



INFORME DE AUDITORÍAS
CÓDIGO: FTO-066
VERSIÓN: 04
Fecha de actualización: 17 de febrero de 2020



Fecha de realización:	25 de octubre de 2022
------------------------------	-----------------------

Proceso:	Todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad del Instituto Municipal de Educación Física, Deporte y Recreación – IMER
Responsable del proceso:	Líderes de procesos y sus equipos de apoyo
Auditados:	Carlos Eduardo Echeverry- Líder Planeación Carolina Rivillas Gómez- Líder Mejoramiento Andrés Felipe Guarín Galeano-Líder eventos Juan Felipe Ospina Arbeláez-Líder Educación Física Edgar Arley Rendón Ramírez- Líder Deporte Isabel Cristina Cardona- Líder Comunicaciones Gloria Patricia Pineda Aristizábal- Líder Recreación Jesús Octavio Henao Agudelo- Líder Escenarios Deportivos María Norela Monroy- Líder Financiero María Elidar Salazar García- Líder Actividad Física Saludable e Incluyente Yaneth Bibiana Rendón Hincapié-Líder Desarrollo Organizacional Mariana Puerta Jaramillo-Líder Secretaría General
AUDITORES	
Laura Melisa Arroyave Flórez	
ALCANCE	
Aplica para todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto Municipal de Educación Física, Deporte y Recreación – IMER, desde la planificación, hasta su ejecución y verificación de resultados de la gestión, para el período comprendido entre el 01 de julio de 2021 al 30 de junio de 2022.	
Exclusiones: Numeral 8.3 Diseño y desarrollo de productos y servicios.	
CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA	
FORTALEZAS	
GENERALES	
<ul style="list-style-type: none">- Se evidencia una fuerte cultura de mejora continua en la entidad, que permite la innovación mediante implementación de herramientas y actividades dentro de los diferentes procesos.- Hay un fuerte posicionamiento de la imagen institucional en el territorio, que facilita la comunicación con los usuarios externos.- Se cuenta con una disposición muy positiva por parte de todo el personal para la recepción de la auditoría, lo cual permitió lograr un excelente desarrollo de la misma en cada uno de los procesos.- La información documentada del SGC, se establece en forma clara y cuenta con un lenguaje apropiado.	



- Se evidencia una toma de consciencia en la entidad respecto al Sistema de Gestión, fortalecida positivamente desde los procesos del área de Desarrollo Organizacional, mediante información visible en espacios públicos, campañas, capacitación, entre otros.
- Se cuenta con una adecuada publicación y comunicación de la información del sistema y del marco estratégico de la entidad en lugares de acceso común y la página web, que permite el adecuado conocimiento e información de las partes interesadas.
- Disposición de la logística requerida para el desarrollo de la Auditoría en óptimas condiciones.
- Fortalecimiento del análisis del contexto por cada uno de los procesos mediante formato de Matriz DOFA
- Se evidencia el fortalecimiento de la gestión de riesgos en la entidad bajo la nueva normatividad y metodología expedida por el DAFP además de una adecuada apropiación de los colaboradores de esta herramienta, lograda mediante acciones de capacitación.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

- Se cuenta con personal vinculado desde el área de planeación que realiza apoyo al proceso y cuenta con un conocimiento importante de la entidad.
- Se tienen documentadas de forma clara las partes interesadas para el SGC de la entidad y sus necesidades y expectativas.

MEJORAMIENTO

- A pesar de contar con cambios constantes en el líder del proceso, por ser personal de prestación de servicios; se observa que se encuentra en proceso el levantamiento de diagnóstico del SGC para implementación de acciones de mejora, lo cual es positivo para el mantenimiento del Sistema.}
- Se documenta plan de mantenimiento del SGC en el cual se reflejan de manera efectiva las actividades pertinentes dentro de la entidad para desarrollar cada vigencia, lo cual permite un seguimiento efectivo y continuo al estado de este.

