

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20241100092483**

Página 1 de 1

Bogotá D.C., 15 de Noviembre de 2024

PARA: **CONSUELO ORDOÑEZ DE RINCON**
Dirección General

DE: Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe Auditoría Interna Sistema de Gestión de Calidad

Respetada Doctora Consuelo.

En cumplimiento de la Auditoría interna al Sistema de Gestión de Calidad bajo los parámetros de la Norma técnica Colombiana ISO 9001:2015, por medio de la presente se remite el informe de auditoría de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta auditoría, los cuales son conocidos por todos los procesos, será necesario revisar las No Conformidades, Observaciones y Recomendaciones con el fin que los procesos puedan establecer y documentar en el plan de mejoramiento interno, las acciones correctivas o de mejora que den lugar sobre el enfoque del Autocontrol.

Agradecemos la atención al respecto.

Cordialmente,

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Firmado digitalmente
por Sandra Beatriz
Alvarado Salcedo
Fecha: 2024.11.15
18:22:26 -05'00'

SANDRA BEATRIZ ALVARADO SALCEDO

Jefe Oficina de Control Interno

e-mail: sandra.alvarados@uaesp.gov.co

Anexos: Informe Auditoría Interna Sistema de Gestión de Calidad

Elaboró: Juan Antonio Gutierrez Díaz – Contratista Oficina de Control Interno

Revisó y aprobó: Sandra Beatriz Alvarado Salcedo - Jefe Oficina de Control Interno

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA	2
2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA	3
2.1. Desarrollo.....	4
3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS.....	5
4. OBSERVACIONES.....	6
5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS	6
6. CONCLUSIONES	11
7. RECOMENDACIONES.....	12
8. APROBACIÓN.....	13

Lista de Tablas

Tabla 1- Información de la auditoria	2
Tabla 2 - Observaciones de la auditoría	6
Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas.....	6
Tabla 4 - Recomendaciones por proceso	12

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA

Tabla 1- Información de la auditoria

ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA	Sistema de Gestión de Calidad
INFORME	Auditoría Interna NTC ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad
PROCESO, PROCEDIMIENTO	Todos los procesos de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos.
RESPONSABLE O AUDITADOS	Líderes y gestores de los Procesos de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos
OBJETIVO	Verificar el cumplimiento de los requisitos ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad e identificar oportunidades de mejora para fortalecer los procesos de la entidad.
ALCANCE	Comprende las actividades y documentos relacionados a todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y mejora de Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos
PERIODO DE EJECUCIÓN	Octubre – noviembre 2024
EQUIPO AUDITOR	<p><i>Audidores Líderes</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Juan Antonio Gutiérrez</p> <p style="padding-left: 40px;">Luz Stella Cañón</p> <p><i>Audidores</i></p> <p style="padding-left: 40px;">Jerce Aurora Sandoval Macias</p> <p style="padding-left: 40px;">Sandra Milena Martínez Páez</p> <p style="padding-left: 40px;">Carmen Liliana Villa</p> <p style="padding-left: 40px;">María Carolina Camacho Gamboa</p>

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

	<p>Jazmín Karime Flores Leidy Medina Martínez</p> <p>Observadores</p> <p>Nury Cobo Villamil Vivian Lorena Neiva Parra José Alexander Gómez Mantilla Gabriel Alejandro Suarez Lugo</p>
<p>DOCUMENTACIÓN ANALIZADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 • Modelo Integrado de Planeación y Gestión • Modelo Estándar de Control Interno • Micrositio del SIG • Evidencia de cumplimiento de los procedimientos y registros de uso de los formatos.

2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA

La planeación de las entrevistas a los procesos se desarrolló entre el 01 y el 08 de octubre, tiempo en el cual el equipo auditor pudo consultar la información estratégica de la entidad, los datos relacionados a los procesos a auditar vigentes y publicados en el Micrositio del SIG y la documentación suministrada por la Oficina de Control Interno.

La verificación de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad en todos los procesos de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos, se realizó entre el día 09 y el 22 de octubre de 2024 en las instalaciones de la entidad. Las entrevistas de auditoría se llevaron en los horarios estipulados y concertados en la reunión de apertura o entre auditor y auditados.

Los métodos utilizados durante la auditoría fueron entrevistas con la aplicación de listas de chequeo basadas en los requisitos de la norma ISO9001:2015, la observación de actividades y la revisión de documentación y registros.

Durante las entrevistas los auditados respondieron cada una de las preguntas programadas en la lista de chequeo y presentaron las evidencias para la verificación de los requisitos de la norma aplicables a cada proceso y las evidencias adicionales requeridas fueron solicitadas y remitidas al correo electrónico del auditor, con el fin de guardar la trazabilidad de la

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

comunicación oficial y posterior disposición de la misma en el repositorio de información dispuesto por la OCI.

