En las ocho (8) Historias Laboreles del nivel directivo, no se encontró evidencie del formato de suscripción de ecuerdos de gestión. Tampoco se encontró evidencia de le eveluación de desempeño del nivel asesor, cinco (5) cargos verificados. No se evidenció que la evaluación de desempeño, sea un insumo para la construcción del PIFC, Programa de Inducción y Reinduccción, Programa de Bienester y Plan de Incentivos.
Planes y Programas y Proyectos	10	Planeación					X	NO AUDITADO
	11	La misión y visión institucioneles adoptados y divulgados	X					DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: No se encontró evidencia de la existencie de un acto administrativo que edopte la Misión y le Visión de la SDIS.
	12	Objetivos institucionales				X		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: La política de la calidad se relaciona con los objetivos institucionales y con el cumplimiento de la misión de la Entidad. El Plan de desarrollo esta alineado con los objetivos de calidad de SDIS. La Política de calidad se articula con el Plan Estratégico. Se realize el seguimiento con base en al reto 6 y 4 con base en la misionalided de la SDIS. Se verifican informes (Plan estratégico institucional del 2014).
	13	Planes, programas y proyectos				X		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: Posterior al ejercicio de direccionamiento de la ejecución del Plan de Acción Institucionel realizado en el primer semestre de este año y como resultado de los seguimientos establecidos, se generaron cuatro informes consolidedos del plan de acción institucional. Estos informes recogen de menera sintética las acciones desarrolladas en el merco del proceso de construcción e implementeción del Plan Estratégico Institucional 2012-2016. Igualmente se dió inicio a un ejercicio de autoevaluación del plan de acción institucional 2014 y la etapa de planeación para 2015.
Modelo de Operación por Procesos	14	Mapa de Procesos				X		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: La entidad cuente con un mapa de procesos donde se evidencia la interrelación de estos, articulados entre estratégicos, misionales, de apoyo, y de seguimiento y control.
	15	Divulgación de los procedimientos		X				DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: Existen mecanismos da divulgeción de procedimientos tales como intranet, página web, circulares y correos mesivos internos. Los procedimientos divulgados a través de la Intranet presentan un alto porcentaje de desectualización. Ejemplos: Procedimientos de los procesos de presteción de los servicios societes, Direccionamiento Político, Gestión del Talento Humano y Adquisiciones.
	16	Proceso de saguimianto y evaluación que incluya la evaluación de la setisfacción del cliente y partes interesadas		X				ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE POLÍTICAS SOCIALES: En la actualidad sa tiene proyectado le consolidación de las encuesta de satisfacción del cliente que se aplicare inicialmenta a cinco (5) servicios: Centros días- Centro Crecar- Infancie - Segundad Alimentaria- discapacidad y vejez.
Estructura Organizacional	17	Estructura organizacional de la entided que facilite la gestión por procesos				X		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Le entidad cuenta con una estructura organizacional definida y adoptada mediente los Decretos 607 de 2007 y 149 de 2012.
	18	Menual de Funciones y Competencias laborales				X		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Menuel de funciones para la SDIS, adoptedo mediante la Resolución 629 del 16 de junio del 2007. Se evidenció que el manual no esta actuelizedo en intranet. Se hizo una modificación al manual de funciones para incorporar 15 cargos de asesores. No se encuentra incorporada al manual de funciones y tampoco socializede

