
 Instituto de Empleo y Fomento Empresarial	PROCESO DE GESTIÓN DE CONTROL INTERNO	Fecha creación del formato: 04-03-2026	
		Código: V-GCI-FO15	Versión: 0.0
INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍAS INTERNAS			

FECHA DE EMISIÓN	17 – 04 - 2026
PROCESO/DEPENDENCIA AUDITADA:	Gestión de Calidad y Mejora Continua / Subdirección Técnica
PROCEDIMIENTO AUDITADO	N/A
LÍDER DE PROCESO AUDITADO	Laura Melissa Patiño
LÍDER DE AUDITORÍA	Patricia Pertuz Llanos
EQUIPO AUDITOR	Clara Azucena Saénz
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:	<p>1. Verificar la conformidad del proceso de Gestión de Calidad y Mejora Continua con la normatividad aplicable y la reglamentación interna de la entidad, evidenciando el grado de cumplimiento mediante hallazgos documentados.</p> <p>2. Evaluar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad en relación con el cumplimiento de los objetivos estratégicos, metas de calidad e indicadores asociados al proceso de Mejora Continua, identificando desviaciones y sus causas.</p> <p>3. Identificar no conformidades, riesgos y oportunidades de mejora en el diseño y la operación del proceso de Gestión de Calidad y Mejora Continua, formulando recomendaciones y planes de acción orientados a fortalecer los controles y promover la mejora continua.</p> <p>4. Proporcionar a la Alta Dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno información objetiva, suficiente y oportuna sobre el desempeño del proceso de Gestión de Calidad y Mejora Continua, para soportar la toma de decisiones y el seguimiento a los compromisos de mejoramiento.</p>
ALCANCE DE LA AUDITORÍA:	<p>La Oficina de Control Interno evaluará el proceso de Gestión de Calidad y Mejora Continua en IMEBU, cubriendo su diseño, implementación, operación, monitoreo y revisión por la dirección. Incluye procedimientos, políticas, indicadores y evidencias documentales del período 1 de junio de 2025 al 28 de febrero de 2026, con énfasis en: planificación de calidad, control de documentos, gestión de no conformidades y acciones correctivas, auditorías previas, revisiones directivas y ciclo PHVA.</p>

✓ **OBSERVACIONES**

No.	OBSERVACIÓN	RESPONSABLE
1	Inconsistencia en la Vigencia y Actualización del Manual del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (SIGC)	Sub Técnica / Profesional Área de Calidad

 Instituto de Empleo y Fomento Empresarial	PROCESO DE GESTIÓN DE CONTROL INTERNO	Fecha creación del formato: 04-03-2026	
		Código: V-GCI-FO15	Versión: 0.0
INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍAS INTERNAS			


2	Incumplimiento en la Estandarización, Adopción y Operatividad Técnica de la Caracterización del Proceso de Gestión de Calidad	Sub Técnica / Profesional Área de Calidad
3	Incumplimiento de Listado Maestro por Procesos	Sub Técnica / Profesional Área de Calidad
4	Deficiencias en el Control, Almacenamiento y Protección de la Información Documentada (Repositorio Digital OneDrive)	Sub Técnica / Profesional Área de Calidad
5	Inconsistencia en la Identidad Visual y Control de Cambios	Sub Técnica / Profesional Área de Calidad
6	Eficacia y Seguimiento (Indicadores)	Sub Técnica / Profesional Área de Calidad
7	Ausencia de un Formato Estandarizado para el Control y Trazabilidad de Solicitudes Documentales	Sub Técnica / Profesional Área de Calidad
8	Falta de Delimitación entre la Aprobación Estratégica y la Responsabilidad Operativa Documental	Sub Técnica / Profesional Área de Calidad
9	Debilidad en la Aplicación Integral de los Componentes Técnicos de los Formatos Maestros	Sub Técnica / Profesional Área de Calidad
10	Ineficacia de los controles definidos en el Mapa de Riesgos del Proceso de Calidad y errónea tipificación de los riesgos.	Sub Técnica / Profesional Área de Calidad
11	Incoherencia en la Titularidad y Codificación de Documentos Transversales del SGC	Sub Técnica / Profesional Área de Calidad
12	Deficiencia en la Periodicidad, Estructura y Contenido Técnico del Informe de Revisión por Procesos	Sub Técnica / Profesional Área de Calidad

2. RECOMENDACIONES

- 2.1. **Actualizar** de manera prioritaria **del Manual Operativo de Calidad de IMEBU** (Versión 02), asegurando su total armonización con el Mapa de Procesos 2025, el Instructivo 2026 y los lineamientos de la norma ISO 9001:2015 y el DAFP. Para garantizar su validez y eficacia, la nueva versión debe cumplir con el rigor de aprobación formal y control de cambios establecido, procediendo posteriormente a una socialización integral en todas las dependencias que garantice la comprensión y aplicación de la política y estructura de procesos en toda la organización.

