

## MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20241100092553**

Página 1 de 2

Bogotá D.C., 15 de Noviembre de 2024

**PARA:**           **LUIS JONATHAN GUTIERREZ CANTOR**  
Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público

**DE:**             Oficina de Control Interno

**ASUNTO:**    Informe Auditoría Interna Sistema Gestión Calidad – Procesos Servicios Funerarios y Alumbrado Publico

Respetado Subdirector.

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 del proceso a su cargo.

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

Para elaborar el plan de mejoramiento se deben seguir los parámetros establecidos en el procedimiento “ECM-PC-03 V10 Planes de mejoramiento” y remitirlo a la Oficina de Control Interno antes del 3 de diciembre 2024. En caso de requerir apoyo para elaborar el plan de mejoramiento, el equipo auditor estará presto en orientar dicho proceso.

Agradecemos la disposición y colaboración frente a este ejercicio.

## MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20241100092553**

Página 2 de 2

Bogotá D.C., 15 de Noviembre de 2024

Cordialmente,

**Sandra Beatriz Alvarado Salcedo**  
Firmado digitalmente  
por Sandra Beatriz  
Alvarado Salcedo  
Fecha: 2024.11.15  
18:04:58 -05'00'

**SANDRA BEATRIZ ALVARADO SALCEDO**

Jefe Oficina de Control Interno

e-mail: [sandra.alvarados@uaesp.gov.co](mailto:sandra.alvarados@uaesp.gov.co)

Anexos: Informes por proceso 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.....	3
3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS.....	5
4. OBSERVACIONES.....	5
5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS .....	5
6. CONCLUSIONES .....	6
7. RECOMENDACIONES.....	6
8. APROBACIÓN.....	7

## Lista de Tablas

Tabla 1- Información de la auditoria .....	2
Tabla 2 - Observaciones de la auditoría .....	5
Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas.....	5
Tabla 4 - Recomendaciones por proceso .....	6

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### 1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA

**Tabla 1- Información de la auditoria**

<b>ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA</b>	Sistema de Gestión de Calidad
<b>INFORME</b>	Auditoría Interna NTC ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad – Proceso Servicios Funerarios
<b>PROCESO, PROCEDIMIENTO</b>	Subdirección de Servicios Funerarios
<b>RESPONSABLE O AUDITADOS</b>	Luis Jonathan Gutiérrez Cantor Carlos Gilber Cabrera Camacho
<b>OBJETIVO</b>	Verificar el cumplimiento de los requisitos ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad e identificar oportunidades de mejora para fortalecer el proceso de la Subdirección de Servicios Funerarios
<b>ALCANCE</b>	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
<b>PERIODO DE EJECUCIÓN</b>	Octubre – noviembre 2024
<b>EQUIPO AUDITOR</b>	Luz Stella Cañón Hernández
<b>DOCUMENTACIÓN ANALIZADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015</li> <li>• Modelo Integrado de Planeación y Gestión</li> <li>• Modelo Estándar de Control Interno</li> <li>• Micrositio del SIG</li> <li>• Evidencia de cumplimiento de los procedimientos y registros de uso de los formatos.</li> </ul>

### 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 del proceso de la Subdirección de servicios Funerarios de la UAESP, se realizó el día 24 de octubre de 2024 en las instalaciones de la SSFAP de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP. La entrevista de auditoría inició a las 11:00 MM am y finalizó a las 13:30 MM pm.

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 aplicable al proceso y las evidencias adicionales requeridas fueron solicitadas y remitidas al correo electrónico del auditor, con el fin de guardar la trazabilidad de la comunicación oficial y posterior disposición de esta en el repositorio de información dispuesto por la OCI.

#### 2.1. Desarrollo

2.1 Se verificó que el proceso ha 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 del objetivo del proceso. Como evidencia se cuenta con la caracterización y los documentos anexos cumpliendo así el Numeral 4 de la norma “Contexto de la organización”. Se evidencia que los documentos fueron actualizados en la vigencia del 2024, sin embargo, debido al cambio del plan de desarrollo “Bogotá camina segura” se sugiere realizar la actualización toda vez que las subvenciones ya no estarán a cargo de la subdirección.

2.2 Al interior de la entidad y del proceso 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”, A través de los comités primarios se delegan actividades para los integrantes del equipo.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

3.3 El proceso ha gestionado los controles para abordar los riesgos con su respectivo plan de manejo y también cuenta con los documentos necesarios para cumplir con las necesidades y expectativas de las partes interesadas, lo que evidencia la conformidad del numeral 6 “Planificación”. Se pudo evidenciar para la vigencia la actualización de la matriz de riesgos y el seguimiento correspondiente al tercer trimestre, sin embargo, este no se había remitido a la OAP. Se sugiere actualizar la matriz de riesgos conforme al plan de desarrollo “Bogotá camina segura”

3.4 La organización y el proceso gestionan los recursos necesarios para dar cumplimiento al objetivo del proceso, para organizar y planificar el presupuesto de la vigencia, implementar actividades para fortalecer la toma de conciencia sobre el SIG para dar así conformidad a los requisitos aplicables del numeral 7 “Apoyo” sin embargo se evidenció falta de conocimiento del SGC por parte de algunos colaboradores del proceso y frente a la actualización de documentos y conocimiento en la página web de la entidad.