Desarrollo

2.1 Se verificó que los procesos hubiesen identificado sus partes interesadas, sus entradas y salidas, los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos, los indicadores y los documentos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de los procesos. Como evidencia se encontraron las caracterizaciones y los documentos anexos revisando así el Numeral 4 de la norma “Contexto de la organización”.

2.2 Al interior de la entidad y de los procesos se tienen definidos los roles, responsabilidades, y se ha identificado el compromiso del responsable, del gestor y de los integrantes del proceso, lo que evidencia la conformidad del numeral 5 de la norma “Liderazgo”

2.3 Los procesos han gestionado los controles para abordar los riesgos con su respectivo plan de manejo y también cuentan con los documentos necesarios para cumplir con las necesidades y expectativas de las partes interesadas, lo que evidenció la conformidad del numeral 6 “Planificación”. Está pendiente la revisión por la dirección para poder evaluar la plataforma estratégica de la entidad frente al cumplimiento de la visión para el año 2024.

2.4 La organización y sus procesos gestionan los recursos necesarios para dar cumplimiento a los objetivos establecidos, para organizar y planificar el presupuesto de la vigencia, implementar actividades para fortalecer la toma de conciencia sobre el SIG, adoptando, ajustando y actualizando los documentos de acuerdo con los lineamientos del SIG para dar así conformidad a los requisitos aplicables del numeral 7 “Apoyo”.

En este numeral en particular, se identificaron no conformidades en algunos procesos, esto debido en gran parte a los cambios del personal contratado por la entidad y por falta de gestión en la revisión y actualización de los documentos. Ante esta situación, el proceso de Direccionamiento Estratégico ya cuenta con un plan para fortalecer esta situación, el cual incluye la campaña “Olimpiadas del SIG”, como revisiones y seguimientos a los documentos vigentes.

2.5 Para dar cumplimiento a los requisitos aplicables del numeral 8 “Operación”, se observó que se planifican y adoptan los documentos necesarios en el microsítio del SIG y en la página web de la entidad para evidenciar su cumplimiento. Adicional, se realiza la gestión de los productos y servicios a cargo de los procesos, asegurando que se cumplan los requisitos de los clientes y realizando el seguimiento con la metodología del Producto No Conforme.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

El numeral de Operación, se ha visto afectado porque depende de lineamientos que están vigentes en políticas, estrategias y planes desactualizados, lo que evidenció algunos incumplimientos.

2.6 Los procesos cuentan con indicadores de gestión, hacen los reportes de acuerdo con la periodicidad y guardan la evidencia del reporte, realizan seguimiento constante al cumplimiento de las acciones propuestas en la vigencia para evitar desviaciones y apoyan las solicitudes realizadas, informando sobre la gestión de los procesos, dando cumplimiento al numeral 9 de la norma “Evaluación del Desempeño”.

2.7 Se evidenció que los procesos establecen las acciones necesarias para la mejora continua de acuerdo con las revisiones internas y documentan las acciones que son requeridas por observaciones y desviaciones que surgen de auditorías y seguimientos internos y externos, lo que evidencia el cumplimiento del numeral 10 de la norma “Mejora”.

Para cada proceso se documentó un informe específico y detallado sobre los resultados obtenidos frente al cumplimiento de los requisitos de la norma, los cuales se dieron a conocer a cada líder para su respectiva revisión y análisis.

Teniendo en cuenta los resultados por proceso, es preciso mencionar que para aquellos en los que se identificaron No Conformidades, los procesos deben documentar las acciones de mejora correspondientes en el formato ECM-FM-04 V12 “Plan de Mejoramiento Institucional por procesos, proyectos y dependencias” dentro de los 10 días hábiles siguientes a la radicación del informe. Se debe recordar que dichas acciones no deben superar los 12 meses como fecha límite para su implementación, ejecución y culminación.

3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS

De acuerdo con la Auditoría Interna en la norma NTC ISO 9001:2015, teniendo en cuenta la revisión de las evidencias aportadas y el análisis realizado por el equipo auditor se presentan de manera general las siguientes principales fortalezas:

- Los auditados fueron receptivos en el desarrollo del ejercicio de verificación, tuvieron buena disposición frente al equipo auditor y brindaron toda la colaboración en la entrega de la documentación e información requerida, para desarrollar las entrevistas programadas dentro de la auditoría.
- Referente a la debilidad identificada en un ejercicio de auditoría anterior, asociada al numeral de seguimiento, se evidenció que al interior de la entidad se hizo un ejercicio de revisión y actualización de los indicadores de los procesos.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- Se evidenció el enfoque hacia la mejora continua que pide la norma, en la mayoría de los procesos, que independiente de las situaciones, han desarrollado estrategias y actividades para fortalecer su gestión y cumplir los objetivos propuestos en los diferentes instrumentos de planificación.
- Se resalta el compromiso de los líderes y de los gestores de los procesos para gestionar el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001 y de las oportunidades de mejora identificadas.