ANEXO 2: EVALUACIÓN A LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014								
ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS		ESTADO ENCONTRADO					EVIDENCIA ENCONTRADA
			1. NO EXISTE	2. SE ENCUENTRA EN PROCESO	3. ESTA DOCUMENTADO	4. DOCUMENTADO E IMPLENENTADO	5. NO AUDITADO	
Indicadores de Gestión	19	Definición de indicadores de eficiencia y efectividad, que permiten medir y evaluar el avance en la ejecución de los planes, programas y proyectos		X				ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE POLÍTICAS SOCIALES: El proceso no cuenta con indicadores que permitan conocer el grado de avance o logro de los objetivos y de los resultados esperados, identificar la efectividad en relación con el impacto de los servicios prestados y evidenciar el cumplimiento del compromisos por cada actor responsable en el plan de acción de cada política, para que se puedan generar alertas y correctivos necesarios. Durante el desarrollo de la Auditoría se solicitó que se documentara el compromiso con tiempos y entregas oportunas de los indicadores del Proceso. Compromiso que fue respaldado mediante acta en la que se concertó la entrega de los indicadores formulados y oficialización para el 26 de noviembre del 2014. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: Se encontraron deficiencias en la formulación, medición y análisis de los indicadores de los servicios dado que en la actualidad algunos de los indicadores no están midiendo las características del servicio prestado, ni el cumplimiento de requisitos planificados, para la prestación de los servicios sociales auditados. Ejemplos: Indicador de servicio No. 4 (CDPI), con mediciones del 100% debido a que todos los que culminan el proceso son los que logran los procesos de inclusión, por lo tanto el indicador no se presta para análisis y seguimiento del servicio o de las condiciones en las que se presta. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO En la auditoría se evidenció que para el proceso no se tienen establecidos indicadores. La entidad debe "aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, y cuando sea posible, su medición." sin embargo no se encontraron indicadores en el SIG para este proceso.
	20	Seguimiento de los indicadores			X			DIRECCIONAMIENTO POLÍTICO: Al respecto, como resultado de la auditoría interna realizada en el año 2014, se evidenció que la medición de los indicadores del Proceso de Direccionamiento Político no se encontraban actualizados en la Intranet, salvo el primer corte mensual o bimestral, según corresponde al proceso. ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE POLÍTICAS SOCIALES: El proceso no cuenta con indicadores que permitan conocer el grado de avance o logro de los objetivos y de los resultados esperados, identificar la efectividad en relación con el impacto de los servicios prestados y evidenciar el cumplimiento del compromisos por cada actor responsable en el plan de acción de cada política, para que se puedan generar alertas y correctivos necesarios. Durante el desarrollo de la Auditoría se solicitó que se documentara el compromiso con tiempos y entregas oportunas de los indicadores del Proceso. Compromiso que fue respaldado mediante acta en la que se concertó la entrega de los indicadores formulados y oficialización para el 26 de noviembre del 2014. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: Se encontraron deficiencias en la formulación, medición y análisis de los indicadores de los servicios dado que en la actualidad algunos de los indicadores no están midiendo las características del servicio prestado, ni el cumplimiento de requisitos planificados, para la prestación de los servicios sociales auditados. Ejemplos: Indicador de servicio No. 4 (CDPI), con mediciones del 100% debido a que todos los que culminan el proceso son los que logran los procesos de inclusión, por lo tanto el indicador no se presta para análisis y seguimiento del servicio o de las condiciones en las que se presta.
	21	Revisión de la pertinencia y utilidad de los indicadores	X					DIRECCIONAMIENTO POLÍTICO: Se evidenció durante la auditoría que los Indicadores del proceso se encuentran desactualizados ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES: No se cuentan con indicadores del proceso que permitan realizar la medición y toma de correctivos de la gestión realizada del proceso. La entidad cuente con el lineamiento para la construcción del "Sistema de Seguimiento y monitoreo de las políticas públicas de la Entidad - SSM" , sin embargo este no se encuentra sistematizado, lo que no facilita la captura, procesamiento, administración y distribución de datos e información para su análisis. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: En la auditoría se evidenció que para el proceso no se tienen establecidos indicadores. MANTENIMIENTO Y SOPORTE TICS: Se utilizan indicadores con deficiencias en la construcción de los mismos. Por ejemplo: Porcentaje de configuración servicio de internet que se mide a través número de solicitudes de configuración servicio de internet del periodo, sobre total de usuarios registrados en el directorio activo y no todos los usuarios hacen parte del directorio activo. Los datos registrados en el indicador, solicitudes mesa de ayuda atendidas en dos periodos de tiempo, no coinciden con los datos relacionados en hoja de vida del indicador versus el resumen mesa de ayuda en los meses de marzo y abril del 2014 .No se encuentran registros de análisis de datos actualizados en la hoja de vida de los indicadores(REG-EV- HV-001).
Políticas de Operación	22	Establecimiento y divulgación de las políticas de operación				X		La entidad cuenta con un Manual del Sistema Integrado de Gestión que fue adoptado mediante resolución 1699 de 2011. En la intranet el acceso al manual del SIG ha generado familiaridad y facilidad de consulta al sistema. También se visualiza en la pagina Web de la Entidad.
	23	Manual de operaciones o su equivalente adoptado y divulgado				X		