3.5 Para dar cumplimiento a los requisitos aplicables al proceso del numeral 8 “Operación”, el proceso planifica y adopta los documentos necesarios en el micrositio del SIG y en la página web de la entidad para evidenciar su cumplimiento. La planificación de los servicios se realiza según las necesidades y se hace a través de un proceso licitatorio para la operación de los cementerios, en cuanto al control, este se lleva mediante los informes de gestión y los informes periódicos de supervisión. En la vigencia 2024 solo se han publicado hasta el mes de mayo los informes de supervisión y control en la página web de la entidad.

3.6 El proceso cuenta con un indicador de gestión, lo reporta de acuerdo con la periodicidad y guarda la evidencia del reporte, realiza seguimiento constante al cumplimiento de las acciones propuestas en la vigencia para evitar desviaciones y apoya las solicitudes realizadas, informando sobre la gestión del proceso, dando cumplimiento al numeral 9 de la norma “Evaluación del Desempeño”. Se pudo evidenciar el seguimiento al indicador del proceso con corte al mes de septiembre del 2024.

3.7 El proceso establece las acciones necesarias para la mejora continua de acuerdo con las revisiones internas y documenta 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”. Se pudo evidenciar que en el PMI el proceso tiene dos acciones correctivas, las cuales se encontraban cumplidas y cerradas por la OCI.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### 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 evaluación, tuvieron buena disposición frente al equipo auditor y brindaron toda la colaboración en la entrega de la documentación e información requerida, para desarrollar el programa de auditoría.
- Se evidenció el cumplimiento del plan de mejoramiento interno, las acciones fueron cumplidas en el plazo establecido.
- El equipo realiza reuniones periódicas para hacer seguimiento a las actividades del proceso y deja los registros en actas.
- Se evidencia la medición del proceso mediante el indicador correspondiente a la vigencia 2024, junto con el respectivo análisis. Adicionalmente, el proceso remite a la Oficina Asesora de Planeación el informe de revisión por la dirección donde se indican los avances del proceso.

### 4. OBSERVACIONES

**Tabla 2 - Observaciones de la auditoría**

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN
N/A		

### 5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS

**Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas**

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
N/A			

### 6. CONCLUSIONES

De acuerdo con la evaluación realizada a los requisitos de la norma ISO 9001:2015 que le aplican al proceso de Servicios Funerarios, se identificaron cuatro (4) fortalezas y dos (2) oportunidades de mejora, con lo cual se puede evidenciar que las actividades adelantadas por el proceso han permitido asegurar una adecuada implementación y mantenimiento del sistema de Gestión de Calidad.

- ✓ Se identificó una oportunidad de mejora relacionada con el numeral 4.1 “Comprensión de la organización” y 7.3 “Toma de conciencia” toda vez que se aplicó entrevista a un colaborador del proceso frente a la valoración del conocimiento del Sistema de Gestión de Calidad, evidenciando que se hace necesario fortalecer las siguientes temáticas: objetivos estratégicos, política de la gestión de riesgos y ubicación página web del SGC.
- ✓ Oportunidad de mejora relacionada con el numeral 7.5 documentación: Presentar oportunamente los informes de supervisión y control del proceso de servicios funerarios, así mismo publicarlos en la página web de la entidad.

### 7. RECOMENDACIONES

**Tabla 4 - Recomendaciones por proceso**

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
2	Servicios Funerarios	Presentar y publicar oportunamente el informe mensual de supervisión y control del servicio funerario, para garantizar el acceso de la información a la ciudadanía.
3	Servicios Funerarios	Fortalecer en el proceso las actividades de apropiación del sistema, fortalecimiento de competencias del equipo, aseguramiento de información y mejora continua. Igualmente se recomienda que los colaboradores del

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

		proceso participen activamente en las jornadas de capacitación del SGC.
4	Servicios Funerarios	Revisar la formulación riesgos y oportunidades cuya estructura requiera completarse a través de la inclusión de nuevas causas, consecuencias, controles o planes de tratamiento, de acuerdo con el nuevo plan de desarrollo “Bogotá camina segura”
5	Servicios Funerarios	Se recomienda documentar las oportunidades de mejora que surgen por autocontrol, para que se pueda hacer seguimiento desde el Plan de Mejoramiento Institucional

### 8. APROBACIÓN

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo  
Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo  
Fecha: 2024.11.15 18:00:46 -05'00'

