



<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b> 24	<b>Mes:</b> 06	<b>Año:</b> 2015
-------------------------------------	----------------	----------------	------------------

<b>Proceso:</b>	MEJORA CONTINUA
<b>Procedimiento:</b>	- Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora MC-P-001, - Gestión del Riesgo MC-P-003 - Control de Producto No Conforme MC-P-004
<b>Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):</b>	HEYDA LUZ TORRES TORRES – Jefe Oficina Asesora de Planeación.
<b>Objetivo de la Auditoría:</b>	Realizar la auditoría al Proceso de Mejora Continua de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, con el fin de verificar el cumplimiento del objetivo del proceso.  <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b>  1. Verificar el cumplimiento de los procedimientos que despliegan el proceso objeto de la auditoría. 2. Realizar seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora a partir de las verificaciones del proceso y de las recomendaciones realizadas por auditorías, cambios normativos y/o autogestión. 3. Verificar la actualización del normograma del proceso auditado. 4. Realizar análisis de riesgos incluyendo su valoración y controles. 5. Realizar seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la CGR. 6. Realizar el seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción Anual, en lo pertinente al primer cuatrimestre de 2015.
<b>Alcance de la auditoría:</b>	Verificación de la gestión adelantada por la Oficina Asesora de Planeación, durante el periodo comprendido entre el 01 de julio de 2014 y el 30 de abril de 2015 en cumplimiento de los objetivos del proceso y de acuerdo con las normas establecidas.

<b>Jefe oficina de Control Interno</b>	<b>Auditor Líder</b>
Myriam Herrera Duran	Lissette Cervantes Martelo Myriam Cala Castro

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre						
Día	14	Mes	04	Año	2015	Desde	05/05/2015	Hasta	30/05/2015	Día	23	Mes	06	Año	2015
							D/M/A		D/M/A						

## TABLA DE CONTENIDO

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA .....	3
1. METODOLOGÍA .....	3
2. DESARROLLO DEL INFORME .....	3
2.1 Verificar el cumplimiento de los procedimientos que despliegan el proceso objeto de la auditoría:	4
2.1.1 - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora MC-P-001 .....	4
2.1.2 - Gestión del Riesgo MC-P-003 .....	5
2.1.3. - Control de Producto No Conforme MC-P-004 .....	6
3. Realizar seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora a partir de las verificaciones del proceso y de las recomendaciones realizadas por auditorías, cambios normativos y/o autogestión. ....	8
4. Verificar la actualización del normograma del proceso auditado.....	12
5. Realizar análisis de riesgos incluyendo su valoración y controles. ....	13
6. Realizar seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la CGR. ....	14
7. Realizar el seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción Anual, en lo pertinente al primer cuatrimestre de 2015.....	17
6. CONCLUSIONES .....	19



## DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

### 1. METODOLOGÍA

- Se generó el plan de auditoría, estableciendo entre otros aspectos, los objetivos, alcance y actividades a ejecutar, el cual fue comunicado a la Oficina Asesora de Planeación mediante memorando 20151400039703 del 5 de mayo de 2015.
- Seguidamente, se requirió a través de correo electrónico las evidencias correspondientes al seguimiento de las observaciones realizadas en el informe de auditoría de la vigencia 2014, así como el seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la CGR.
- Posteriormente, se realizó la verificación inicial del cumplimiento de las actividades de los procedimientos que hacen parte del proceso Gestión Mejora Continua, así como seguimiento al plan de acción a través de las herramientas tecnológicas dispuestas, como el Sistema de Gestión documental ORFEO, SISGESTION, y Sistema Integrado de Gestión y Mejora SIGME.
- Como resultado de las pruebas de auditoría adelantadas, se proyectó el presente informe final de auditoría de Gestión al proceso de Gestión Mejora Continua.

### 2. DESARROLLO DEL INFORME

La Oficina de Control Interno de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, en cumplimiento de las funciones encomendadas por la Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado, lo mismo que el Programa Anual de Auditorías Internas para la vigencia 2015 y con el fin de valorar en forma permanente la efectividad del control interno y la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, realiza auditoría interna de gestión al proceso de Gestión Mejora Continua y a los procedimientos, Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora MC-P-001, Gestión del Riesgo MC-P-003 y Control de Producto No Conforme MC-P-004 , durante el período comprendido entre el 01 de julio de 2014 y el 30 de abril de 2015.

Con base en plan de auditoria, previamente aprobado por la jefe de la Oficina de Control Interno, los puntos objeto de auditoría fueron los siguientes:



## **2.1 Verificar el cumplimiento de los procedimientos que despliegan el proceso objeto de la auditoría:**

### **2.1.1 - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora MC-P-001**

Realizada la verificación en lo que respecta a la aplicación del procedimiento, se puede establecer que resulta adecuado para su objetivo y se evidencia que todos los procesos de la entidad aplican correcciones, acciones correctivas o acciones preventivas en sus procesos de forma regular.

La Oficina de Control Interno en cada auditoría de gestión tiene como aspecto fijo del plan de auditoría, la revisión de las ACPM del proceso o Dirección Territorial que se esté auditando en el periodo comprendido en el alcance tal como se encuentra establecido en las políticas de operación del procedimiento de auditorías internas. Fruto de esta revisión se determina la eficacia de las acciones tomadas por el proceso en el plan de acción de cada Acción Correctiva, Preventiva y de mejora - ACPM.

El enfoque de esta auditoría entonces se centra en el control que lleva el área encargada de este procedimiento que es la Oficina Asesora de Planeación frente a la correcta aplicación del procedimiento.