EVENTOS

- El proceso desarrolla los eventos programados mediante ideas innovadoras y con el apoyo de los colaboradores del IMER, lo cual permite un ahorro para la entidad en cuanto a actividades logísticas.
- Se continúa con el posicionamiento de Rionegro como eje de grandes eventos a nivel regional, gracias a la agenda de ciudad en cuanto a eventos de gran categoría para propios y visitantes.

EDUCACIÓN FÍSICA

- Se encuentra un avance en la construcción del currículo para el proceso, lo cual permitirá mayor integración a los contenidos de los PEI.
- El proceso cuenta con un gran recorrido histórico en el fortalecimiento de la educación física am nivel local, siendo pionero en el departamento de Antioquia.

DEPORTE

- El proceso fomenta el fortalecimiento a los talentos locales a fin de posicionar a Rionegro de manera competitiva en las diferentes disciplinas deportivas, se observa una integración con



el proceso de educación física para la identificación de estos talentos desde sus habilidades motrices.

COMUNICACIONES:

- Se observa un posicionamiento institucional positivo a través de un manejo adecuado de redes sociales que posibilita además una interacción constante con los usuarios de los diferentes programas.
- Se han fortalecido los procesos y actividades del área de comunicaciones a través de la aplicación efectiva de acciones de mejoramiento derivadas de las diferentes auditorías.

RECREACIÓN

- El programa diversifica constantemente su oferta de actividades, para responder de forma innovadora y contextualizada a las necesidades de los usuarios que solicitan su apoyo en las diferentes actividades y eventos.
- El proceso se retroalimenta constantemente a través de las percepciones de los diferentes grupos poblacionales atendidos, implementando acciones de mejora pertinentes con los facilitadores de las actividades.

ESCENARIOS DEPORTIVOS

- Se mejora de manera constante y mediante actividades de mantenimiento los escenarios deportivos con que cuenta el instituto para la satisfacción de las necesidades de sus usuarios.
- Se muestra una percepción positiva por parte de la comunidad frente a las intervenciones realizadas en los diferentes escenarios.

FINANCIERO

- Se tienen mejoras constantes en el proceso que han minimizado la identificación del producto no conforme dentro del mismo, principalmente en el tema de pagos a proveedores.

ACTIVIDAD FÍSICA SALUDABLE E INCLUYENTE

- Se documentan importantes herramientas de seguimiento, tanto a los facilitadores como a los elementos e implementos utilizados en las actividades, a fin de lograr una satisfacción adecuada de los usuarios y retroalimentación de sus expectativas y necesidades.

DESARROLLO ORGANIZACIONAL

- El proceso presenta mejoras importantes respecto a la aplicación de inducción e inducción de manera digital, lo cual ha mejorado considerablemente y de manera muy positiva la ejecución de esta actividad y el conocimiento de la organización por parte de todos los colaboradores.
- Se evidencian avances importantes en la implementación de los diferentes elementos y requisitos aplicables para la entidad en la dimensión de talento humano, tanto desde MIPG como desde el SGSST.

JURÍDICA Y CONTRATACIÓN:



- Se encuentra una adaptación adecuada de la entidad a la implementación del SECOP II, y cumplimiento óptimo de las fechas para el reporte de la información requerida por los entes de control.
- Los procesos contractuales se encuentran estandarizados y normalizados dentro de la entidad.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

GENERALES:

4.1 Comprensión de la organización y su contexto: Aunque se observa una actualización de análisis del contexto mediante matriz DOFA por cada uno de los procesos, y un formato que se ha estandarizado para tal fin dentro del sistema, no se encuentra documentado para la organización en su conjunto; es importante tener en cuenta lo indicado por la norma en la nota 2 de este numeral; el análisis de contexto de la entidad debe permitir conocer las cuestiones que surgen de los entornos legal, tecnológico, competitivo, de mercado, cultural, social, y económico...