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

FIRMA(S)

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

FECHA 15-11-2024

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA .....	2
2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA .....	3
2.1. Desarrollo.....	3
3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS.....	8
4. OBSERVACIONES.....	8
5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS .....	9
6. CONCLUSIONES .....	9
7. RECOMENDACIONES.....	9
8. APROBACIÓN.....	11

### Lista de Tablas

Tabla 1- Información de la auditoria .....	2
Tabla 2 - Observaciones de la auditoría .....	8
Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas.....	9
Tabla 4 - Recomendaciones por proceso .....	9

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### 1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA

**Tabla 1- Información de la auditoria**

<b>ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA</b>	Sistema de Gestión de Calidad
<b>INFORME</b>	Auditoría Interna NTC ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad – Proceso de Alumbrado Público
<b>PROCESO, PROCEDIMIENTO</b>	Proceso de Alumbrado Público
<b>RESPONSABLE O AUDITADOS</b>	Luis Jonathan Gutierrez Cantorona Carlos Gilber Cabrera Ovalle Andres Julian Ariza Castellanos Jennifer Alexandra Diaz Calvo
<b>OBJETIVO</b>	Verificar el cumplimiento de los requisitos ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad e identificar oportunidades de mejora para fortalecer el proceso de Alumbrado
<b>ALCANCE</b>	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
<b>PERIODO DE EJECUCIÓN</b>	Octubre – noviembre 2024
<b>EQUIPO AUDITOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jerce Aurora Sandoval – Auditor Líder</li> <li>• Nury Cobo Villamil– Auditor Observador</li> </ul>
<b>DOCUMENTACIÓN ANALIZADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015</li> <li>• Modelo Integrado de Planeación y Gestión</li> <li>• Modelo Estándar de Control Interno</li> <li>• Micrositio del SIG</li> <li>• Evidencia de cumplimiento de los procedimientos y registros de uso de los formatos.</li> </ul>

## 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 del proceso de Alumbrado Público de la UAESP, se realizó el día lunes veintiuno (21) de octubre de 2024, en las instalaciones de la sala de juntas de la Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP. La entrevista de auditoría inició a las 9:00 am y finalizó a las 11:24 am.

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 aplicable al proceso y las evidencias adicionales requeridas fueron solicitadas y remitidas al correo electrónico del auditor, con el fin de guardar la trazabilidad de la comunicación oficial y posterior disposición de esta en el repositorio de información dispuesto por la OCI.

### 2.1. Desarrollo

#### Contexto de la organización

Se evidenció dentro del micrositio del Sistema Integrado de Gestión que cuenta con: El registro del contexto en el formato “ALP-CP-01 V1 Caracterización Servicio al Ciudadano”, que ofreció una visión integral del objetivo, alcance y líder del proceso. Además, se identificaron los proveedores, entradas, actividades principales, salidas y clientes dentro del ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar).

Se realizó una breve descripción del propósito del informe y su relevancia en el marco del decreto 845-2019 y su implicación en la infraestructura de alumbrado público mencionando el actuar de la entidad y cómo estas incorporaciones afectan a la comunidad, considerando aspectos como la seguridad, el acceso y la calidad de vida.

Se observó que el proceso cumple con los requisitos establecidos, particularmente en relación con el contexto organizacional. La información recolectada a través de entrevistas,

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

observaciones y revisión de documentación evidenciándose una comprensión adecuada del ciclo PHVA y de los elementos esenciales del proceso.

### 2.2. Liderazgo

Durante la auditoría, se constató el compromiso con el Sistema de Gestión de Calidad, evidenciándose que el proceso ha logrado identificar de manera clara las autoridades y responsabilidades, las cuales han evolucionado en línea con la organización de la entidad donde se tienen definidos los roles, responsabilidades, y se ha identificado el compromiso los integrantes del proceso, lo que evidencia la conformidad del numeral 5 de la norma.

Sin embargo, el proceso establece que la alta dirección debe garantizar la correcta asignación, comunicación y comprensión de las responsabilidades y autoridades correspondientes a cada rol en toda la organización. Además, es esencial fomentar el apoyo transversal, dado que existen funcionarios específicos dentro del complejo que requieren un líder que atienda sus necesidades e instrucciones. De igual forma, el proceso mencionó que enfrentaron desafíos, como la ausencia de un subdirector, y no se proporcionaron los lineamientos estratégicos necesarios dentro del proceso de alumbrado.

Esto generó complicaciones adicionales, incluyendo la atención limitada a asuntos funerarios y los traumatismos asociados a los servidores de planta.

### 2.3. Planificación

En el microsítio del Sistema Integrado de Gestión, se ha llevado a cabo un análisis de riesgos y oportunidades relacionado con el Sistema, asegurando que se tomen en cuenta en la planificación.