Se trabajó con una muestra de seis de los 16 procesos compuesta por dos procesos estratégicos, dos misionales y dos de apoyo.

Con cada proceso tomado se analizaron las ACPM que tuvieran alguna fecha correspondiente al periodo del alcance de esta auditoría, es decir del 1 de julio de 2014 a 30 de abril de 2015.

Los procesos analizados fueron Direccionamiento estratégico, mejora continua, intervención, participación ciudadana (subproceso), gestión del talento humano y control disciplinario interno.

**Observación:** Se evidenciaron las siguientes debilidades de control en las ACPM:

- Se aceptan acciones preventivas sin análisis de causas, caso AP\_DE\_002 y AP\_PC\_01.
- Se cargan al SIGME, en la relación de ACPM acciones con fechas de cierre definidas, pero sin evidencia de cierre al interior de la ACPM. Casos AC\_DE\_002, C\_IT\_001, C\_IT\_002, C\_IT\_003, AC\_PC\_08, AP\_PC\_01, C\_PC\_02, C\_PC\_03, C\_PC\_04 y AP\_CD-04.
- Se presentan demoras significativas para los cierres por parte de la OAP, con relación a la culminación de actividades, caso:
  - AC\_MC\_023, acción cuyo plan de acción se cumple en su última actividad el 11 de abril de 2014, pero es revisada para cierre el 15 de abril de 2015.



- AC\_MC\_028, cuya última acción se cerró el 30 de septiembre de 2014 y se verificó el cumplimiento de las acciones del plan el 5 de mayo de 2015.
- Se presentan incoherencias en las fechas, casos:
  - C\_PC\_03 acción formulada el 29 de agosto de 2014 y finalizada el 28 de mayo de 2014 de 2014 (fecha anterior a la formulación)
  - C\_PC\_04 acción formulada el 29 de agosto de 2014, presenta actividades desde el 14 de mayo de 2014 (fecha anterior a la formulación),
- Se aceptan y se cargan al SIGME acciones verificadas en su eficacia por responsabilidad distinta a la establecida en el procedimiento, actividad 6, caso AC\_GH\_22, AC\_GH\_23, AC\_GH\_24, AC\_GH\_25, AC\_GH\_26, AP\_GH\_05 y AP\_GH\_06, todas verificadas en su eficacia por el director administrativo.

**Recomendación:** es necesario establecer controles que aseguren que las ACPM se ejecuten de acuerdo a lo establecido en el procedimiento.

### **2.1.2 - Gestión del Riesgo MC-P-003.**

De forma general se puede establecer que el procedimiento es adecuado para su objetivo ya que se rige por la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública y se evidencia que todos los procesos de la entidad tienen definidos su mapa de riesgos.

Dentro del procedimiento se obliga en la actividad 3, establecer la política de administración del riesgo, la cual se caracteriza porque debe contener lo siguiente: Los objetivos que se esperan lograr, las estrategias para establecer cómo se van a desarrollar a largo, mediano y corto plazo, los riesgos que se van a controlar, las acciones a desarrollar contemplando el tiempo, los recursos, los responsables y el talento humano requerido y, el seguimiento y evaluación a su implementación y efectividad.

**Observación:** Estas características de la política de riesgos, consignadas en el procedimiento, y que son dadas por el Manual Técnico del MECI 2014 fueron revisadas en la política de riesgos, establecida en el código de ética y buen gobierno de la Superintendencia, junto a lo desarrollado en este procedimiento y no se evidencia que se definan los objetivos que se esperan lograr con la implementación de la política de riesgos.

**Recomendación:** Asegurar que la política de riesgos de la entidad cumpla con los requisitos especificados en el Manual Técnico del MECI 2014 y en el procedimiento de gestión del riesgo.



Por otra parte y en concordancia con las políticas de operación del procedimiento de auditorías, la Oficina de Control Interno evalúa como aspecto fijo del plan de auditoría la revisión de los riesgos del proceso que se esté auditando en el período comprendido en el alcance. Esta revisión comprende la alineación de los riesgos identificados con los puntos de control, el análisis de causas y efectos, la valoración de los controles y la gestión de los planes de acción tomados.

Teniendo en cuenta que cada líder de proceso es responsable de actualizar sus mapas de riesgos y que la Oficina Asesora de Planeación es la líder de este proceso, responsable de asesorar y controlar el cumplimiento de sus actividades, se revisa una muestra de seis de los 16 procesos compuesta por dos procesos estratégicos, dos misionales y dos de apoyo.

**Observación:** Al analizar los mapas de riesgos, se evidenció que sus versiones presentan la siguiente revisión:

- Proceso de direccionamiento estratégico fue revisado el 5 de septiembre de 2014
- Proceso de comunicaciones fue revisado el 8 de septiembre de 2014
- Proceso de vigilancia fue revisado el 18 de septiembre de 2014
- Proceso de control fue revisado el 18 de septiembre de 2014
- Proceso de gestión jurídica fue revisado el 17 de diciembre de 2013
- Proceso de gestión de tecnologías de información fue revisado el 9 de abril de 2015

Lo cual no da cumplimiento a la política de operación establecida, que indica que los mapas se deben revisar y ajustar en junio y diciembre, evidenciando debilidad en los controles.

**Recomendación:** Fortalecer y documentar los controles que permitan asegurar la revisión y ajuste de los mapas de riesgos en la periodicidad definida.

### **2.1.3. - Control de Producto No Conforme MC-P-004**

En la revisión de este procedimiento se evidencia que el documento cumple con las disposiciones dadas en la NTCGP 1000:2009, numeral 8.3, en cuanto a la disposición, dada en la actividad 1 que se debe establecer en todos los subprocesos y procedimientos las disposiciones relativas al control del producto no conforme.