A su vez las estrategias derivadas de esta actividad en cada uno de los procesos se observan no hacen parte de un plan de acción o mejoramiento que permita realizar un adecuado seguimiento a la implementación de estas, lo cual tampoco deja evidenciar su eficacia para la mejora del SGC. **OB1**

6.3 Planificación de los cambios: Se debe documentar la planificación de cambios relacionada con el paso a la Normalidad en la realización de actividades grupales, después de retornar a la ejecución de actividades presenciales con los diferentes grupos de usuarios posterior a la pandemia del COVID 19, ya que no se observa este retorno a la presencialidad se vea reflejado en los cambios desarrollados dentro del sistema, a su vez se evidencia que se han implementado algunas mejoras, implementado formatos y nuevas acciones en algunos procesos sin documentar la planificación de cambios correspondiente. **OB2**

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación: Se sugiere revisar la frecuencia establecida para algunos indicadores dentro del sistema, ya que cuentan con una periodicidad anual o semestral, que tratándose principalmente de percepción de los usuarios y sus requerimientos se hace importante replantear los tiempos de medición a fin de tomar decisiones oportunas dentro del SGC.

- Se observan deficiencias en los análisis de indicadores, ya que no dan cuenta de una interpretación completa, detallada y oportuna de las mediciones en cada proceso que retroalimente de manera efectiva la toma de decisiones a nivel estratégico.

9.1.2 Satisfacción del cliente: Se observa que aunque se realiza un ejercicio de medición de la satisfacción de usuarios de manera general dentro del sistema, esta no cuenta con una adecuada devolución de los resultados para cada uno de los procesos, que permita el conocimiento de los requerimientos de los diferentes usuarios y el nivel de satisfacción frente a los servicios prestados, la retroalimentación de acciones de mejora que permita mejorar estos resultados; además se evidencia que algunos procesos misionales no cuentan con medición de satisfacción y algunos si la implementan. Se recomienda unificar criterios en este aspecto y mejorar la efectividad de evaluación



de satisfacción dentro del sistema, con usuarios externos a nivel de procesos misionales, e implementar medición interna en procesos de apoyo. **OB3**

7.2 Toma de consciencia Se evidencia respecto a la ejecución de auditoría interna de la vigencia anterior, en algunos líderes auditados una falta de consciencia respecto al sistema y su información documentada, en la cual se le ha restado importancia al SGC y sus herramientas dentro de la organización para el desarrollo de las actividades en pro del cumplimiento de metas y objetivos estratégicos de la organización.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

4.1 Comprensión de la organización y su contexto: Se recomienda fortalecer a nivel general de la entidad el análisis del contexto mediante herramientas que permitan determinar y analizar los aspectos externos y las cuestiones legales, económicas, sociales, ambientales; entre otras que afectan la prestación del servicio desde los diferentes programas en términos de calidad, eficiencia y eficacia. Las acciones derivadas de este análisis a nivel institucional deben derivar un plan de mejora que garantice su adecuada implementación y seguimiento.

9.3 Revisión por la dirección: Debe planificarse de manera adecuada la revisión por la dirección para el sistema, dentro de la cual se pueda evidenciar la periodicidad con que será realizada, y así evitar diferencias de tiempo que afecten la medición y seguimiento de las acciones implementadas. Esto permitirá realizar métodos comparativos para la toma de decisiones dentro de la entidad en pro de la mejora continua.

- Documentar la planificación de cambios relacionada con el nombramiento de la nueva Gerente de la entidad, que permita evidenciar su integración con el SGC desde el numeral 5.1 “Liderazgo y compromiso”

MEJORAMIENTO

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación: Se sugiere revisar la periodicidad para el seguimiento de los indicadores “No conformidades gestionadas” y “mejoras gestionadas”, ya que actualmente se establece una frecuencia anual y esta no permite la implementación oportuna de acciones de mejora y toma de decisiones para el mantenimiento del sistema de Gestión.