ANEXO 2: EVALUACIÓN A LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014								
ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS		ESTADO ENCONTRADO					EVIDENCIA ENCONTRADA
			1. NO EXISTE	2. SE ENCUENTRA EN PROCESO	3. ESTA DOCUMENTADO	4. DOCUMENTADO E IMPLEMENTADO	5. NO AUDITADO	
Política de Administración de Riesgos	24	Definición por parte de la alta Dirección de políticas para el manejo de los riesgos					X	NO AUDITADO. Se entregó informe por parte de la Oficina de Control Interno en Octubre de 2014.
	25	Divulgación del mapa de riesgos institucional y sus políticas					X	NO AUDITADO. Se entregó informe por parte de la Oficina de Control Interno en Octubre de 2014.
Identificación de Riesgos	26	Identificación de los factores internos y externos de riesgo			X			Durante la auditoría se revisó la identificación de riesgos para los procesos de Gestión del Conocimiento, Mantenimiento y soporte de TICS y Adquisiciones, encontrando que estos procesos tienen identificados factores internos y externos de riesgo
	27	Riesgos identificados por procesos que puedan afectar el cumplimiento de objetivos de la entidad			X			
Análisis y Valoración del Riesgo	28	Análisis del riesgo		X				GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Se encontraron los riesgos "Información o datos misionales no confiables" e " Información de datos no oportunos" que se vienen materializando. MANTENIMIENTO Y SOPORTE TICS: Dentro de la muestra seleccionada se evidenciaron dos acciones (una correctiva y otra preventiva) vencida y sin finalización a la fecha ADQUISICIONES Documento de análisis de los riesgos frente a los controles existentes. Documento donde de identifican controles correctivos y preventivos definidos para el proceso PRESTACIÓN DE LOS SERVICIDS SOCIALES. 2. El 25% de los Servicios Sociales no cuenta con mapa de riesgos (6 servicios cuentan con mapa de riesgo de los 24). Adicionalmente, se evidencia falta de identificación y tratamiento de los riesgos a los que están expuestos los Servidores Públicos (planta y contratistas), de las sedes en las que se prestan los diferentes servicios de la SDIS y no se evidencia una adecuada clasificación en los niveles de riesgo por parte de la ARL.
	29	Evaluación de controles existentes		X				
	30	Valoración del riesgo		X				
	31	Controles		X				
	32	Mape de riesgos de proceso		X				
	33	Mape de riesgos institucional		X				
Autoevaluación del control y gestión	34	Actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación					X	NO AUDITADO. Pertenece a actividades desarrolladas por la OCI.
	35	Herramientas de autoevaluación					X	
	36						X	
Auditoría Interna	37	Procedimiento de auditoría Interna					X	NO AUDITADO. Pertenece a actividades desarrolladas por la OCI.
	38	Programa de auditorías Plan de Auditoría					X	
	39	Informe Ejecutivo Anual de Control Interno					X	
Plan de mejoramiento	40	Herramientas de evaluación definidas para la elaboración del plan de mejoramiento					X	NO AUDITADO. Pertenece a actividades desarrolladas por la OCI.
	41	Seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento					X	
	42	Identificación de las fuentes de información externa				X		La entidad cuenta con mecanismos para identificar la información externa. (Recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos y/o Denuncias, Buzón de sugerencias, entre otras).
	43	Fuentes internas de información (manuales, informes, actas, actos administrativos) sistematizada y de fácil acceso		X				Se encuentra la Intranet SDIS, el correo masivo, carteleras, no obstante se pudo evidenciar a través de la presente auditoría e los procesos desactualización de los documentos publicados en la Intranet. Ejemplos: Mapoteca, procedimientos y formatos mencionados, documentos asociados, entre otros.
	44	Rendición anual de cuentas con la intervención de los distintos grupos de interés, veedurías y ciudadanía.					X	NO AUDITADO. Se esta auditando actualmente este tema en el marco del Seguimiento al artículo 4 del Decreto 371 de 2010.
								DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: Existe doble publicación de las tablas de retención documental en la Intranet / Módulo SIG, así mismo la denominación actual de las Tablas que se encuentran publicadas en el proceso de Gestión de Bienes y Servicios tiende a confundirse con un formato y por último las que se encuentran en este proceso son las tablas actualizadas y difieren de las publicadas en el proceso de Direccionamiento Estratégico.