- 2.2. Realizar el rediseño integral del **Formato de Caracterización** de IMEBU, el cual debe ser codificado al Proceso de Gestión de Calidad e incluirlo en el Listado Maestro como un formato del Proceso. Así como **actualizar el contenido de la Caracterización para el proceso**, en el que se redefine su alcance bajo el ciclo PHVA, garantizando que cada actividad cuente con una salida documental codificada y transversal para toda la entidad. Esta intervención requiere la **actualización de los procedimientos existentes E-GCA-PR01 y E-GCA-PR02 y la creación de todos los documentos que se generen de la actualización de la Caracterización del Proceso**; todo en busca de asegurar la trazabilidad de las evidencias y el fortalecimiento de la mejora continua alineada a los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

- 2.3. Estandarizar el control de la información documentada mediante el diseño y socialización de un **Listado Maestro de Documentos y Registros**

 ALCALDÍA DE BUCARAMANGA	Instituto de Empleo y Fomento Empresarial	PROCESO DE GESTIÓN DE CONTROL INTERNO		Fecha creación del formato: 04-03-2026
		Código: V-GCI-FO15	Versión: 0.0	
INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍAS INTERNAS				


segmentado por procesos, cuya codificación debe alinearse estrictamente a la Tabla 2 del instructivo vigente y los requisitos de la norma ISO 9001:2015. Para asegurar la integridad del sistema, es imperativo formalizar en el **Manual Operativo de Calidad** el uso individual de estos listados por proceso y definir al equipo de **Gestión de Calidad y Mejora Continua** como el único responsable de su alimentación y trazabilidad; asimismo, estos instrumentos deberán integrarse al repositorio en **Google Drive** para garantizar el acceso transversal, el control de versiones y una identidad visual nítida en toda la documentación institucional.

- 2.4. Se recomienda **fortalecer la integridad del Sistema de Gestión de Calidad** mediante una **restricción inmediata de permisos en One Drive** de acuerdo con lineamientos de Google Workspace, centralizando la facultad de carga en un equipo designado por Gestión de Calidad para mitigar riesgos de publicaciones no autorizadas. Complementariamente, es imperativo ejecutar un plan de choque para la depuración y sincronización de las estructuras de almacenamiento con el Listado Maestro de Documentos, asegurando la disponibilidad exclusiva de información vigente. Finalmente, **se recomienda a la Alta Dirección a evaluar y gestionar la adquisición de un software especializado para el SGC** que permita automatizar el control de cambios, formalizar flujos de aprobación, dinamizar la gestión de indicadores y planes de mejora, alineando a la entidad con los futuros requisitos de automatización de la norma ISO 9001 y garantizando la centralización técnica del conocimiento institucional.

- 2.5. Se recomienda **formalizar la identidad visual y técnica de la entidad mediante el diseño e implementación obligatoria de plantillas institucionales transversales**, alineadas estrictamente al Manual de Identidad de la Alcaldía de Bucaramanga y del IMEBU, junto con la ejecución de un plan de depuración documental para eliminar logotipos obsoletos o marcas de agua externas en instrumentos críticos. Este fortalecimiento debe complementarse con la socialización de los lineamientos de presentación formal para garantizar la legibilidad y pulcritud del sistema, así como con la activación de un mecanismo formal de retroalimentación operativa que valide las nuevas creaciones documentales durante su periodo de prueba de tres meses, asegurando que cualquier ajuste en el control de cambios esté sustentado en evidencia técnica real antes de su oficialización definitiva.