Sin embargo en el informe ejecutivo de control interno, reportado al DAFP en el aplicativo on line, radicado 20151400016973 de 27 de febrero de 2015 y presentado posteriormente al Comité de Coordinación de Control Interno, se presentaron las debilidades, dentro de las cuales figura la 2, que reza:



*“Las políticas operacionales en algunos procesos, misionales y de apoyo no se relacionan dentro del documento del proceso. Las políticas de operación definen los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de administración del riesgo y de otros procesos previamente establecidos por la entidad. Ningún Subproceso lo tiene previsto en el formato y algunos subprocesos no tienen documentación adicional (procedimientos) para especificar las políticas operacionales. Los instructivos no presentan tampoco políticas operacionales”*

Con esto se evidenció que algunos procesos, desplegados en subprocesos y/o procedimientos y/o instructivos no tenían definidas las características que permitiesen la identificación del producto no conforme.

Los procesos que se vieron afectados por no tener control del producto no conforme fueron:

- Proceso Inspección IN-PR-001 - Procedimiento Zonas especiales IN-P-002: el espacio de políticas operacionales está en blanco.
- Proceso Intervención – Subproceso Seguimiento y Monitoreo a Empresas en Toma de Posesión SM-SP-001 y Subproceso Ejecución de la Orden de Toma IT-SP-002. No lo tiene especificado.

En la fecha del 29 de mayo de 2015, esta situación continúa igual

**Observación:** Se evidencia que los procesos misionales no están establecidas las características del producto no conforme. Esto se presenta de manera puntual para:

- Proceso Inspección IN-PR-001 - Procedimiento Zonas especiales IN-P-002: el espacio de políticas operacionales está en blanco.
- Proceso Intervención – Subproceso Seguimiento y Monitoreo a Empresas en Toma de Posesión SM-SP-001 y Subproceso Ejecución de la Orden de Toma IT-SP-002. No lo tiene especificado.

Es de anotar que en el Comité de Coordinación de Control Interno se determinó dar solución a las debilidades presentadas.

**Recomendación:** Establecer, en todos los documentos cuya aplicación genere productos hacia los destinatarios, beneficiarios y usuarios de la Superservicios, las características de la calidad para determinar, disponer y registrar los productos que no cumplan con dichas características.

Igualmente en aras de los principios establecidos en la Ley de transparencia, se recomienda publicar los consolidados de los reportes de los productos no conformes.



**3. Realizar seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora a partir de las verificaciones del proceso y de las recomendaciones realizadas por auditorías, cambios normativos y/o autogestión.**

- **Seguimiento a las acciones implementadas con respecto al informe de auditoría de gestión realizada al proceso de Gestión Mejora Continua según radicado No. 20141400053883 del 11 de junio de 2014.**

Durante la vigencia 2014 la Oficina de Control Interno realizó auditoría de gestión al proceso de Gestión Mejora Continua, cuyo informe final fue enviado a la Oficina Asesora de Planeación mediante radicado No. 20141400053883 del 11 de junio de 2014.

Resultado de la auditoría de la vigencia 2014 la Oficina de Control Interno plasmó once observaciones con sus correspondientes recomendaciones, las cuales fueron consolidadas en el formato SG-F-008 "consolidado observaciones y recomendaciones auditorías internas de gestión" y se remitió al responsable del proceso para que se propusieran las acciones correctivas preventivas y de mejora y se diligenciaran las columnas H, I, J, K, de conformidad con lo señalado en el proceso de gestión mejora continua.

Mediante correo electrónico del 22/05/2015 la Oficina Asesora de Planeación, remitió la matriz indicando los avances que se habían realizado. De las once observaciones, solo dos fueron documentadas como ACPM.

CLASE	FUENTE EXTERNA	FECHA	Fecha finalización ACPM	Fecha cierre ACPM	ESTADO
CORRECTIVA	AC-MC-028	08/09/2014	30/09/2014	06/05/2015	CERRADA
CORRECTIVA	AC-MC-030	14/10/2014	31/07/2015		ABIERTA

De las dos acciones documentadas solo una se encuentra cerrada a la fecha del presente informe:

- **Acción correctiva AC-MC-028:** la última acción se cerró el 30 de septiembre de 2014 y se verificó el cumplimiento de las acciones del plan el 5 de mayo de 2015. Esta acción tiene que ver con la desactualización del listado maestro de documentos, para lo cual se toman acciones que son analizadas en su eficacia en el apartado de ACPMs de este informe.

A manera de recomendación, la Oficina de Control Interno considera que toda vez que este documento forma parte integral de los documentos del proceso publicados en SIGME, este debe estar disponible en el mismo para consulta y conocimiento. Teniendo en cuenta que al intentar consultarlo el formato aparece en blanco, por lo cual se podría ver afectado el cumplimiento de la ley 1712 de 2014, el cual en su "artículo estipula: 2°. Principio de máxima





publicidad para titular universal. Toda información en posesión, bajo control o custodia de un sujeto obligado es pública y no podrá ser reservada o limitada sino por disposición constitucional o legal, de conformidad con la presente ley”.

De igual forma también podría afectar el Principio de transparencia establecido en el artículo 3º de la mencionada Ley conforme al cual toda la información en poder de los sujetos obligados se presume pública. En consecuencia, dichos sujetos están en el deber de proporcionar y facilitar el acceso a la misma en los términos más amplios posibles y a través de los medios y procedimientos que al efecto establezca la ley, excluyendo solo aquello que esté sujeto a las excepciones constitucionales y legales y bajo el cumplimiento de los requisitos establecidos.

