

PROCEDIMIENTO A05. REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD POR LA DIRECCIÓN	INFORME DE REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: A05-F02
		Versión: 2
		Fecha: 09/12/2014
FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO 22 DE 2017	PERIODO EVALUADO: DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE	AÑO: 2016

ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y METODOLOGÍA PARA LA REVISIÓN DEL SGC

a. Resultados de las Auditorías Internas Integradas: En la vigencia 2016 se llevó a cabo la ejecución del Plan de Auditorías Internas Integradas, con el cual se auditaron todos los procesos (8) y procedimientos (35) del S.G.C. de la Entidad, detectándose ocho (8) No Conformidades en los procesos de D01. Auditorías (2); D02. Responsabilidad Fiscal (3); D03. Participación Ciudadana (2); y F. Gestión de Recursos Físicos, Financieros - Tecnológicos (1); y treinta y siete (37) oportunidades de mejora para todos los procesos con excepción del E. Gestión del Talento Humano.

Dicho informe fue socializado con los responsables de cada proceso para que establecieran las Acciones Correctivas y de esta forma corregir el hallazgo detectado durante el proceso auditor. Así mismo, se solicitó la revisión de las Oportunidades de Mejora para que se evaluara la posibilidad de aplicarlos en cada uno de los procedimientos detectados.

b. La Retroalimentación con el Cliente: La Contraloría Departamental del Huila posee dos sistemas de medición de la satisfacción del cliente: El primero, mide la percepción de los clientes en cuanto al servicio prestado por la Entidad, cuyos resultados demuestran que el 90% de los clientes calificaron el servicio que presta la Contraloría como BUENO (entre las opciones BUENO, REGULAR, MALO); el 6.0% restante lo calificó como REGULAR; el 3.0% lo calificó como MALO y el restante 1.0% no calificó. Esta percepción cambió considerablemente en forma positiva para la entidad en comparación con los resultados del último semestre de la vigencia anterior, subiendo cinco puntos.

El resultado del segundo sistema de medición, se refiere a la satisfacción de las capacitaciones impartidas por este organismo de control a la comunidad en temas de Control Social Participativo, arrojando un nivel de satisfacción del 92,6% en los ciudadanos 170 encuestados; resultado que se incrementó en 4.6 puntos porcentuales frente al mismo de la vigencia anterior. Así mismo, disminuyó el porcentaje de las personas menos satisfechas, en donde la calificación regular pasó de 9,9% al 5,75%, el malo pasó del 0,1% al 0,05% y quienes no contestaron la encuesta pasó del 2% al 1,56%.

De acuerdo a los resultados anteriores, se demuestra que las actividades establecidas para ejecutar las estrategias del Plan Estratégico Institucional 2016 - 2019 "Todos Controlamos" está dando los resultados esperados; por tal razón se continuará con las actividades de promoción, divulgación y capacitación establecidos para mejorar la imagen de la entidad ante la comunidad. De la misma forma, seguir utilizando los medios de información y comunicación como el buzón de sugerencias, redes sociales, correo institucional y página web para dar a conocer la misión de la entidad.

c. Desempeño de los Procesos y Conformidad del producto o Servicio: Los resultados de la Auditorías Internas Integradas llevadas a cabo en la vigencia anterior, en donde se evaluó el 100% de los procesos (8) y procedimientos (35), muestran que el 50% de éstos se encuentran conformes en su operatividad; cumpliendo con los estándares de calidad del sistema; mientras que en el restante 50% se encontraron deficiencias como en los Procesos D01. Auditorías, D02. Responsabilidad Fiscal, D03, Participación Ciudadana y F. Gestión de Recursos Físicos, Financieros y Tecnológicos, en los cuales no se cumple en su totalidad con los lineamientos establecidos en ellos. Sin embargo; los productos de la misión institucional son dados a conocer en forma oportuna a los grupos interesados y la comunidad en general.

Con el objeto de eliminar las causas y cumplir con las políticas establecidas en cada uno de los procedimientos, los responsables de los procesos determinaron las Acciones Correctivas en su plan de acción en el formato establecido dentro del Sistema de Gestión de Calidad denominado "Formato B05-F01 Registro de Acciones Correctivas y Preventivas".