ANEXO 2: EVALUACIÓN A LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014								
ELEMENTO	PRODUCTOS MÍNIMOS		ESTADO ENCONTRADO					EVIDENCIA ENCONTRADA
			1. NO EXISTE	2. SE ENCUENTRA EN PROCESO	3. ESTA DOCUMENTADO	4. DOCUMENTADO E IMPLEMENTADO	5. NO AUDITADO	
Información y Comunicación interna y externa	45	Tablas de retención documental de acuerdo con lo previsto en la normatividad		X				CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES: la Dirección Poblacional y la Subdirección para la Adultez cuentan con Tabla de retención documental. Sin embargo, se observa que las series documentales definidas no contemplan los documentos emanados por estas dependencias en el ejercicio de sus funciones de coordinación de las etapas del proceso de construcción a implementación de políticas sociales y aunque los registros y documentos generados por el proceso se encontraron organizados, no tienen establecida la identificación, recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros en la TRD. Adicionalmente, como resultado de le formulación de las políticas públicas se pudo evidenciar que el proceso genera documentos técnicos que son publicados con registro ISBN, los cuales deberían tener una vigencia, mínima, igual al plazo de ejecución de la política pública. No obstante, al respecto no hay lineamientos de manejo de este tipo de documentos y en el caso de la política de adultez, no fueron encontrados en medio físico para consulta general.
	46	Política de Comunicaciones		X				GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y DIRECCIONAMIENTO POLÍTICO: a través de la Auditoría realizada en el proceso de Gestión del Conocimiento, se evidenció que No se encuentra aprobada la Política de Comunicaciones, la cual debe ser trabajada desde Direccionamiento Político por ser el proceso en el que se encuentran incluidos los temas de comunicación interna y comunicación externa. Así mismo, no se garantiza que los insumos del conocimiento lleguen a su destino, no obstante en la WEB se tiene el "Centro de Documentación virtual".
Sistemas de información y comunicación	47	Manejo organizado o sistematizado de la correspondencia					X	NO AUDITADO
	48	Manejo organizado o sistematizado de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos		X				PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES: Se evidenció durante la visita a las Sadas que existe una insuficiencia en el equipo humano y tecnológico relacionado con la prestación de los servicios. MANTENIMIENTO Y SOPORTE DE TICS: No se evidenciaron suficientes herramientas, equipos y sistemas de información. Equipos dañados y obsoletos. Infreestructura equipos y sistemas de información (Hardware y software) (Herdware y softwara) inadecuada por cantidad y calidad. Existen sedes y sitios de trabajo donde los colaboradores deben traer equipo de su casa para la realización del trabajo dado que la Secretaría no les ha suministrado esta herramienta. Ejemplo: Seguridad alimentaria, subdirección de suba. Por otro lado la cantidad de quipos obsoletos evidenciados en la auditoría as bastante alta. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Se tiene el procedimiento de "Seguimiento y calidad del Deto" del cual se tienen astadísticas de inconsistencias, pero se encontró que el SIRBE no valida todos los campos, dado que la Base de Datos que envían trae inconsistencias tales como: nombres con datos numéricos; edades que pasan de 100 años; identificacionas con NUIP de beneficiarios de más de 17 años; Criterios de elegibilidad con sexo diferente pere el caso de madres gestantes; etc. y para subsanar esta situación deben realizar validacionas extamas en un archivo de Excel, ej.: JOHN FREDDY SIERRA ROSAS con NUIP 96070313640 y edad 18 años; JEIMMY ALEJANDRA MEJIA GONGDRA con TI 1015454589 y edad 19 años; GERALDINE MENDEZ DUEÑAS con NUIP A1100258081 y edad 114 años; JHON ALEXANDER1 OSORIO GONZALEZ con NUIP 1022950920 y edad 7 años; MARTIN FELIPE POLANCO ZAMORA con RC 1029151684 edad cero (0) años y lo registra como mujer.
	49	Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés parar obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio.			X			La Entidad tiene identificados sus usuarios y/o grupos de interés a quienes van dirigidas sus productos y/o servicios
	50	Medios de acceso a la información con que cuenta la entidad		X				ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES: No se encuentran oficializados ni publicados en el marco del SIG los formatos señalados por la Secretaría Distrital de Planeación para la elaboración y consolidación del "Informe de seguimiento a las políticas públicas poblacionales y de acciones afirmativas" en cumplimiento del Decreto 171/2013 y circular 006/2013. Los documentos e información emitidos respecto al Proceso, resultado del análisis y seguimiento de las políticas sociales implementadas en la entidad no se encuentran publicados en el link Documentos Asociados de la caracterización del Proceso entre otros: Informe análisis cuantitativo y cualitativo de las Políticas Sociales; informes de seguimiento de los planes de acción de cada política y les acciones de mejora resultado de las decisiones tomadas en cada Politica. De igual manera la página web de la entidad en los enlaces de "Gestión" y "Política" no muestra esta información la cual debe ser incluida y publicada. Lo anterior no permite a los funcionarios un conocimiento más preciso y exacto de las actividades ejecutadas del Proceso, así como de la operación eficaz, eficiente y efectivo del Sistema de Gestión de Calidad. Se encuentra la Intranet SDIS, el correo masivo, carteleras, no obstante se pudo evidenciar a través de le presente auditoría e los procesos desactualización de los documentos publicados en la Intranet. Ejemplos: Mapoteca, procedimientos y formatos mencionados, documentos asociados, entre otros.