Adicionalmente, se evidenció que las otras nueve observaciones producto de la auditoría de gestión realizada en la vigencia de 2014, no se documentaron contradiciendo el plan de mejoramiento suscrito con la CGR, en respuesta al hallazgo HD13 que cita: “HD13.Optimización SIGME - Mejora Continua Las observaciones presentadas por la Oficina de Control Interno, entre otros organismos de control, no se formalizan en el procedimiento diseñado para esto en SIGME: “ACCIONES, CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA”, herramienta para consignar las acciones de mejora que deben proponer las diferentes áreas y/o responsables de los procesos”.

**Observación:** Una vez realizado el seguimiento a las acciones de mejora implementadas por el Procedimiento Gestión Mejora Continua, con ocasión del último informe de auditoría de gestión de la Oficina de control Interno, no se logró evidenciar en SIGME, la formulación de acciones correctivas, preventivas y de mejora conforme lo establecido en el procedimiento MC-P-001 en cumplimiento del hallazgo de la contraloría No. HD13.

**Recomendación:** Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, realizar las acciones pertinentes con aplicación del procedimiento denominado “Acciones correctivas, preventivas y de mejora”, las metodologías sugeridas y los instrumentos propuestos en el SIGME del Proceso de Mejora Continua. Por tanto esta oficina continuará con el seguimiento a las ACPM que se implementen en relación con las observaciones y recomendaciones efectuadas en el presente informe.

- **Seguimiento a las Acciones Correctivas Preventivas y de Mejora cerradas durante el 2014.**

Para la vigencia de 2014, el proceso dio cierre a 9 acciones de las cuales 7 son correctivas, 1 preventiva y 1 corrección:

Clase	Fuente Interna	Fecha	Fecha de finalización	Estado
CORRECTIVA	<u>AC-MC-023</u>	10/03/2014	11/04/2014	cerrada
CORRECTIVA	<u>AC-MC-024</u>	11/03/2014	30/06/2014	cerrada



CORRECTIVA	<u>AC-MC-025</u>	08/09/2014	30/11/2014	cerrada
CORRECTIVA	<u>AC-MC-026</u>	08/09/2014	30/11/2014	cerrada
CORRECCION	<u>C MC 005</u>	05/05/2015	28/04/2015	cerrada
PREVENTIVA	<u>AP-MC-04</u>	11/03/2014	30/12/2014	cerrada
CORRECTIVA	<u>AC-MC-031</u>	29/09/2014	08/10/2014	cerrada
CORRECTIVA	<u>AC-MC-035</u>	23/10/2014	31/03/2015	cerrada
CORRECTIVA	<u>AC-MC-022</u>	01/12/2013	30/08/2014	cerrada

Además de las acciones que ya se cerraron, la Oficina Asesora de Planeación tiene 12 ACPM abiertas con fecha de cierre durante el 2015, por tanto esta oficina continuará con el seguimiento a las acciones que se implementen para cerrarlas verificando su eficiencia y efectividad.

Con respecto a las que ya se cerraron se realizó una verificación aleatoria encontrando lo siguiente:

- **AC\_MC\_023:**

“El seguimiento al número de QRS no se realizó conforme a lo establecido en el procedimiento Gestión de Quejas, Reclamos y Sugerencias de acuerdo con los Informes de atención de quejas, reclamos y sugerencias radicados 20131400054363 y 20141400011583, y el Informe de auditoría de calidad al proceso de Gestión Mejora Continua (documento 0015 perteneciente al expediente 2013120560200003E)”

La causa raíz para esta ACPM no guarda relación directa con las causas analizadas. Es una acción cuyo plan de acción se cumple en su última actividad el 11 de abril de 2014, pero es revisada en cuanto al cumplimiento del plan el 15 de abril de 2015.

Adicionalmente en la actividad No. 1 se programa la elaboración de una resolución y se programa la fecha de finalización el 21 de Marzo de 2014 pero la resolución hasta el 31 de marzo de 2014.

Sin perjuicio de las observaciones realizadas las acciones adelantadas se consideran eficaces.

- **AP-MC-04:**

“Posible ineficiencia en la gestión institucional y debilidad en la mejora continua”

De acuerdo con el alcance planteado se considera que las acciones ejecutadas fueron eficaces.



- **AC-MC-024:**

“La Oficina Asesora de Planeación para el 2013 estableció dentro de su plan de acción como una de sus actividades la actualización del mapa de procesos ajustando los procesos bajo la estructura proceso-subproceso-procedimiento, e incluyendo los procesos de Inspección, Gestión de Conocimiento e Intervención de acuerdo con los análisis realizados por la Oficina de Planeación en los que se recomendó a la alta Dirección incluir estos procesos para complementar la cadena de valor de las funciones de la SSPD en el mapa de procesos. Conforme a los análisis técnicos y metodológicos de la Oficina Asesora de Planeación OAP, se determinó ajustar todos los descriptores de proceso-subproceso-procedimiento con el fin de identificar la interrelación procedimental bajo el esquema de Planear, Hacer, Verificar, Actuar PHVA. Durante el ajuste documental se recibieron más de 250 solicitudes de creación o actualización de documentos que fueron analizadas por los profesionales de la OAP, este cambio en la estructura documental a nivel de procesos, subprocesos y procedimientos generó eliminación/creación/actualización de documentos y formatos además de cambio de documentos entre procesos que se crearon o por la reorganización de los mismos bajo el esquema proceso-subproceso-procedimiento. Este cambio documental generó demoras en la actualización, aprobación y publicación de documentos, además que en los cambios en la codificación para algunos documentos, no se codificaron correctamente o la referencia de los mismos en los procesos, subprocesos y procedimientos no se realizó con los códigos establecidos.”