Se evaluaron los resultados de medición de los indicadores de los procesos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad, en donde se midió la eficacia, eficiencia y efectividad de la operatividad de cada uno de ellos. Dichos resultados reflejan que el 89.5% del total (17 de 19) lograron alcanzar la meta establecida para la vigencia, el restante 10.5% (2 de 19) no lograron la meta; por lo siguiente: Respecto a la "Ejecución Plan de Mejoramiento" no se cumplió en su totalidad debido a que el plan fue programado para que finalizara en el segundo semestre de la vigencia 2017, y el segundo "Decisiones de Fondo" fue a consecuencia que se abrieron muchos procesos y estos no se pudieron cerrar debido a la falta de recurso humano para adelantar dichas actividades.

d. Estado de las Acciones Correctivas y Preventivas: Se realizó evaluación de estas actividades desarrolladas en la vigencia, encontrándose un total de veinticinco (25) de las cuales el 32% son Acciones Correctivas (8) originadas en las Auditorías Internas Integradas; el restante 68% corresponden a Acciones Preventivas (17) originadas por los riesgos de la entidad. Se encontró que el 100% de las acciones fueron cerradas al culminar la vigencia, a excepción del plan de acción del segundo riesgo del proceso D03. Participación Ciudadana el cual alcanzó un cumplimiento del 86.0%.

Se determina que las actividades para mitigar los riesgos sean incluidas en los planes de acción de la cada una de las oficinas con el objeto de realizar un seguimiento y control más oportuno para evitar que se incumplan dichas acciones.

e. Acciones de Seguimiento de Revisiones Previas por la Dirección: Al inicio de la vigencia 2017, el Comité de Calidad realizó la evaluación de la operatividad del S.G.C. a 31 de diciembre de 2016, cuyo resultado arrojó un porcentaje de implementación equivalente al 93.87%, incrementándose en casi un punto porcentual (0.96%) con referencia a la evaluación anterior, demostrando mejoramiento permanente, cumplimiento de los estándares establecidos tanto por las normas que rigen como por las exigencias internas y de los clientes. La mayor dificultad en su implementación se encuentra en el numeral 7.0 "Prestación del Servicio", por cuanto existen debilidades en los procesos de planificación según los resultados de la medición de los indicadores de gestión (Responsabilidad Fiscal); sin embargo, se continúa trabajando con el objeto de mejorar la gestión institucional y de esta forma mejorar los resultados. Así mismo, el numeral en donde se presenta mayor debilidad es en el 7.2.3 "Comunicación con el Cliente", no por la misma entidad, sino por el cliente, por falta de conocimiento con lo relacionado a la misión de la entidad, exigiéndole cumplir con sus solicitudes que no hacen parte de la competencia de este ente de control, y al obtener una respuesta negativa, critican el ejercicio fiscal que se desarrolla en esta Contraloría.

Así mismo, finalizada la vigencia 2016 se realizó el seguimiento y evaluación a la ejecución de los Planes de Acción de cada una de las oficinas, cuyos resultados muestran un promedio de cumplimiento del 96.55%, dentro del cual sobresalen los resultados de las Oficinas de Participación Ciudadana, Asesora de Planeación y Control Interno quienes ejecutaron en su totalidad las acciones estipuladas en sus planes; mientras que las demás oficinas presentan una gestión que varía entre el 91.1% y el 99.4%.

Se realizó seguimiento a la ejecución del Plan Estratégico Institucional 2016 - 2019 "Todos Controlamos" en su primer año de vigencia, dando como resultado un cumplimiento del 23.78% de los 25 puntos determinados para esta vigencia; es decir que presenta una gestión del 95.12% de la meta establecida.

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL " TODOS CONTROLAMOS" 2016 - 2019					
EJECUCIÓN VIGENCIA 2016					
OBJETIVO ESTRATÉGICO	PARTICIPACIÓN PORCENTUAL CUATRIENIO	PARTICIPACIÓN PORCENTUAL ANUAL	% EJEC. VIGENCIA 2016	FALTANTE / SOBANTE	FALTANTE P.E.I.
1. Fortalecer el Sistema de Control Fiscal, mejorando la aplicación de los procesos institucionalizados en este organismo de control.	40	10	9,05	-0,95	30,95
2. Promover la participación de la comunidad para lograr su empoderamiento en la vigilancia y control de los recursos públicos.	25	6,25	6,25	0	18,75
3. Optimizar la gestión institucional, mediante el mejoramiento continuo de los procesos, el talento humano, el apoyo jurídico y los recursos físicos, financieros y tecnológicos de la entidad.	35	8,75	8,32	-0,43	26,68