- Se encuentran algunos procedimientos documentados desde el proceso, que son operativamente desarrollados por diferentes áreas de la entidad; como lo son “servicio al cliente” y “Administración y control de correspondencia”, se sugiere realizar una clara asignación de roles y responsabilidades desde el direccionamiento estratégico del sistema que permita se ajuste a la realidad de la entidad.



COMUNICACIONES

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación: Se sugiere revisar y ajustar la meta del indicador “Crecimiento en redes” ya que se evidencia que los resultados del seguimiento sobrepasan la misma, lo cual es positivo en cuanto al cumplimiento, pero evidencia se requiere un análisis en pro de la mejora y fortalecimiento continuos del proceso.

9.1.2 Satisfacción del cliente: Desde el proceso se realiza la aplicación anual de encuesta de satisfacción a usuarios, se recomienda realizar la devolución correspondiente a cada proceso a fin de tener claridad en el nivel que se satisfacen las necesidades y requerimientos de los usuarios.

- **PQRS** Se reciben desde diferentes fuentes como página web, redes sociales, radicación presencial, canal telefónico, correo electrónico, entre otros; se realiza el reparto y seguimiento a respuestas desde el área de Desarrollo Organizacional. Se recomienda dejar claridad en la información documentada del proceso el alcance de las actividades relacionadas con gestión de PQRS que se llevan a cabo desde el proceso.
- Documentar las estrategias derivadas del análisis DOFA, ya que no se evidencian en el desarrollo de la auditoría.

EVENTOS

9.2 Satisfacción del cliente: Se evidencia que, aunque desde el proceso se aplican encuestas de satisfacción del usuario en cada uno de los eventos desarrollados por el instituto, no se realiza un informe derivado de estas que permita implementar acciones de mejora, y retroalimentar la toma de decisiones dentro del proceso en base a lecciones aprendidas.

8.1 Planificación y control operacional: No se observa la debida planificación documentada para la totalidad de los eventos desarrollados en la vigencia 2022, lo cual imposibilita a su vez el debido control de las actividades.

DEPORTE

8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente Se reitera la importancia de reducir la frecuencia en cuanto a la evaluación de los facilitadores del proceso con en miras a lograr una implementación efectiva de acciones de mejora en base a dichos resultados.

8.2 Requisitos para los productos y servicios Se evidencia que, aunque se hacen seguimientos a la ejecución de las actividades para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los productos y servicios, mediante visitas aleatorias, estos se efectúan de manera informal y no documentada dentro del sistema; lo cual repercute de manera negativa en la retroalimentación del proceso con respecto a las necesidades y requisitos del cliente y su trazabilidad.



9.1.2 Satisfacción del cliente: No se evidencia una medición de satisfacción a la cliente clara dentro del proceso, ni una retroalimentación de la información correspondiente a medición general realizada anualmente por la entidad que permita implementar mejoras a las actividades en base a los resultados.

- Se evidencia cambio en unidad de medida al indicador “Población atendida” de porcentaje (%) a número (#), actividad que no se documenta en la debida planificación de cambios.

RECREACIÓN

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación: Se sugiere revisar y ajustar las metas de los indicadores ya que se evidencia que los resultados del seguimiento sobrepasan la misma, lo cual es positivo en cuanto al cumplimiento de actividades, pero requiere un análisis en pro de la mejora y fortalecimiento continuos del proceso.

ESCENARIOS DEPORTIVOS

8.1 Planificación y control operacional No se evidencia el diligenciamiento anual de formato definido para cronograma de mantenimiento preventivo de los escenarios deportivos ni cronograma para las actividades de aseo, que permita contar con una herramienta para el seguimiento y verificación de estas actividades. Se recomienda contar con esta planificación general e ir retroalimentándola a partir de las solicitudes de usuarios recibidas de forma continua por el proceso. **OB 4**

9.1.2 Satisfacción del cliente: Aunque se evidencia por parte del líder del proceso seguimiento mediante whatsapp y otros canales a la satisfacción de los usuarios, esta no se encuentra debidamente documentada dentro del proceso, siendo un insumo importante a tener en cuenta dentro de la mejora.