Se programó fecha de finalización de las actividades para el 30 de junio de 2014 y el cierre se realizó el 08 de septiembre de 2014. La causa raíz no se relacionó dentro del análisis de causas. Si bien el mapa de proceso se encuentra actualizado, se considera que se debieron incluir actividades específicas para los nuevos procesos y procedimientos teniendo en cuenta que en esas auditorías se detectaron los mayores inconvenientes.

- **AC-MC-025:**

“La situación se presenta por la debilidad en el sistema de gestión de generar alertas sobre el cierre de acciones correctivas, preventivas o de mejora. La situación se presentó en la vigencia 2012 (acción correctiva AC-MC-18) y en el 2013 con las No conformidades detectadas en la auditoría realizadas en la vigencia 2013 a los procesos de: Vigilancia, subproceso Servicio al ciudadano, Control disciplinario, Gestión mejora continua.”

La última acción se cerró el 30 de noviembre de 2014 y se verificó el cumplimiento de las acciones del plan el 4 de diciembre de 2014. Las acciones que se tomaron para eliminar la causa raíz se consideran eficaces.



#### **4. Verificar la actualización del normograma del proceso auditado.**

##### **NORMOGRAMA PROCESO MEJORA CONTINUA**

El normograma es un instrumento que permite a las entidades delimitar su ámbito de responsabilidad, tener un panorama claro sobre la vigencia de las normas que regulan sus actuaciones, evidenciar las relaciones que tiene con otras entidades en el desarrollo de su gestión, identificar posible duplicidad de funciones o responsabilidades con otros entes públicos y soportar planes, programas, procesos, productos y servicios.

**Observación:** Al verificar el normograma del proceso Mejora Continua, se evidenció que se encuentra desactualizado, dado que no se identifican normas que soportan el proceso. Se relacionan a continuación algunas normas identificadas durante el proceso auditor:

- Resolución 20081300036805 del 22 de agosto de 2008, por medio de la cual se adoptó el mapa de procesos de la entidad.
- Circular 06 del 27 de junio de 2005, del DAFP "Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Las Entidades del Estado Obligadas por la Ley 872 De 2003, su Decreto 4110 De 2004 y la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP 1000:2004"
- Decreto 19 del 10 de enero de 2012, "Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública."
- Ley 962 de 2005 "Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos."
- Decreto 2150 de 1995, por el cual se suprimen y reforman regulaciones, procedimientos o trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
- Ley 1450 de 2011 "por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014."
- Decreto 2693 de 2012, "Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Estrategia de Gobierno en Línea de la República de Colombia, se reglamentan parcialmente las Leyes 1341 de 2009 y 1450 de 2011, y se dictan otras disposiciones."

Por otro lado se pudo observar que el Decreto 1599 de 2005, se encuentra Derogado.

Por su parte , el Instructivo para la elaboración y control de la documentación del sigme establece: "Los documentos externos, que obedezcan a la normativa **asociada** al proceso, se identifican en los descriptores del proceso y subproceso y en el formato normograma MC-F-014", lo anterior es contradictorio con la explicación por parte de la OAP donde mencionan que se relacionaran las normas que tengan aplicación directa al proceso.

**Recomendación:** Teniendo en cuenta que en la vigencia 2013, uno de los hallazgos<sup>1</sup> de la Contraloría General de la República se generó debido a que la Superintendencia no disponía de un

<sup>1</sup> HD16 Normograma: La Superintendencia no dispone de un normograma tal como lo establece el Decreto 1599 de 20 de mayo de 2005 y en la etapa 4 del manual de Implementación del Departamento Administrativo de la Función Pública.

normograma, tal como lo establecía el Decreto 1599 de 20 de Mayo de 2005, se recuerda que es deber de la entidad en cabeza de sus líderes de proceso, mantener actualizado el marco legal de la superintendencia. Es de anotar, que de acuerdo con lo establecido en el informe final de la CGR de la vigencia 2013<sup>2</sup>, la acción propuesta para este hallazgo no fue cumplida.

Cabe mencionar, que el 21 de mayo se expidió el decreto 943 de 2014, por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno -MECI-; dicho modelo tiene dentro de sus objetivos específicos, "identificar, el marco legal que le es aplicable a la organización, con base en el principio de autorregulación."<sup>3</sup>

### **5. Realizar análisis de riesgos incluyendo su valoración y controles.**

En la actualidad se encuentra publicada la quinta versión del mapa de riesgos del proceso de Gestión Mejora Continua, documento que tiene definido dos eventos de riesgo:

- Ineficiencia en la gestión institucional
- Falencias de los procesos del SIGME y ausencia de mejora continua.

Una vez realizado el estudio y análisis de dichos eventos y sus causas, se evidenció que existen procedimientos que se encuentran excluidos del proceso. Ejemplo.

- El proceso de mejora continua no establece como actividad de entrada la evaluación de desempeño laboral y comportamental de los funcionarios. Que trata la Ley 909 y sus Decretos Reglamentarios. Lo cual incide en la falta de mejora individual que se requiere para que el proceso sea efectivo.
- De igual forma se recomienda analizar la posibilidad de incluir en el mapa la identificación de otras causas del mismo tales como:
  - Inadecuada formulación de los planes de mejoramiento
  - Falta Seguimiento a los informes de auditoría.
  - Falta de seguimiento a los informes de auditorías de calidad.
  - Fala de identificación de los productos no conformes.
  - Falta de seguimiento a los informes de Entes de control y regulación.