Del porcentaje anual establecido en cada uno de los objetivos del P.E.I., el único que alcanzó el 100% fue el número dos; mientras que en los objetivos número uno y tres les faltó el 0.95% y el 0.43% respectivamente para alcanzar la meta: Las oficinas de Participación Ciudadana y Talento Humano fueron las que contribuyeron en los más altos porcentajes para lograr los propósitos con porcentajes que superan el 11%; las demás reflejan un apoyo menor pero significativo de acuerdo a la responsabilidad de cada una de ellas frente al plan.

Este logro, evidencia la responsabilidad, entereza, dedicación, compromiso y esfuerzo de cada uno de los funcionarios para contribuir con el cumplimiento de las metas establecidas por la Alta Dirección. (Ver Ejecución Plan Estratégico)

f. Cambios que Podrían Afectar el Sistema de Gestión de Calidad: El Gobierno Nacional mediante la implementación de nuevas normas y la eliminación de otras, podrían afectar la operatividad del Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad, situación que amerita que éste sea flexible y dispuesto al cambio, con el objeto de cumplir con la misión institucional y legal, preservando el patrimonio público para que logre su meta fundamental como es la atención de necesidades básicas insatisfechas de la población que habita en el territorio huilense.

La adaptación e implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la Contraloría Departamental del Huila a la nueva norma ISO 9001:2015, puede generar algunos contratiempos en la operatividad del sistema, ocasionando rechazo en algunos servidores públicos de la entidad.

Se realizaron modificaciones al Manual de Calidad y seis (6) mejoras a los procedimientos en los procesos A. Gestión Estratégica, D01. Auditorías, D02. Responsabilidad Fiscal, D03. Participación Ciudadana que corresponde al 17,14% del total de procedimientos que conforman al sistema.

De otra parte, es fundamental que se capacite al nuevo personal (Inducción) que ingrese a la planta de personal de la entidad para evitar inconsistencias en la aplicación de cada uno de los procedimientos que hacen parte del sistema.

g. Recomendaciones para la Mejora: Las siguientes propuestas para mejorar los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, tienen en cuenta las necesidades de los clientes, las solicitudes de la ciudadanía, los sujetos de control, las entidades de control, la normatividad aplicable en cada uno de los procedimientos y la misión de la entidad:

- Realizar jornadas de sensibilización a los servidores públicos de la entidad en las reuniones que se organicen, sobre la importancia de consultar en forma constante el S.G.C., con el objeto que se ejecuten las actividades teniendo en cuenta los procedimientos establecidos y utilizar los formatos vigentes.
- Realizar capacitaciones u otras actividades que generen valor agregado al resultado del trabajo desarrollado por los funcionarios de la entidad.
- Realizar actividades de bienestar que mejoren el clima organizacional de los funcionarios que laboran en la Entidad.
- Realizar las gestiones pertinentes con el Instituto Colombiano de Normas Técnicas - ICONTEC - con el objeto de certificar el S.G.C. de la Contraloría con la norma actualizada.

h. Resultados de la Gestión de Riesgos: Se realizó seguimiento y evaluación a cada uno de los riesgos que se identificaron en los procesos de la entidad y sus respectivos planes de acción, determinándose que en la vigencia se cumplieron en el 93.75%, quedando pendiente por ejecutar el segundo riesgo del proceso D03. Participación Ciudadana (14%) en razón a que no fue posible ejecutar una de acciones.

Se espera que para la vigencia 2017 se cumpla con lo establecido en los planes de mitigación y de esta forma no se materialicen dichos riesgos.

CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA Y DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

La Contraloría Departamental del Huila cumple con su Política de Calidad mediante la aplicación de los objetivos de calidad, la cual fue actualizada mediante Resolución No. 165 de 2016 y sus Objetivos Estratégicos por la Resolución No. 149 de 2016, siendo pilares fundamentales en el Plan Estratégico Institucional. Su aplicación y ejecución se materializa mediante la elaboración anual de los planes de acción de cada una de las oficinas de la Entidad y por todos los servidores públicos según su nivel de responsabilidad. Al culminar la vigencia 2016, los resultados de la medición de cada uno de los indicadores de los objetivos de calidad son los siguientes:

PROCEDIMIENTO A04. ANÁLISIS ESTRATÉGICO Y SEGUIMIENTO TÁCTICO		EVALUACIÓN OBJETIVOS DE CALIDAD			
PERIODO EVALUADO: DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016	SEMESTRAL ANUAL	EVALUACIÓN :		Código:	A04-F04
FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO DE 2017	X	SEMESTRAL ANUAL		Version:	3
		FORMULA DEL INDICADOR		Fecha:	30/10/2015
OBJETIVO DE CALIDAD	NOMBRE DEL INDICADOR	IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR		META PROPUESTA	LOGRO OBTENIDO
Mejorar la gestión institucional de la Entidad enmarcada en los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, procurando la satisfacción de sus clientes	Nivel de implementación del Sistema de Gestión de Calidad	Efectividad	Resultado Diagnóstico Sistema de Gestión de Calidad	Semestre I: X ≥ 45% Semestre II: X ≥ 90%	92,91%
	Cumplimiento Programa de Auditorías Internas Integradas.	Eficacia	No. Auditorías Internas Integradas Ejecutadas*100 / No. Auditorías Internas Integradas Programadas	Semestre I: X ≥ 45% Semestre II: X ≥ 90%	100,00%
	Nivel de Satisfacción en la Prestación del Servicio.	Efectividad	Resultados de la Encuesta de Satisfacción de los servicios que presta Contraloría Departamental del Huila	Semestre I: X ≥ 40% Semestre II: X ≥ 80%	90,00%
Establecer estrategias y mecanismos que fomenten el control fiscal oportuno y efectivo, buscando la transparencia en la gestión pública.	Cumplimiento de las capacitaciones para conformar o mantener las veedurías ciudadanas	Eficacia	No. de capacitaciones realizadas*100/ No. capacitaciones programadas	Semestre I: X ≥ 40% Semestre II: X ≥ 80%	100,00%
Promover el control y vigilancia del patrimonio público mediante la participación activa de la ciudadanía	Cumplimiento del Plan de Control Fiscal Participativo	Eficacia	No. Capacitaciones de Control Fiscal Participativo Ejecutadas *100 / No. Capacitaciones de Control Fiscal Programadas	Semestre I: X ≥ 45% Semestre II: X ≥ 90%	100,00%
Mejorar las competencias del talento humano para el cumplimiento de la misión institucional	Cumplimiento del Plan Anual de Capacitación	Eficacia	Capacitaciones Ejecutadas * 100 / Capacitaciones Programadas	Semestre I: X ≥ 45% Semestre II: X ≥ 90%	100,00%

Convenciones del Resultado Obtenido:
 BUENO = Alcanzó y/o superó la meta propuesta
 REGULAR = Resultado obtenido entre uno (3) y cinco (5) puntos por debajo de la meta
 MALO = Resultado obtenido por debajo de cinco puntos de la meta propuesta

Como puede observarse, de los seis (6) indicadores que componen los objetivos de calidad, el 100% de ellos lograron los resultados esperados, lo que indica un buen desempeño de las dependencias en el alcance de las metas establecidas.