Sitio de la reunión:	Sala de Juntas Despacho. Piso 24	**Fecha y Hora**	**Diciembre 1 de 2014. 8:30 a.m**
Proceso/Proyecto/Servicio Social: **Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión - SIG**			

ORDEN DEL DIA.

1- Presentación de los participantes
2. Exposición de la metodología aplicada.
3. Presentación de los hallazgos y verificación de ajustes sugeridos.
4. Concretar fechas para el Plan de mejoramiento
5. Otros.

DESARROLLO TEMATICO

PUNTO A TRATAR	RESULTADO
1- Presentación de los participantes	Se anexa Planilla de Asistencia. A la reunión se citaron los líderes de proceso (Equipo Directivo) y sus respectivos gestores y a los auditores líderes. El Jefe de la Oficina de Control Interno da la bienvenida y agradece la participación y esfuerzo de los equipos para desarrollar la auditoria de acuerdo con el Plan General de la misma.
2. Exposición de la metodología aplicada.	La Profesional Paola Caicedo, realizó una presentación de Contexto Histórico de la auditoría para resaltar su importancia. Posteriormente recordó la metodología aplicada que fue expuesta en la reunión de apertura global, así como los conceptos relevantes. Se explica que para la revisión del informe se leerá cada numeral de los anexos y si el líder del proceso o su gestor tienen alguna objeción la presentan.
3. Presentación de los hallazgos y verificación de ajustes sugeridos.	Inicialmente interviene la Dra. Marcela Ceballos, Subdirectora de Diseño, Evaluación y Sistematización para pedir aclaración de los siguientes aspectos, en los que están en desacuerdo (Al final de la reunión presentó memorando de referencia: Correo electrónico del 27 de noviembre de 2014 y Asunto: Informe Preliminar de Auditoría, suscrito por el Director de Análisis y Diseño Estratégico, con las observaciones): 1. El Plan de Auditoria no incluyó los 7 subsistemas que conforman el SIG 2. Se auditó el MECI:2014, Decreto cuyo ajuste no ha vencido 3. Se auditaron temas del Proceso Mejora Continua y se estaría auditando trabajo de la OCI. La Profesional Paola Caicedo, responde las inquietudes, aclarando: 1. La SDIS no cuenta con ningún auditor formado en la NTD-SIG 001:2011 siendo imposible tener la competencia para auditar dicha norma. La Oficina de Control Interno realizó consulta a la Secretaría General de la Alcaldía al respecto, donde informaron que la formación para auditores internos en NTD- SIG 001:2011 se tiene planeada para mayo de 2015. Dicha formación la realizará la Alcaldía Mayor puesto que a la fecha ninguna entidad certificadora forma auditores en la mencionada norma. Por lo anterior no se auditaron la totalidad de los subsistemas que

conforman el SIG.