Se recomienda realizar una nueva revisión al mapa de riesgos del proceso de mejora continua teniendo en cuenta que aún quedan por fuera causas del riesgo y otras actividades que deben ser incluidas para abarcar en su totalidad los eventos que puedan presentarse en el proceso y que impactan a la entidad como tal.

---

<sup>2</sup> Radicado No. 2014529067000-2

<sup>3</sup> Manual Técnico MECI 2014



## 6. Realizar seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la CGR.

De acuerdo con el Informe presentado por la Contraloría General de la República resultado de la Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral para vigencia 2013, la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, elaboró el Plan de Mejoramiento consolidado teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en el formato.

Dado lo anterior, se muestran a continuación las observaciones resultado del seguimiento al cumplimiento de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento a cargo de la Oficina Asesora de Planeación, con corte al 30 Abril de la presente vigencia:

**Hallazgo H9. Indicadores SSPD.** La SSPD no cuenta con un Plan Indicativo, Tabla o Cuadro de Mando Integral único que consolide indicadores que sirvan como herramienta gerencial para la evaluación de la Gestión.

Acción de Mejora: Actualizar e implementar el instructivo para la formulación y seguimiento a la planeación institucional considerando los conceptos de eficacia, eficiencia y efectividad.

Actividad: 1. Actualizar el instructivo PA-I-001 del proceso de Direccionamiento Estratégico.

Producto: El instructivo se publicó en enero de 2015 en el enlace [http://sigme.superservicios.gov.co/sigmecalidad/CALIDAD/MAPA\\_DE\\_PROCESO/DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO/SUBPROCESOS/PA\\_I\\_001\\_INSTRUCTIVO\\_FORMULACION\\_SEGUIMIENTO\\_PLANEACION\\_INSTITUCIONAL.pdf](http://sigme.superservicios.gov.co/sigmecalidad/CALIDAD/MAPA_DE_PROCESO/DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO/SUBPROCESOS/PA_I_001_INSTRUCTIVO_FORMULACION_SEGUIMIENTO_PLANEACION_INSTITUCIONAL.pdf)

Inicio: 15/01/2015 Fin: 15/02/2015

Comentario: el instructivo tiene fecha de publicación en enero de 2015 por lo que se puede considerar que se dio cumplimiento a la actividad en las fechas establecidas, sin embargo, la actividad menciona que en el instructivo se considerarían los conceptos de eficacia, eficiencia y efectividad los cuales no fueron descritos así como tampoco la elaboración de indicadores en ninguna parte del instructivo. En consecuencia, no se puede determinar el cumplimiento de la actividad propuesta.

Con las acciones se debe atacar la causa del hallazgo la cual establece: "Inexistencia de metodología para la definición de indicadores que permitan medir la gestión y desempeño institucional en los diferentes sistemas de información. Los indicadores definidos en los procesos no miden el desempeño de los mismos."

**Hallazgo H39. Ejecución Presupuestal varios Proyectos:** Llama la atención, la destinación de recursos de otros proyectos para atender los objetivos contemplados dentro del Proyecto "Esquema Regional", los cuales ascendieron a "2.532.7 millones. Lo anterior confirma lo observado en relación con las falencias de una adecuada planeación.

Acción de Mejora: Control y seguimiento por parte de la oficina Asesora de Planeación y la Dirección Financiera sobre la ejecución de recursos.



Actividad 1: Revisar las cadenas de valor de los proyectos para verificar que las actividades que se desarrollen correspondan a los objetos de cada proyecto

Producto: Se revisaron y actualizaron las cadenas de valor de los proyectos, cuya evidencia se visualiza en el expediente 2015120020800001E anexos 0025, 0026, 0075, 0088, 0095 y 0109.

Inicio: 01/01/2015 Fin: 28/01/2015

Comentario: La actividad se cumplió de acuerdo con el cronograma de actividades establecido y se da por cumplida la actividad No. 1. Para este hallazgo se continuará con la verificación de la actividad 2, la cual está programada hasta el 31 de diciembre de 2015.

**Hallazgo HA3. Implementación estrategia Gobierno en Línea – GEL:** Se establecen en el decreto 2693 de 2012 y el Manual GEL 3.1 los lineamientos generales de la Estrategia Gobierno en Línea, así como los plazos para que las entidades del orden nacional alcancen el 100% en la implementación de los seis componentes de la estrategia, esto en el año 2015.

Acción de Mejora: A partir de la matriz de Excel "Herramienta Simulación índice GEL Superservicios" con el seguimiento a cada uno de los requisitos de los seis componentes de la estrategia de GEL, realizar seguimiento y verificación a las actividades para el cumplimiento de los porcentajes de implementación de los componentes de la estrategia.

Actividad 1: Realizar diagnóstico del estado actual de los componentes de la estrategia Gobierno en línea con las dependencias responsables

Producto: El documento del plan de trabajo de la Estrategia Gobierno en Línea incluye los porcentajes de avance de los 6 componentes de la estrategia  
Z:\CALIDAD\GOBIERNO\_EN\_LINEA\_2008\_2009\2015\PLAN DE TRABAJO.

Inicio: 20/01/2015 Fin: 30/04/2015

Actividad 2: Solicitar a las dependencias la información requerida para el cumplimiento de la estrategia de gobierno en línea.

Inicio: 01/02/2015 Fin: 30/04/2015

Comentario: no se reportaron avances para esta actividad en la matriz remitida por la Oficina Asesora de Planeación y la actividad tuvo vencimiento el 30 de abril de 2015 por lo cual no fue posible evidenciar su cumplimiento.