DECISIONES - CONCLUSIONES			
El Sistema de Gestión de Calidad de la Contraloría Departamental del Huila se encuentra implementado en 93.87%, situación que demuestra el compromiso de todos los servidores públicos con su mejoramiento, cumpliendo los estándares establecidos tanto por las normas de calidad ISO 9001 y NTCGP 1000 como por las exigencias internas y de los clientes, asegurando eficiencia en el manejo de los recursos, eficacia en el alcance de su metas - misión institucional y efectividad en la prestación del servicio; sin embargo, existen algunos problemas externos que afectan directamente el cumplimiento misional, como la falta de recursos financieros que imposibilitan que la entidad posea la planta de personal necesaria para el desarrollo y cumplimiento de la misión constitucional y legal.			
Los servicios prestados por la Contraloría Departamental del Huila en cumplimiento de la misión constitucional y legal, se realiza mediante la aplicación de los procesos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, el cual estandariza cada uno de los procedimientos con el objeto que sus productos siempre tengan la misma calidad y cumplan con las especificaciones legales.			
Continuar con las actividades de promoción, divulgación y capacitación establecidos para mejorar la imagen de la entidad ante la comunidad.			
De la misma forma, seguir utilizando los medios de información y comunicación como el buzón de sugerencias, redes sociales, correo institucional y página web para dar a conocer la misión de la entidad			
Realizar mayor control sobre la aplicación de los procedimientos en la ejecución de las actividades para evitar que se incumplan los requisitos establecidos en el sistema			
Socializar con todos los servidores públicos que están involucrados en su aplicación, todas los cambios o mejoras que se realicen en cada uno de los procedimientos.			
Se determina que las actividades para mitigar los riesgos sean incluidas en los planes de acción de la cada una de las oficinas con el objeto de realizar un seguimiento y control más oportuno para evitar que se incumplan dichas acciones.			
Incrementar la gestión de las diferentes dependencias paara alcanzar la meta del objetivo anual propuesto en cada uno de los objetivos del Plan Estratégico Institucional.			
Realizar jornadas de sensibilización a los servidores públicos de la entidad en las reuniones que se organicen, sobre la importancia de consultar en forma constante el S.G.C. de la CD.H., con el objeto que se ejecuten las actividades teniendo en cuenta los procedimientos establecidos y utilizar los formatos vigentes.			
ACCIONES			
ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	RECURSOS
Continuar con las actividades de promoción, divulgación y capacitación establecidos para mejorar la imagen de la entidad ante la comunidad.	Todos los Jefes de Oficina y Servidores Públicos	A partir del 01-03-2017 hasta el 31-12-2017	Humanos y Tecnológicos
Utilizar los medios de información y comunicación como el buzón de sugerencias, redes sociales, correo institucional y página web para dar a conocer la misión de la entidad	Todos los Jefes de Oficina y Servidores Públicos	A partir del 01-03-2017 hasta el 31-12-2017	Humanos y Tecnológicos
Realizar mayor control sobre la aplicación de los procedimientos en la ejecución de las actividades para evitar que se incumplan los requisitos establecidos en el sistema	Todos los Jefes de Oficina y Servidores Públicos	A partir del 01-03-2017 hasta el 31-12-2017	Humanos y Tecnológicos
Socializar con todos los servidores públicos que están involucrados en su aplicación, todas los cambios o mejoras que se realicen en cada uno de los procedimientos.	Todos los Jefes de Oficina y Servidores Públicos	A partir del 01-03-2017 hasta el 31-12-2017	Humanos y Tecnológicos
Las actividades para mitigar los riesgos se incluyan en los planes de acción de la cada una de las oficinas con el objeto de realizar un seguimiento y control más oportuno para evitar que se incumplan dichas acciones.	Todos los Jefes de Oficina	A partir del 01-03-2017 hasta el 31-12-2017	Humanos y Tecnológicos
Incrementar la gestión de las diferentes dependencias para alcanzar la meta del objetivo anual propuesto en cada uno de los objetivos del Plan Estratégico Institucional	Todos los Jefes de Oficina y Servidores Públicos	A partir del 01-03-2017 hasta el 31-12-2017	Humanos y Tecnológicos
Realizar jornadas de sensibilización a los servidores públicos de la entidad en las reuniones que se organicen, sobre la importancia de consultar en forma constante el S.G.C. de la CD.H., con el objeto que se ejecuten las actividades teniendo en cuenta los procedimientos establecidos y utilizar los formatos vigentes.	Todos los Jefes de Oficina y Servidores Públicos	A partir del 01-03-2017 hasta el 31-12-2017	Humanos y Tecnológicos
ELABORADO POR:			
NOMBRE	CARGO	FIRMA	
LUIS CARLOS DÍAZ CASTILLO	COORDINADOR S.G.C.	ORIGINAL FIRMADO	
APROBADO POR:			
NOMBRE	CARGO	FIRMA	
ANSELMO PERDOMO LEIVA	GERENTE S.G.C.	ORIGINAL FIRMADO	
ADRIANA ESCOBAR GÓMEZ	CONTRALORA DEPARTAMENTAL DEL HUILA	ORIGINAL FIRMADO	