- 2.6. **Diseñar un formato Transversal**, con una estructura mejorada e integral, que se denomine **Hoja de Vida de Indicadores**, que contenga todos los elementos necesarios para que cada proceso registre y haga seguimiento de sus indicadores. Reajustar la **Matriz de Indicadores (E-GPE-FO12)** con una nueva denominación: **Formato Matriz de Seguimiento de Indicadores y Objetivos de Calidad**, ya que la actividad de seguimiento de los indicadores es responsabilidad del Proceso de Calidad y Mejora Continua, que es un insumo para la toma de decisiones de la Alta Dirección.

- 2.7. **Diseñar y oficializar** un formato denominado **"Solicitud de Acción Documental"** (codificado al proceso de **Gestión de Calidad**); **establecer un archivo cronológico** de estas solicitudes para dar cumplimiento al requisito de "conservar información documentada"; así como socializarlo a la entidad.

 ALCALDÍA DE BUCARAMANGA	Instituto de Empleo y Fomento Empresarial	PROCESO DE GESTIÓN DE CONTROL INTERNO		Fecha creación del formato: 04-03-2026
		Código: V-GCI-FO15	Versión: 0.0	
INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍAS INTERNAS				

- 2.8. **Reestructurar el acto administrativo “Resolución 018 de 2018 IMEBU”.** Indicando que las aprobaciones de todos los documentos de calidad, los realice cada líder de proceso, a través de una **“Solicitud de Acción Documental”**; y de acuerdo con lo establecido en los lineamientos del Proceso de Gestión de Calidad. Y enfocar las sesiones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño a la articulación institucional, la mejora del modelo y el seguimiento a los informes de gestión y autodiagnóstico, conforme a las funciones 2 y 5 de la Resolución 018 de 2018.
- 2.9. **Establecer dentro de los documentos rectores del proceso, los lineamientos claros y precisos,** respecto de la inclusión y alineación de los Objetivos de Calidad con los Indicadores y demás instrumentos dentro del Sistema de Gestión de Calidad. **Exigir la Integridad de los Formatos. Utilizar la Matriz de Seguimiento de Indicadores Vs Objetivos de Calidad para consolidar los resultados** de todos los procesos al cierre de cada trimestre. **Capacitación en PHVA, lineamientos DAFP,** garantizando así que el sistema no solo opere, sino que evolucione.
- 2.10. **Rediseñar el Mapa de Riesgos** y sus controles, asegurando que los entregables cuenten con todos los soportes normativos. Así como, **actualizar de manera inmediata los documentos de calidad** relacionados con las Auditorías Internas de Calidad. **Ejecutar un plan de choque para la actualización documental masiva. Depurar y reasignar la titularidad de Riesgos. Implementar un Análisis de Causa Raíz** ante activación del riesgo por medio de una Acción Correctiva.
- 2.11. **Recodificación Inmediata.** El Proceso de Gestión de Calidad (GCA) debe reclamar la titularidad del Procedimiento de Control de Información Documentada y asignarle el código que corresponda. Así como también el Formato de Normograma (A-GTH-FO14), que se encuentra en Gestión de Talento Humano y asignarle el código correspondiente, asegurando que su actualización como plantilla sea liderada por Calidad. **Actualización del Listado Maestro:** Ajustar el Listado Maestro de Documentos para que refleje que estos instrumentos son Transversales, pero de propiedad y control del proceso de Gestión de Calidad y Mejora Continua, evitando que procesos de apoyo (como GDC o GTH) administren la metodología técnica del SGC.
- 2.12. **Recodificación y Rediseño:** El proceso de Gestión de Calidad debe reemplazar el formato E-GPE-FO30 por el nuevo V-GCA-FO## **Informe de Revisión por Procesos,** alineado al Instructivo de Documentación de 2026, al Manual Operativo de Calidad ajustado y lineamientos de DAFP. Dicho documento debe tener **estructura técnica:** Resumen ejecutivo por proceso. Análisis de indicadores (tendencias y desviaciones) basado en la Hoja de Vida de Indicadores, Estado de tratamiento de riesgos y oportunidades del trimestre, Resultados de la eficacia de las acciones correctivas aplicadas. **Institucionalizar la Periodicidad:** Establecer un cronograma de cierres trimestrales donde cada líder de proceso deba remitir su insumo técnico a Calidad, para que este último genere el informe consolidado. Y, por último, presentar ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño dicho Informe, garantizando que este informe ejecutivo consolidado sea el punto principal en el orden del día, lo que facilita la función de seguimiento establecida en la Resolución 018 de 2018.