8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente. Se debe levantar registro documentado de los seguimientos (visitas) realizados para verificación de cumplimiento de actividades desde contrato externo para el aseo de escenarios deportivos y prestadores de servicios que efectúan el mantenimiento preventivo y correctivo, que especifique el tipo y alcance de estos controles; en la verificación del cumplimiento de los requisitos. Esta actividad se desarrollaría para el proceso y su información documentada y de manera complementaría para la supervisión contractual.

- Se encuentra en proceso la estandarización de criterios para documentar hojas de vida de los escenarios deportivos, es importante se realice la planificación de cambios de dicha actividad y se documente lo necesario en el proceso.
- No se observa la documentación de un reglamento o guía de uso de los escenarios deportivos que sea entregado desde el proceso a los diferentes usuarios, a fin de facilitar su corresponsabilidad en caso de daños y otras eventualidades propias del préstamo de los mismos; se hace importante normalizar el proceso de préstamo desde este instructivo además la documentación de un inventario de entrega y recibo como registro documentado dentro del SGC. Que permitan normalizar esta actividad.



EDUCACIÓN FÍSICA

8.2.4 Planificación de los cambios No se evidencia la planificación de los cambios para las mejoras realizadas dentro del proceso y utilización de nuevos formatos como el de “control semanal” que no se encuentra debidamente codificado.

FINANCIERO

7.5 Información documentada Se evidencia que se viene realizando la actividad de nómina desde el proceso, realizando recepción de novedades y efectuando el pago. Es importante determinar tanto en las actividades del proceso de Desarrollo Organizacional como en el proceso Financiero el alcance de dichas actividades, las entradas y salidas; y los respectivos roles y responsabilidades ya que no son claros dentro del SGC.

8.2.4 Planificación de los cambios No se evidencia la planificación de los cambios para la realización del procedimiento de nómina desde el área financiera, a partir de dicha asignación administrativa.

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación: Se debe ajustar la información de hoja de vida de indicadores del proceso, en cuanto a variables y fórmula de cálculo; que permita dar mayor claridad respecto a las fuentes de información consultadas para extraer los datos; se hace importante discriminar el seguimiento para: Gastos de inversión - Gastos de funcionamiento; a fin de que represente un insumo importante para la toma de decisiones dentro de la entidad.

- Se debe normalizar mediante información documentada la actividad de solicitud de documentos presupuestales (Certificados de Disponibilidad y Registros Presupuestales) que permita identificar responsable de la información, solicitante; entre otros.

DESARROLLO ORGANIZACIONAL

7.5 Información documentada No se evidencia de manera documentada dentro del Sistema, lo relacionado con las actividades de cumplimiento al SGSST dentro de la entidad, que permita visualizar los avances en su implementación e indicadores de seguimiento relevantes para el proceso.

- Se debe dar cumplimiento a la aplicación de evaluaciones semestrales de desempeño, ya que no se evidencia su aplicación en el momento de la auditoría.

JURÍDICA Y CONTRATACIÓN

8.2.4 Planificación de los cambios Se informa cambio de denominación de la dependencia y cargo del líder por “Secretaría general” para el cual no se evidencia la respectiva planificación de los cambios dentro del sistema.

ACTIVIDAD FÍSICA SALUDABLE E INCLUYENTE

8.2.4 Planificación de los cambios Fortalecer la planificación de cambios dentro del proceso, principalmente en cuanto a la información documentada que se utiliza por parte del mismo, mejoras en la caracterización, entre otros.