**Hallazgo HA 15. Ejecución de proyectos:** Se observa demora en la ejecución de los proyectos de inversión, lo cual conllevó al incremento en el rezago presupuestal que a 31 de diciembre de 2013 ascendió a \$4.072 millones, es decir, el 16% del total del presupuesto de inversión (\$25.012 millones). De los cuales \$2.321.4 millones corresponden a cuentas por pagar y \$1.750.5 millones a Reserva.



Acción de Mejora: Realizar seguimiento a la ejecución de los proyectos de inversión

Actividad 1: Elaborar y enviar comunicado oficial a las empresas solicitando la presentación oportuna de la facturación

Producto: Los correos y comunicaciones remitidas relacionados con las facturas se aprecian en el enlace Z:\CALIDAD\CONTRALORIA\SOPORTES

Inicio: 01/01/2015 Fin: 01/03/2015

Comentario: la actividad se refiere a la elaboración de un comunicado oficial el cual debe estar sustentado en un radicado Orfeo. Este comunicado no se relacionó dentro de los productos de la actividad para su verificación.

**Hallazgo HAD 16. Gastos Administrativos con cargo a proyectos de Inversión.** En relación con el presupuesto de inversión para el año 2013, le fue asignada una apropiación inicial de \$25.912.4 millones distribuidos en 8 proyectos de inversión. Sin embargo, en 5 proyectos continúa la suscripción de contratos de prestación de servicios y/o de servicios profesionales a contratistas que ejercen

Acción de Mejora: Realizar seguimiento a la contratación por el rubro de inversión

Actividad 1: Elaborar circular interna definiendo los lineamientos que se deben tener en cuenta para el manejo presupuestal de las proyectos de inversión.

Producto: Circular emitida y enviada. Con radicado 20151200026913 del 30/03/15 se envió comunicación a los gerentes de proyecto y coordinadores temáticos de los proyectos de inversión con las directrices a tener en cuenta en la ejecución de los proyectos de inversión vigencia 2015.

Inicio: 01/01/2015 Fin: 31/03/2015

Comentario: La actividad propuesta se ejecutó dentro de los cronogramas establecidos.

Actividad 2: Verificar y actualizar los puntos de control y la documentación asociada a los procedimientos para la expedición de CDPS y de contratación de prestación de servicios por el rubro de inversión

Producto: Documentación actualizada y publicada en SIGME. Se inició la revisión con la Dirección Financiera del proceso de Gestión Financiera y el subproceso Control a la Ejecución del Gasto, cuya evidencia se observa en el expediente 2015120020800001E (control de asistencia revisión y actualización documentación proceso gestión financiera 09/04/2015)

Inicio: 01/01/2015 Fin: 31/03/2015

Comentario: La actividad se realizó por fuera de los cronogramas establecidos. La fecha de corte estaba programada con fecha de corte el 31 de marzo de 2015 y el control de asistencia que se registra como soporte de las reuniones realizadas tiene fecha de 9 de abril de 2015.



**Observación:** Se evidenciaron algunas debilidades en la ejecución y desarrollo de las actividades propuestas, así como en los productos obtenidos como resultado de estas acciones.

**Recomendación:** La Oficina Asesora de Planeación, debe adelantar las acciones y actividades suscritas en el plan de mejoramiento, de tal manera que permitan el cumplimiento y eliminación de los hallazgos encontrados por la Contraloría General de la República.

### **7. Realizar el seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción Anual, en lo pertinente al primer cuatrimestre de 2015.**

En virtud de lo establecido por el Decreto 775 de 2005, el cual en su artículo 36 estipula: "En el Plan Anual de Gestión se identificarán todos los proyectos, actividades y funciones que deberá desarrollar la Superintendencia y será la base para la concertación de objetivos y posterior evaluación de los servidores de carrera.

Dicho Plan incluirá de manera detallada todas las metas operativas institucionales e individuales y las acciones de mejoramiento a las que se comprometerá cada Superintendencia, el Superintendente y cada uno de los servidores públicos de la entidad, durante la vigencia del Plan."

Por tal razón, se en el presente informe se realiza la medición de los logros de la Oficina Asesora de Planeación partir del desarrollo de las tareas orientadas al cumplimiento del plan de acción suscrito para la vigencia de 2015 y la verificación de sus indicadores con el fin de evaluar si las metas establecidas fueron suficientes para el logro de los objetivos del área.

Para el año 2015, se programaron 44 actividades para ser ejecutadas por la Oficina Asesora de Planeación. De esas 44 actividades se verificaron aleatoriamente 6 de estas midiendo su eficacia y efectividad de la siguiente forma:

- **Actividad No.1 – código 537:** Realizar Apoyo / asesoría / seguimiento en la actualización de la documentación del SIGME.

Si bien en esta actividad se registra en Sisgestión un avance de las solicitudes recibidas mes a mes, también se registra que quedan rezagos pendientes los cuales no son relacionados como evacuados en el mes siguiente lo cual impide una medición efectiva del cumplimiento de las actividades.

- **Actividad No.2 - código 553:** Realizar Mejora / Seguimiento / Asesoría a los procesos y subprocesos de la entidad en la gestión de riesgos

En los meses de abril y mayo se reportó la revisión al mapa de riesgos de talento humano lo cual contradice el procedimiento que indica que se realizará una revisión semestral. Sin embargo, este doble reporte de la publicación no corresponde con la realidad debido a que el mapa de riesgos de talento humano presenta fecha de última actualización el 30 de abril de 2015, es decir en mayo no hay evidencia de haberse realizado ninguna modificación al mapa de riesgos de talento humano.