4. OBSERVACIONES

Diligenciar solo si corresponde a una auditoria de aseguramiento o de ley, de lo contrario N/A.

Tabla 2 - Observaciones de la auditoría

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN
	N/A	

5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS

Diligenciar solo si corresponde a una auditoria de sistemas de gestión, de lo contrario N/A.

Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
1	Gestión Financiera	Se evidenció que los procedimientos de: “tesorería, contabilidad, programación anual mensual de caja” se encuentran desactualizados, las actividades que son puntos de control no tienen las decisiones que se generan de estas y se tiene desactualizada la normatividad legal aplicable, incumpliendo con el numeral 7.5 información documentada.	7.5 Información documentada.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
2	Gestión Documental	Se evidenció que el procedimiento "SO-GD-PCBMD-07 V2 Bioseguridad para Manipulación de Documentos" cuya última actualización fue en el año 2012, se encuentra desactualizado. En la actividad 2 tiene como registro un formato que habiéndose actualizado no tiene la codificación referida; incumpliendo el numeral de Creación y actualización documental.	7.5.2 Creación y actualización
3	Gestión Tecnológica y de la Información	Se evidenció que el procedimiento de Administración de Antivirus no cuenta con los registros que evidencien su cumplimiento y se están utilizando documentos con los logos desactualizados lo que incumple el numeral de Creación y actualización de información documentada.	7.5.2 Creación y actualización
4	Servicio al ciudadano	Se evidenció que en el Plan de Mejoramiento Interno (PMI) publicado con corte al 31/08/2024, se identificaron acciones de mejora de auditorías internas que no se han cumplido, lo que generó una calificación por parte de la OCI como "Cerrada incumplida"; incumpliendo así con el numeral 10. mejora.	10 .3. Mejora continua
5	Servicio al ciudadano	Se evidenció que en varios de los registros se utilizan formatos con los logos	7.5.2 Creación y actualización

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
		desactualizados lo que incumple el numeral de Creación y actualización de información documentada.	
6	Participación Ciudadana	Se evidenció que no se ha implementado la Estrategia de Participación Ciudadana vigencia 2024, documento marco para la gestión del proceso, lo que incumple el numeral de planificación y control operacional.	8.1 Planificación y Control Operacional
7	Participación Ciudadana	Se evidenció que en el proceso de Participación Ciudadana no se usan los formatos vigentes adoptados en el Sistema Integrado de Gestión incumpliendo el numeral de toma de conciencia	7.3 Toma de Conciencia
8	Gestión del conocimiento y la innovación	Se evidenció que al interior de la entidad y del proceso se tienen definidos los roles y responsabilidades, se ha identificado el compromiso de los responsables, del gestor y de los integrantes del proceso; pese a lo anterior, no se cuenta con el/la “estadista” que asegure los criterios a tener en cuenta sobre la información estadística que produce la entidad, desconociendo la necesidad contar con los perfiles necesarios para gestionar la información que se debe analizar/producir desde la entidad y que es	5.3. Roles, responsabilidad y Autoridad

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
		de interés para la ciudadanía y para otros procesos de la entidad.	
9	Gestión del conocimiento y la innovación	Se evidenció el incumplimiento frente a lo citado en el Manual de Gestión de información estadística frente a la “priorización de necesidades de información estadística con su área temática de estudio”, así como la “identificación de usuarios y actualización para cada vigencia”, evidenciando inconsistencia en el acopio de información y transmisión de datos, seguridad de la información, almacenamiento y georreferenciación; generando incumplimiento frente al objetivo del proceso. No hay fuentes de información, ni tableros de datos para la información estadística, no existe un repositorio de información estadística, exponiendo a la entidad a riesgos frente a la información, análisis de datos y pérdida de conocimiento.	8.1. Planificación y control Operacional.
10	Gestión del conocimiento y la innovación	Se evidenció el incumplimiento frente a la identificación y priorización de necesidades e iniciativas de innovación, lo cual no permite el cumplimiento del objetivo del proceso frente a la identificación y formulación de acciones e iniciativas de innovación.	4.2. Comprensión de la necesidades y expectativas de las partes interesadas
11	Gestión del conocimiento y la innovación	Se evidenció que el procedimiento de gestión del conocimiento hace alusión a la consolidación, análisis y priorización de conocimiento a través de dos registros	7.5 Información documentada

