ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. DESARROLLO ECONÓMICO Instituto Distrital de Turismo	**INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO**		
Código EI-F26	Informe de auditoría SIG-MIPG	**Versión:** 2	**Fecha de aprobación:** 17/09/2021

1. INFORMACIÓN GENERAL
FECHA DEL INFORME: 15 de octubre de 2021
PROCESO/DEPENDENCIA AUDITADA: Proceso Gestión Tecnológica
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO / DEPENDENCIA AUDITADA: Rene Guarín - Profesional Especializado
AUDITOR LÍDER: Paola Flórez Gutiérrez
EQUIPO AUDITOR: Dumar Carvajal y Yasmindelid Riaño (Observadores)
2. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN Y AUDITORÍA
Objetivo de la Auditoria: Determinar el grado de conformidad de los procesos con los requisitos de la organización y los normativos aplicables en materia de gestión de calidad y ambiental. Evaluar la eficacia, mantenimiento y mejora de los procesos de la organización, incluyendo la identificación e implementación de acciones correctivas.
Alcance de la Auditoria: Las actividades desarrolladas por los procesos durante el último ciclo de auditoría.
Criterios de auditoría: NTC-ISO 9001:2015 NTC-ISO 14001:2015 Documentación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG - SIG

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

A. Descripción de Hallazgo: marque con una X según corresponda: Conformidad: CO No Conformidad (NC)

No	HALLAZGO		DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGOS
	C	NC	
1	x		La entidad ha establecido el mapa para los procesos del SIG - MIPG y la caracterización para el Proceso de Gestión Tecnológica, en la cual se describen las entradas y salidas del proceso, su interacción con otros procesos, la responsabilidad y autoridad del mismos, y los lineamientos de seguimiento y medición.
2	x		La entidad mantiene la información documentada determinada como necesaria para la operación del proceso en la Intranet y la conserva físicamente, en el servidor o en el Drive.
3	x		La entidad gestiona los riesgos de acuerdo a lo establecido en la Política de Administración del Riesgo. Para el proceso de Gestión Tecnológica se han identificado 3 riesgos de gestión (confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información) y 1 de corrupción (uso de activos en beneficio propio).
4	x		Se evidencia la aplicación de controles establecidos por la entidad para la gestión de los riesgos de la información: a) Revisión del firewall, b) Gestión de permisos de lectura, modificación y escritura sobre carpetas del servidor, c) Gestión de usuarios en SICAPITAL, d) Gestión de usuarios correo electrónico, e) Servicio de antivirus (Bitdefender), f) Divulgación de boletines CSIRT, g) Backup, h) Informe de mantenimiento PC julio 2021, i) Informe mantenimiento servidores del 11/08/21, j) Atención a requerimientos - Informe Mantis - Puntos de Información Turística: Salitre, Monserrate, Templete y pedestales.
5	x		La entidad ha establecido para el proceso de Gestión Tecnológica el siguiente objetivo: Desarrollar, gestionar y administrar los recursos de tecnologías de la información y las telecomunicaciones para garantizar su disponibilidad, accesibilidad, seguridad, así como brindar una adecuada y oportuna asesoría y asistencia técnica a todos los procesos

COPIA CONTROLADA

6	x		La entidad ha establecido las acciones para el logro de los objetivos en el Plan de Acción del MIPG - Sección 14 Gestión Tecnológica.
7	x		En visita a la entidad se evidencia cuarto de servidores con racks, servidores, UPS, aire acondicionado y cableado en operación, con control de acceso y cámaras de seguridad.
8	x		La entidad ha establecido políticas, manuales y procedimientos para el control de los riesgos de la información y la gestión de activos, los cuales se encuentran disponibles en Intranet. La entidad cuenta con una herramienta para la gestión de los requerimientos realizados por los usuarios internos.
9	x		La entidad ha determinado los indicadores para hacer seguimiento y medición del desempeño del proceso, entre los cuales se encuentra el nivel de saturación del servicio DHCP.
10	x		La entidad registra, analiza y hace seguimiento a los resultados de la medición de indicadores en la hoja de vida de cada indicador, disponible en la Intranet. Adicionalmente, se evidencia informe de incidencias del mes de agosto de 2021.
11	x		Se evidencia plan de mejoramiento establecido para hallazgo identificado en auditoría interna de gestión 2020, realizada el 27/11/2020, consistente en falta de precisión de la información por actividades reportadas como ejecutadas sobre las cuales no se tenía evidencias de ejecución. Al revisar la causa identificada en el plan de acción, se observa que la misma puede no corresponder con una causa raíz, dado que la causa se determina como "falta de seguimiento oportuno que permita identificar las actividades del Plan de Gestión Institucional que no se puedan cumplir en la fecha programada", mas no se idéntica por que hace falta un seguimiento oportuno.