DESCRIPCIÓN NO CONFORMIDADES Y/O OBSERVACIONES

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	DATO	REQUISITO	RIESGOS ASOCIADOS	NC/O	# PA
La información documentada revisada tanto en la preparación de la auditoría como en las actividades en sitio presenta falencias y vacíos respecto a algunas actividades que se desarrollan a nivel de apoyo en la entidad y que son importantes dentro de la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad para la entidad.	<p>Se evidenció que para el caso de actividades y/o procedimientos de apoyo como:</p> <ul style="list-style-type: none">- Gestión información y TICS. (soporte, mantenimiento, gestión de la digital etc)- SGSST- Almacén e inventarios.- Apoyo a la supervisión.- Nómina <p>No se observa la información documentada dentro del Sistema de Gestión de la calidad que permita evidenciar a que proceso pertenecen estas, los registros documentados e indicadores asociados a las mismas; que son de gran importancia para la mejora continua del sistema y el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.</p>	<p>7.5 Información documentada</p> <p>Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG Decreto 1499 de 2017</p>	<ul style="list-style-type: none">- Incumplimiento de los objetivos (institucionales y por proceso)- Materialización de riesgos.- Incapacidad para prevenir o reducir efectos no deseados.- Pérdida de la Certificación que actualmente se tiene para el SGC.	NC1	



<p>Se evidencian falencias y vacíos en la definición clara y documentada de roles y responsabilidades para el SGC dentro de la entidad.</p>	<p>No se establecen de forma documentada los roles y responsabilidades del SGC dentro de la entidad. - Matriz roles y responsabilidades.</p> <p>Esto se ve evidenciado en la realización de actividades bajo roles confusos dentro de los procesos, falta de claridad en algunas asignaciones administrativas a la luz del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>	<p style="text-align: center;">5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incumplimiento de los objetivos (institucionales y por proceso) - Materialización de riesgos. - Incapacidad para prevenir o reducir efectos no deseados. - Pérdida de la Certificación que actualmente se tiene para el SGC. 	<p style="text-align: center;">NC2</p>	
<p>No se evidencia dentro del periodo la información documentada para el registro y tratamiento del producto y/o servicio no conforme en los diferentes procesos, sin embargo, se argumenta la ocurrencia de estos durante la auditoría in situ.</p>	<p>No se observa medición del indicador "salidas no conformes" para el periodo actual, derivado de la no aplicación del procedimiento por parte de los diferentes procesos del SGC.</p>	<p style="text-align: center;">8.7 Control de las salidas no conformes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incumplimiento de los requisitos de la norma asociados con control del servicio no conforme. - Materialización de riesgos. - Incapacidad para prevenir o reducir efectos no deseados. - Pérdida de la Certificación que actualmente se tiene para el SGC. 	<p style="text-align: center;">NC3</p>	



INFORME DE AUDITORÍAS

CÓDIGO: FTO-066

VERSIÓN: 04

Fecha de actualización: 17 de febrero de 2020



Alcaldía de Rionegro
Departamento de Antioquia

<p>No se encuentran documentados dentro del SGC de la entidad los requisitos legales para los diferentes procesos, que permita determinar el grado de cumplimiento de los mismos, así como el seguimiento y actualización bajo cambios normativos.</p>	<p>No se evidencian los Requisitos legales y normativos-aplicables para la entidad y cada uno de sus procesos documentados mediante normogramas o integrados a las caracterizaciones, que permitan realizar un monitoreo permanente del cumplimiento de los requisitos legales; así como su actualización permanente. Se documentan únicamente los requisitos relacionados en la norma ISO 9001:2015, al ser una entidad de carácter público se ampliar este alcance.</p>	<p>8.2.2 Determinación de los Requisitos para los productos y servicios</p>	<p>- Incumplimiento de requisitos normativos que deriven en observaciones pro parte de entes de control.</p> <ul style="list-style-type: none">- Materialización de riesgos.- Incapacidad para prevenir o reducir efectos no deseados.- Pérdida de la Certificación que actualmente se tiene para el SGC.- Desconocimiento normativo para la el desarrollo de funciones misionales y administrativas.	<p>NC 4</p>	
--	---	--	--	-------------	--