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
		principales: el informe de análisis y priorización de conocimiento y la matriz de necesidades de conocimiento de grupos de interés, los cuales no fueron aportados como evidencias en el ejercicio de la auditoria.	
12	Gestión del conocimiento y la innovación	El proceso no cuenta con registros de avance y medición de los indicadores frente a la gestión del proceso, pese a que se cuenta con tres indicadores relacionados con tres temas principales: actualización de información estadística, ideas de innovación y repositorios de información de gestión de la información estadística.	9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación
13	Gestión del conocimiento y la innovación	Frente a los riesgos identificados no se da cumplimiento a las mediciones y periodicidad establecidas para la aplicación de los controles, exponiendo a la entidad a la pérdida del conocimiento y memoria institucional, a la pérdida de imagen y credibilidad y generando debilidades en la articulación entre las dependencias.	6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades
14	Gestión de las Comunicaciones	Se evidenció que en el GCO-PL-01 V7 Plan Estratégico de Comunicaciones se menciona el “Plan de relaciones interinstitucionales” siendo este un documento inexistente en el SIG,	8.1. planificación y control Operacional

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
		igualmente se mencionan varios productos comunicativos asociados como: Noticiero: “La UAESP te cuenta” y el Boletín: “UAESP en contacto”; productos comunicativos ligados a una periodicidad definida en el PEC; estos productos no se encuentran vigentes, incumpliendo con la periodicidad estipulada para el cumplimiento del objetivo del proceso y los lineamientos estratégicos socializados en el PEC.	
15	Gestión de las Comunicaciones	Se evidenció desactualización en los lineamientos generales del procedimiento GCO-PC-04 V7 Comunicación Interna, donde estipula que los medios para divulgar la información serán Noticiero: “La UAESP te cuenta” y el Boletín: “UAESP en contacto”, y el seguimiento a la comunicación interna institucional, los cuales no se encuentran vigentes.	7.5 Información documentada

6. CONCLUSIONES

Como resultado de la auditoría interna el equipo auditor evidenció que los procesos de la Unidad cumplen con las acciones necesarias estipuladas en los requisitos de la norma NTC ISO 900:2015. El equipo auditor ha observado un fuerte liderazgo y un compromiso significativo por parte de los responsables y gestores de los procesos, lo que es fundamental para la implementación efectiva del Sistema de Gestión de Calidad.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No obstante, se han identificado algunas no conformidades y varias oportunidades de mejora que, si se abordan adecuadamente, fortalecerán aún más la gestión de la entidad y garantizarán el cumplimiento continuo de los requisitos normativos. Estas mejoras no solo optimizarán la eficacia de los procesos, sino que también contribuirán a una cultura organizacional más robusta en torno a la calidad y la mejora continua.

7. RECOMENDACIONES

Tabla 4 - Recomendaciones por proceso

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
1	Todos los procesos	Para la redacción de los controles dentro de los mapas de riesgos por proceso, se recomienda que se utilice la estructura propuesta por la Función Pública en su Guía de Administración de riesgos en su versión 4.
2	Direccionamiento Estratégico	Establecer alternativas para fortalecer el numeral 7.3 Toma de Conciencia, para asegurarse de que los colaboradores de la entidad tomen conciencia de la política integrada de Gestión, los objetivos del SIG y la demás información relacionada con el Sistema de Gestión de Calidad.
3	Todos los procesos	Participar en las diferentes socializaciones del SIG en los diferentes espacios y apropiar todos los temas relacionados con el proceso y con el sistema de Gestión de Calidad, entre estos la política del SIG y sus objetivos.
4	Direccionamiento Estratégico	Revisar y ajustar el listado maestro de documentos, debido a que durante el desarrollo de la auditoría se evidenciaron inconsistencias como la relacionada con el procedimiento de dispositivos móviles (GTI-PC-14), el

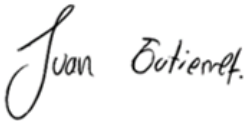
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
		cual no se encuentra disponible en el micrositio del SIG, pero en el archivo se indica que está vigente.
5	Todos los procesos	Se recomienda documentar las oportunidades de mejora que surgen por autocontrol, para que se pueda hacer seguimiento desde el Plan de Mejoramiento Institucional
6	Todos los procesos	Fortalecer la descripción del análisis de resultados en los indicadores de gestión, fortaleciendo la redacción y comunicando las desviaciones, cuando se presenten.
7	Direccionamiento Estratégico	Revisar la viabilidad de implementar un desarrollo tecnológico para fortalecer el sistema integrado de gestión frente a la disponibilidad de la información sobre los reportes, seguimiento, cargues y consolidación de la información generada, en especial en los aspectos relacionados a indicadores, riesgos y producto no conforme.

8. APROBACIÓN


 Firmado digitalmente
 por Sandra Beatriz
 Alvarado Salcedo
 Fecha: 2024.11.13
 19:58:52 -05'00'

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
 Jefe(a) de Oficina de Control Interno



Juan Antonio Gutiérrez
Auditor Líder

Auditor(es) Interno(s) que ejecutaron el trabajo

FECHA 13-11-2024