2. El Decreto 943 de 2014 que actualizó el MECI, en su artículo 5° establece que rige a partir de su publicación y deroga el Decreto 1599 de 2005, siendo improcedente auditar una versión de MECI derogada. Por otra parte, el artículo 4° que determina las fases para la implementación del modelo actualizado, en su Fase 4. Ejecución y Seguimiento, comprendida entre el 22 de septiembre al 21 de diciembre de 2014, debe realizar los seguimientos necesarios para tomar los correctivos que permitan llevar a cabo la actualización (Pág. 26 del Manual Técnico del MECI). El ejercicio auditor no reportó No conformidades para MECI sino una evaluación a la actualización y por ello, tal como se manifiesta en las recomendaciones del informe no se generará Plan de Mejoramiento, por el contrario se recomienda actualizar el plan de acción del SIG.
3. Los temas del Proceso Mejora Continua auditados no están bajo la responsabilidad de control interno, son temas que se auditan en otros procesos de la entidad como por ejemplo indicadores y riesgos.

Una vez aclaradas las anteriores inquietudes, se inició la lectura de cada uno de los hallazgos, recibiendo observaciones, así:

Anexo 1. Hallazgos al Sistema de Gestión de Calidad
Numeral 7.2.2 Direccionamiento de los Servicios Sociales. Se afirma en el informe que ESCNNA fue trasladado al IDIPRON desde mayo de 2014. Se aclara que en mayo inició el proceso.

Numeral 7.5.2 Prestación de los Servicios Sociales. Se mencionan 8 servicios auditados, sin embargo el servicio de juventud no se presta como tal.

Numeral 8.4 Gestión del Conocimiento. En el segundo párrafo dice que: "...Se evidenció que la Política de Comunicaciones no se encuentra aprobada". Aclaran que la Política de Comunicaciones no corresponde al Proceso Gestión del Conocimiento. Por otra parte, en el siguiente párrafo se refiere a que "...no se garantiza que los insumos del conocimiento lleguen a su destino". Se informa que los insumos se han presentado en Consejo Directivo y se entregan a las Subdirecciones Locales. Tienen evidencias de la entrega.

En el párrafo séptimo del Procedimiento Atención a solicitudes de reporte de Información, se mencionan las PQR pero éstas se atienden por el SIAC (Servicio Integral de Atención a la Ciudadanía). El procedimiento se refiere a información de bases de datos de los sistemas misionales.

En el último párrafo se refiere a los nuevos desarrollos y éstos hacen parte del proceso de Mantenimiento y Soporte de TICS. Finalmente se refieren al primer párrafo frente a los modelos temáticos manifestando que la información se registra de acuerdo con la estructura de la entidad y de la Ficha SIRBE, con enfoque diferencial y grupos etarios. Se aclara que éste tema se trató en la reunión de apertura. El líder de la auditoría a éste proceso comenta que el hallazgo se confirmó al cierre de la auditoría in situ del proceso con el líder del mismo, dado que quienes operativizan el proceso conocen los temas pero éstos no se encontraron documentados.

Se decide que la Gestora del Proceso, Teresa Victoria Dávila y el líder auditor,

	Guillermo Patiño se reunirán para evaluar éstas observaciones. Numeral 8.5.3 Gestión del Conocimiento. Frente al primer párrafo se explica que si cuentan con las actas que evidencian el trabajo con las otras áreas con quienes se comparten puntos de control. Igualmente se evaluará éste aspecto en la reunión de la gestora y el líder de auditoría. **Anexo 2. Evaluación a la Actualización del Modelo Estándar de Control Interno** Producto 6. Programa de Inducción y Reinducción. Gestión del Talento Humano. Aclaran que se tiene Programa de Inducción y que el que falta es el de Reinducción. Producto 31. Controles. Gestión del Conocimiento. Se refiere a los riesgos compartidos con otras áreas y se realiza la misma aclaración del numeral 8.5.3 del SGC. La Gestora del Proceso de Direccionamiento Estratégico pregunta porque el elemento de Análisis y Valoración del Riesgo se evalúa "En proceso" a lo cual se responde que varios mapas de riesgo están en construcción o en actualización.
4. Concretar fechas para el Plan de mejoramiento	El informe final será presentado el viernes 5 de diciembre y conforme el procedimiento Acciones de Mejora los auditados cuentan con 15 días hábiles para formular el Plan de Mejoramiento. El plan de mejoramiento se realiza para el Sistema de Gestión de la Calidad más no para el Sistema de Control Interno por tratarse de una evaluación a su actualización. Por ende para éste subsistema se requiere incluir lo pertinente en el Plan de Acción del SIG.
5. Otros.	Interviene la Gestora del Proceso de Mantenimiento y Soporte de TICS y comenta la diferencia de éste ejercicio con las auditorías realizadas anteriormente y éste cierre en el que la discusión fue escasa, así como su preocupación por la inasistencia de los líderes de proceso. La Profesional de Control Interno y auditora líder para el Proceso Gestión del Talento Humano comenta que es importante avanzar en las acciones de éste proceso que se encuentran actualmente en el Plan de Mejoramiento. La Gestora del Proceso Prestación de Servicios Sociales manifiesta que el ejercicio realizado fue novedoso, interesante y valioso y solicita a los demás procesos coordinación para elaborar el Plan de Mejoramiento y articularse entre procesos. La Gestora del Proceso de Análisis y Seguimiento de Políticas Sociales comenta que la recaracterización del procedimiento fue firmada y que el proceso ya traía un Plan de Mejoramiento. Se acuerda alinear las acciones que venían en el Plan con las necesarias para atender los hallazgos de éste informe y si se requiere pueden reagruparse. Presentarán por escrito aclaración respecto de la satisfacción del cliente porque no es tema de políticas sino de productos. El Gestor del Proceso de Gestión de Bienes y Servicios afirma que se dio un