INFORME DE AUDITORÍAS
CÓDIGO: FTO-066
VERSIÓN: 04
Fecha de actualización: 17 de febrero de 2020



Se evidencian incumplimientos en los cronogramas documentados por la entidad para realización de la auditoría interna	Se realiza una programación muy ajustada de la auditoría interna que no permite holgura en cuanto al procesamiento debido de la información con respecto a la retroalimentación que debe darse a la auditoría externa.	9.2 Auditoría interna	Materialización de riesgos. - Incapacidad para prevenir o reducir efectos no deseados. -Deficiencias en controles y seguimiento a la planificación.	OB 5	
---	--	-----------------------	---	------	--

OBSERVACIONES:

El presente informe resume la información con respecto a los hallazgos encontrados durante la auditoría interna del SGC, consolidando la información de los requisitos asociados a diferentes procesos del SGS. Se sugiere revisar las listas de chequeo individuales por proceso.

GESTIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA

Considerando los objetivos trazados en la planeación de la auditoría mediante el Plan y Programa correspondientes, se determina su cumplimiento, así:

1 OBJETIVOS

- *Verificar el desempeño de los procesos y la prestación del servicio en términos de eficiencia, eficacia y efectividad y conforme al ciclo PHVA de cada proceso en cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2015.*: La auditoría fue realizada siguiendo el ciclo PHVA en cada uno de los procesos, este flujo es soportado mediante la documentación de cada una de las listas de chequeo por proceso.
- *Establecer la eficacia, pertinencia y adaptación al cambio del Sistema de Gestión de la Calidad, abordando diferentes criterios de la norma*: Se evidencia que debe fortalecerse de manera general dentro del sistema la aplicación del procedimiento de control de cambios dentro de la entidad, de tal manera que se garantice la integridad del SGC.
- *Verificar el enfoque basado en riesgos del Sistema de Gestión y Seguimiento e implementación de acciones preventivas y correctivas por parte de la entidad*: Se evidencia en cada una de las auditorías realizadas a los procesos la aplicación efectiva de la metodología para la gestión del



riesgo emitida en diciembre de 2020 por el DAFP, los mapas de riesgos actuales cumplen tanto con estos requisitos como con los de la NTC ISO 9001:2015 en su numeral 6.1 “Acciones para abordar riesgos y oportunidades” se invita a la entidad a continuar realizando el seguimiento periódico a los mismos, que permita el fortalecimiento de la gestión institucional mediante esta herramienta.

- *Retroalimentar a la entidad Resultados obtenidos en la auditoría interna mediante informe de corte cuantitativo y cualitativo que permita la toma efectiva de decisiones desde la alta dirección: Se realiza retroalimentación de los resultados obtenidos a la líder de mejoramiento, líderes de los procesos y la alta dirección de la entidad mediante informe, actas y reunión de cierre de la auditoría interna con la participación de los mencionados.*

2. ALCANCE

Aplica para todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto Municipal de Educación Física, Deporte y Recreación – IMER, desde la planificación, hasta su ejecución y verificación de resultados de la gestión, para el período comprendido entre el 01 de julio de 2021 al 30 de junio de 2022.

Exclusiones: Numeral 8.3 Diseño y desarrollo de productos y servicios

- Se da cumplimiento al alcance trazado en la planificación de la auditoría interna vigencia 2022, evaluando los aspectos abordados en los objetivos y requisitos de la norma para todos los procesos del SGC del IMER.