- **Actividad No. 3 – código 554:** Realizar Mejora / Seguimiento / Asesoría a los procesos y subprocesos de la entidad para la gestión de planes de acción

La Oficina de Control interno considera que debe registrarse como una actividad a demanda teniendo en cuenta que se trata de asesorías las cuales pueden ser requeridas por las áreas en cualquier momento del año, sin embargo la OAP considera que es una meta programada y establece como meta 209 lo que significa que mensualmente se debe reportar en el aplicativo Sisgestión un avance de 19.

Frente a este cumplimiento, se presenta un rezago para el mes de febrero pues no se cumplió con la meta programada. Según las explicaciones consignadas, para el mes de marzo se continuó realizando revisión de los reportes del mes de enero sin embargo el producto no presenta valor agregado. Lo mismo ocurre para el mes de mayo, el cual según las explicaciones consignadas, todavía se estaba realizando la revisión del reporte del mes de enero. Las explicaciones no son congruentes y obedecen a debilidades en el registro de la información.

- **Actividad No. 4 – código 559:** Realizar jornadas de apropiación sobre temas estratégicos, sistemas de gestión, gestión de proyectos, programas de gobierno.

Para el mes de mayo se registró exactamente la misma descripción de actividades que se reportó para el mes de abril y el avance fue el mismo. Se mantiene la observación.

- **Actividad No. 5 – código 538:** Realizar Mejora / Seguimiento / asesoría a los procesos misionales para el cumplimiento de requisitos de Producto No conforme.

El cumplimiento de esta actividad se encuentra acorde con las metas programadas.

- **Actividad No. 6 – código 574:** Coordinar y realizar seguimiento al plan de publicaciones con el proveedor de servicios y las dependencias responsables

La meta que se programó para esta actividad no es clara frente al producto que se pretende obtener como es: Gestión y seguimiento al plan de publicaciones. Esta actividad tiene una meta programa de 11 y según las explicaciones de la OAP esta actividad se refiere al plan de publicaciones 2014, sin embargo, para el mes de mayo no se registró avance debido a que el contrato terminó y el plan de publicaciones no ha sido aprobado. Los avances para la actividad no son claros.

**Observación:** Se presentan debilidades en el registro de los avances en la descripción de las actividades. Los avances reportados en Sisgestion deben realizarse de tal forma que sean acordes con las actividades realmente ejecutadas durante el mes.

**Recomendación:** Fortalecer la planeación principalmente en lo que respecta a la elaboración y programación del plan de acción, definiendo con claridad las metas y los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad. Los indicadores son el eje del plan y a través de los cuales se

puede medir la gestión. Atender ésta recomendación facilita el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos, sin posibilidades de desvío, minimizando el riesgo de incumplimiento o sobre ejecución inadecuada de metas.

## **6. CONCLUSIONES**

Como resultado de la anterior verificación se puede concluir que la gestión del proceso de Mejora continua en general es adecuada, sin perjuicio de las observaciones relacionada en el presente informe, sobre las cuales esta oficina propone las respectivas recomendaciones para que si a bien lo tiene la Administración las adopte o implemente otras que de todas formas conlleven a la mejora continua.

Se evidenciaron debilidades de control en las ACPM, así como también se presentan demoras significativas para los cierres por parte de la OAP, con relación a la culminación de actividades. Sumado a esto también se evidenció que se aceptan y se cargan al SIGME acciones verificadas en su eficacia por responsabilidad distinta a la establecida en el procedimiento, actividad 6.

Por esto se recomendó establecer controles que aseguren que las ACPM se ejecuten de acuerdo a lo establecido en el procedimiento.

No se evidencia que se definan los objetivos que se esperan lograr con la implementación de la política de riesgos dadas por el Manual Técnico del MECI 2014. Por lo tanto se recomendó asegurar que la política de riesgos de la entidad cumpla con los requisitos especificados en el Manual Técnico del MECI 2014 y en el procedimiento de gestión del riesgo.

De igual forma, al analizar los mapas de riesgos, se evidenció que las versiones correspondientes a su revisión, no dan cumplimiento a la política de operación establecida, que indica que los mapas se deben revisar y ajustar en junio y diciembre, evidenciando debilidad en los controles. Por lo tanto se recomienda fortalecer y documentar los controles que permitan asegurar la revisión y ajuste de los mapas de riesgos en la periodicidad definida.

En desarrollo de la auditoría, se evidenció que no están establecidas las características de los resultados de los procesos misionales del producto no conforme y en aras de los principios establecidos en la Ley de transparencia, se recomienda publicar los consolidados de los reportes de los productos no conformes.

Una vez realizado el seguimiento a las acciones de mejora implementadas por el Procedimiento Gestión Mejora Continua, con ocasión del último informe de auditoría de gestión de la Oficina de control Interno, no se logró evidenciar en SIGME, la formulación de acciones correctivas, preventivas y de mejora conforme lo establecido en el procedimiento MC-P-001 en cumplimiento del hallazgo de la contraloría No. HD13.

Por su parte, al verificar el normograma del proceso Mejora Continua, se evidenció que se encuentra desactualizado, dado que no se identifican normas que soportan el proceso. Y teniendo en cuenta que en la vigencia 2013, uno de los hallazgos de la Contraloría General de la República se generó debido a que la Superintendencia no disponía de un normograma, tal como lo establecía el Decreto 1599 de 20 de Mayo de 2005, se recuerda que es deber de la entidad en cabeza de sus líderes de proceso, mantener actualizado el marco legal de la superintendencia

Con respecto a la verificación efectuada al plan de acción, se presentan debilidades en el registro de los avances en la descripción de las actividades por lo que se recomendó mantener un control más adecuado conforme a las actividades que realiza la dependencia.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	Cargo	Firma
Miriam Herrera Duran	Jefe Oficina Control Interno	