	cambio significativo en la manera de realizar la auditoria y en su apreciación es positivo. Cuestiona el cierre de las no conformidades y el largo tiempo que llevan y comenta que es posible que al formular las acciones correctivas y de mejora no se estén identificando adecuadamente las causas. Se pregunta acerca del avance del aplicativo para el Instrumento de Acciones de Mejora y Guillermo Patiño de la OCI comenta avance.

CONCLUSIONES. (Acuerdos, compromisos y responsables).

Se llevará a cabo la reunión para evaluar las observaciones frente al Proceso de Gestión del Conocimiento y se realizarán los ajustes pertinentes al informe para así presentar el Informe Final de la Auditoria que incluya lo acordado en éste cierre y en la mencionada reunión.

Se presenta al equipo asistente a la reunión una aclaración para el numeral 7.5.2 de la NTCGP 1000:2009, en donde al realizar la auditoría al SGC, se pudo evidenciar que la entidad realiza procesos de seguimiento y medición durante la prestación del servicio y por eso se pide a la DADE evaluar la pertinencia de que este numeral sea excluido dado que no aplicaría su ejecución.

HORA DE TERMINACION: 10:40 a.m

NOMBRE Y FIRMA DE LOS PARTICIPANTES

Nombre y Apellidos	Cargo	Firma
VER PLANILLA DE ASISTENCIA ADJUNTA		

NOMBRE Y FIRMA DE LOS AUDITORES

Nombre y Apellidos	Cargo	Firma
VER PLANILLA DE ASISTENCIA ADJUNTA		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PLANILLA DE ASISTENCIA**	Código: F – PA – 002
		Fecha: 01/DIC/2014
		Hora: 8:00A.M. - 1 -

Tema: REUNIÓN DE CIERRE AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014 (MECI –SGC) Lugar: Sala de Juntas del Despacho, Piso 24 Sede Nivel Central

Nombres y Apellidos	Documento de identidad	Dependencia	Cargo	Correo institucional	Correo personal	Teléfono y Ext.	Firma
Alcira Yanneth Malagón M.	52'560.761	DADE	Contratista	amalagon		1152	
Jilmar Hernández Chaparro	1032426218	Gestión auditorías.	Contratista	jhernandezch		1655	
JUAN VEGA	79600328	DADE	"	jvega	3138476889		
Sandra Avila P	52364430	D.T.	Contrat.	savila@sdis.gov.co		1811-25	
Diana Marcela Puerto S.	52266757	D.T.	Contratista	dpuerto@sdis.gov.co		1811	
Vicente Alvarez N.	72.163.878	Ap. Log.	Asesor	valvarez@sdis.gov.co		1602	
Sandra E. Lopez	39.861.396	Subdirect.	Contrat.	slopez@sdis.gov.co		3152448114	
Viviana Turriago Mejia	52.964998	Sub. Familia	Prof.	vturriago@sdis.gov.co		1974	
Luz Stella Bohórquez	51'721.075	Infancia	Prof	lbohorquez@sdis.gov.co		1020	
Luz Marina Rozo	35456637	Subsecretaría		lrozo@sdis.gov.co		1213	
Elizabeth Cortés	51'551344	Secretaría	Asesora	ecortes@sdis.g		1264	
Alvaro Acardenas	28815254	Prof. SIG	Sub Juventud	acardenas@sdis.gov.co		1928	
Edgar Eduardo Gonzalez	79279593	D. Poblacional	SIG-Gestor	edgonzalez@sdis.gov.co		1928	
Marcela Caballero	52146669	DADE	Subdirectora DES	mcaballero@sdis.gov.co		1129	
Pilar Trespalacios	39761996	Proy 721	Contrat	mtrespalacios@sdis.gov.co		1238	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PLANILLA DE ASISTENCIA**	**Código: F – PA – 002**
		Fecha: 01/DIC/2014
		Hora: 8:00A.M. - 2 -