Total Hallazgos: Conformidad 11, No conformidades 0 y Observaciones 1

NOTAS:
Las conformidades son cumplimiento de requisitos.
Las no conformidades son incumplimiento de requisitos.

4. DESARROLLO DE LA AUDITORIA

A. El día 29 de septiembre de 2021 se llevó a cabo auditoría interna al proceso de Gestión Tecnológica en forma remota, por medio de la plataforma Google Meet, y el 04 de octubre de 2021 se realizó visita al cuarto de servidores dentro de las instalaciones de la entidad. La auditoría se llevó a cabo a través de entrevista al Profesional Especializado, realizando verificación de la documentación del proceso y trazabilidad a los registros correspondientes por medio de muestreo, encontrando conformidad en los requisitos auditados, una (1) observación y las fortalezas descritas a continuación.

OBSERVACIÓN / No. 1 Deficiencia en la identificación de causa raíz ante no conformidad presentada

a. Situación o condición observada: Se evidencia plan de mejoramiento establecido para hallazgo identificado en auditoría interna de gestión 2020, realizada el 27/11/2020, consistente en falta de precisión de la información por actividades reportadas como ejecutadas sobre las cuales no se tenía evidencias de ejecución. Al revisar la causa identificada en el plan de acción, se observa que la misma puede no corresponder con una causa raíz, dado que la causa se determina como "falta de seguimiento oportuno que permita identificar las actividades del Plan de Gestión Institucional que no se puedan cumplir en la fecha programada", mas no se idéntica por que hace falta un seguimiento oportuno.

COPIA CONTROLADA

	b. Criterio afectado: Lo anterior representa un riesgo de incumplimiento al requisito contemplado en el numeral 10.2.1 b) 2) de la norma NTC-ISO 9001:2015, consistente en la determinación de las causas de la no conformidad con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte. **c. Implementar corrección y acción correctiva:** Es importante que el proceso analice la situación presentada y establezca la necesidad de implementar una acción correctiva, según sea pertinente, y de acuerdo a lo establecido por la entidad en el procedimiento EI-P06 Planes de Mejoramiento.
B.	**FORTALEZAS:** El personal del proceso que participó en el ejercicio de auditoría, demostró toma de conciencia y empoderamiento sobre la gestión de riesgos del proceso en sus etapas de identificación, valoración, tratamiento y seguimiento. Los mecanismos para la medición y seguimiento del desempeño del proceso apoyan la mejora continua del mismo. **OPORTUNIDADES DE MEJORA:** No se identifican **<u>CONCLUSIONES DE AUDITORIA:</u>** El proceso de Gestión Tecnológica es conforme con los requisitos de las normas NTC-ISO 9001:2015 y NTC-ISO 14001:2015 aplicables, así como los requisitos establecidos por la organización. La información recolectada permite concluir que el proceso es eficaz conforme al objetivo establecido, ha sido mantenido y se encuentra en proceso de mejora.

Auditor Líder:	**Jefe Oficina Asesora de Planeación-**	**Asesor (E)Control Interno**
Nombre: Paola Flórez Gutiérrez	**Nombre:** Gloria Verónica Zambrano Ocampo	**Nombre:** Mauricio Ramos Gordillo

COPIA CONTROLADA