3. RIESGOS MATERIALIZADOS:

Tiempo insuficiente para la preparación y realización de las auditorías

Controles:

Verificación efectiva de la información documentada de cada proceso en tiempo adicional a la auditoría en sitio que permita mayor amplitud en la auditoría; se incluye observación específica en el proceso de mejoramiento respecto a la planeación de auditorías internas

4. RESULTADOS

En el desarrollo de la auditoría se concluye el análisis de la conformidad del sistema de gestión de la calidad, obteniendo los siguientes resultados:

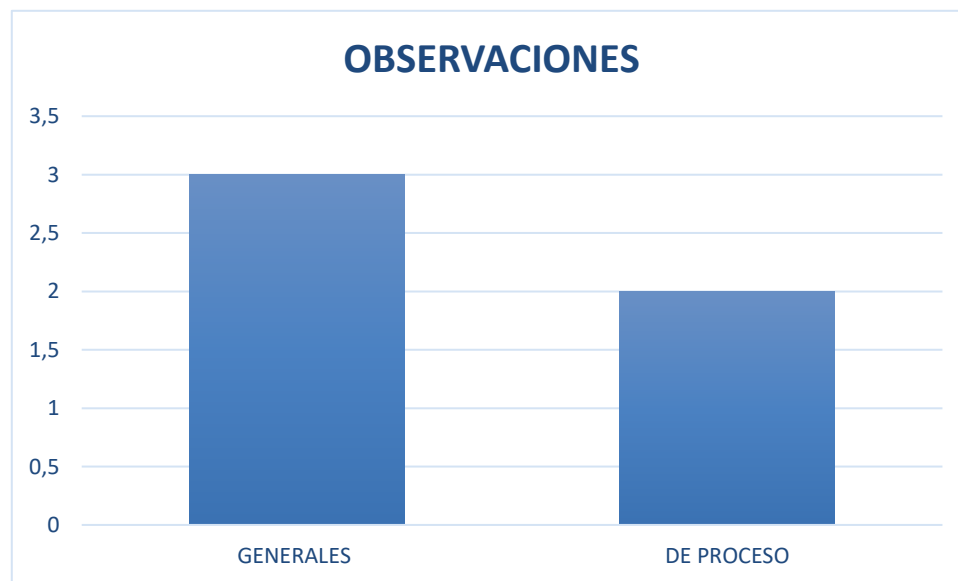
- Veintinueve (29) oportunidades de mejora
- Cinco (5) observaciones
- Cuatro (4) no conformidades



OPORTUNIDADES DE MEJORA POR PROCESO



CLASIFICACIÓN OBSERVACIONES



EFICACIA: El Sistema de Gestión de la Calidad del IMER, su política y objetivos se encuentran alineados eficazmente con la misión y visión de la organización, en miras al cumplimiento de metas y objetivos definidos en la planeación estratégica del instituto. Cada uno de los procesos del SGC tiene un objetivo claramente definido en la organización, lo cual permite



INFORME DE AUDITORÍAS
CÓDIGO: FTO-066
VERSIÓN: 04
Fecha de actualización: 17 de febrero de 2020



al lograr su articulación; entregar servicios con eficacia y efectividad a la población rionegrera, en pro de la mejora de su calidad de vida.

CONVENIENCIA: El Sistema de Gestión de la Calidad del IMER se encuentra enfocado en brindar servicios de calidad a la ciudadanía, garantizando que se cumplen sus necesidades y expectativas, y buscando en todo momento aumentar la satisfacción de sus grupos de interés. Los procesos del SGC generan valor a través del desarrollo de estrategias innovadoras que aportan al desarrollo integral de los ciudadanos en cada una de sus etapas vitales

ADECUADO: El Sistema de Gestión de la Calidad del Instituto se adecúa a los requisitos normativos para el tipo de entidad, dando cumplimiento a los requisitos aplicables dentro de la norma ISO 9001:2015, se debe fortalecer la cultura de seguimiento y mejoramiento continuo desde la medición de satisfacción del usuario, para garantizar mejoras efectivas en el desempeño de sus procesos y calidad en los servicios entregados a la comunidad.

Firma Auditor

Laura Melisa Arroyave Flórez