Tema: REUNIÓN DE CIERRE AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014 (MECI –SGC) Lugar: Sala de Juntas del Despacho, Piso 24 Sede Nivel Central

Nombres y Apellidos	Documento de identidad	Dependencia	Cargo	Correo institucional	Correo personal	Teléfono y Ext.	Firma
Alma V. Vergara O	41717997	OCI	Prof. Ub	avergarao@sdis	almavergarahot	1222	
Adriana Vargas J	51.740.076	OCI	prof Ub	avargasj@sdis.gov.co	acosta926@hotmail.com	1223	
Esperanza Parra	41725887	OCI	P.U.	eparra@sdis.gov.co		Ext 1225	
Orlando Doncel Solano	19453812	OCI	Profesional	odoncel	—	Ext 1222	
Victoria Dávila	46662211	DADE.	Prof.	Tdavila		1152	
Ma del Socorro Arbundua	30274040	SII - DADE	Prof.	marbundua@sdis.gov.co		1033	
Luis Córdoba Dávila	51.798.880	OCI	profes	lcordoba@sdis.gov.co		1225	
Dayanira Osorio Medina	51910107	OCI	Prof U	dosoriam@sdis.gov.co		1225	
Nelly Yadira Castro	39629088	Contratación	Gestora de calidad	ncastroa@sdis.gov.co.		1713	
Mercy Restrepo S.	51558283	OCI	Prof.	mrestrepo@sdis.gov.co		1225	
Luis Guillermo Patiño M.	19.440.300	OCI	Prof.	lpatino		1232	
Jairo García Olaya	19424321	OCI	asesor	Jgarcia		1225	
Dessy Vásquez	52361648	SGDTH	Subdirec	Dvasquez		1621	
Javier López Medina	79982065	Despacho	Asesor	jlopezm@sdis.gov.co		1233	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PLANILLA DE ASISTENCIA**	Código: F – PA – 002
		Fecha: 01/DIC/2014
		Hora: 8:00A.M. – 3 –

Tema: REUNIÓN DE CIERRE AUDITORÍA INTERNA AL SIG 2014 (MECI –SGC) Lugar: Sala de Juntas del Despacho, Piso 24 Sede Nivel Central

Nombres y Apellidos	Documento de identidad	Dependencia	Cargo	Correo institucional	Correo personal	Teléfono y Ext.	Firma
William Arrubla	79.311.590	Despacho	Asesor	jarrubla@sdis.gov.co			
Raul Garcia B	12.196.169	SGDTH	Profesional	rgarcia		1624-1620	
Carlos H. Cobo R	19411933	DADE	DIR	ccobo		1121	
Johanna Parda Caicedo	52201042	OCI	Contratista	jcaicedo@sdis.gov.co		1222	
Maria Ximena Saymiento	52957895	OCI	Contratista	msaymiento@sdis.gov.co		1221	
Pedro A. Infante Bonilla	19.362.855	OCI	Prof.	pinfante	pedroinfantebo@gmail.com	1225	
Jon Fredy Garzon C	1013597932	SIGA	Prof	JGarzon C		1617	
Giovanna Rivera P	52.562.36	Adultez	Proyes	gloriupacc@yahoo.com		1902	
Blanca Inés Castellanos Morales	52.311.272	Talento Humano	Profesional	bcastellanos@sdis.gov.co		1621	
Gustavo Royt Morales	79294581	OCI	Jefe	groyt@sdis.gov.co			
Yomy Coguzzoni	51.991.466	D.A	Contratista y legalización	ocdio.gov.co		1919	