Se evidenció que los riesgos identificados han sido evaluados para determinar acciones proporcionales a su impacto potencial. En particular, se han identificado riesgos relacionados con la gestión y la corrupción. De este último se auditó el riesgo:

*“Posibilidad de favorecimiento propio o de un tercero por otorgamiento de permisos sin el cumplimiento de los requisitos técnicos y normativos existentes por la debilidad en la aplicación de los controles establecidos en los documentos del SIG”.*

En el proceso de aprobación de la incorporación de la infraestructura de alumbrado público al Distrito Capital, se realiza una auditoría del registro en la Base de Datos. Se solicita una copia digital del plano aprobado por el operador de la red del diseño eléctrico del proyecto. Esto tiene como objetivo verificar si se cumplen los requisitos documentales establecidos en la lista de chequeo.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

La auditoría confirmó que efectivamente se lleva a cabo la revisión de esta lista antes de la aprobación, dando cumplimiento a la descripción del control “*Revisión de cumplimiento de requisitos para otorgamiento de permisos mediante la aplicación de listas de chequeo*”.

Ahora bien, el proceso no tiene contemplados riesgos de seguridad de la información particular, aun cuando se evidenció que existe la posibilidad por ejemplo, de tener problemas en la consulta y manejo de la información de los documentos remitidos a la UAESP a través de plataformas como WeTransfer que tienen caducidades limitadas de visualización y descarga; o ante una posible pérdida de información debido a la manipulación de la información que reside en el único archivo excel cargado en la nube de la entidad; hay un riesgo significativo de pérdida de información. Esto provoca que se tenga que solicitar nuevamente al solicitante que actualice el acceso a los documentos, lo que genera demoras y posibles inconvenientes en la gestión.

Sin embargo, el proceso ha gestionado requerimientos y controles para abordar los riesgos y también cuenta con los documentos necesarios para cumplir con las necesidades y expectativas de las partes interesadas, lo que evidencia la conformidad del numeral 6 “Planificación”.

### 2.3.1. Apoyo

El proceso ha demostrado contar con los recursos necesarios para el adecuado desempeño de sus actividades, evidenciado en la disponibilidad de documentación pertinente que respalda el Sistema de Gestión de Calidad (SGC).

Los documentos relacionados con cada proceso, como manuales, guías, procedimientos y formatos, están debidamente estructurados y son fácilmente accesibles. Esto garantiza que todos los miembros del equipo tengan la información necesaria para desempeñar sus funciones de manera efectiva y conforme a los estándares establecidos.

Durante la revisión en sitio, se verificó el registro de la infraestructura incorporada al alumbrado público del Distrito. Una vez aprobada la incorporación, se registra en la Base de Datos, donde se evidenció la información relevante, incluyendo alertas sobre los plazos y el estado del procedimiento.

Adicionalmente, se revisó la lista de chequeo implementada para este proceso y se corroboró la copia digital del plano aprobado por el operador de la red del diseño eléctrico del proyecto, en formato PDF con una resolución de 400 DPI a color.

Es importante señalar que el proceso cuenta con personal suficiente para llevar a cabo sus funciones, 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

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

documentos de acuerdo con los lineamientos del SIG para dar así conformidad a los requisitos aplicables del numeral 7 “Apoyo”

No obstante, el proceso manifestó que, en ocasiones, la atención a la contratación puede experimentar demoras. Esto sugiere la necesidad de optimizar el flujo de trabajo en esa área para mejorar la eficiencia y el tiempo de respuesta.

Adicionalmente, se identificaron falencias en el conocimiento por parte de los nuevos integrantes del equipo, lo cual se atribuyó a su corta antigüedad en la organización. Esta situación subraya la necesidad de implementar procesos de inducción iniciales para asegurar que todo el personal en especial los líderes del proceso estén alineados con la misión, visión de la entidad, los objetivos con el fin de que lo identifiquen, conozcan y se apropien.

### 2.4. Operación:

El informe mensual de supervisión y control de alumbrado público para julio de 2024 presenta varios aspectos positivos que destacan su efectividad y utilidad. En primer lugar, la gestión técnica-operativa está bien estructurada, abordando temas clave como el seguimiento de la infraestructura y el mantenimiento preventivo y correctivo.

Este enfoque permite un control exhaustivo de las luminarias existentes, con un conteo claro y actualizado tanto de las que pertenecen a Enel Colombia como a la administración del Distrito Capital. La modernización de luminarias a tecnología LED en ciclorrutas, parques y vías es un avance significativo, lo que resalta un compromiso con la sostenibilidad y la mejora de la calidad del servicio.

Además, el informe incluye un seguimiento meticuloso a la normalización de la infraestructura y a las mediciones de iluminancia, lo que asegura que el alumbrado público cumpla con los estándares requeridos.

La inclusión de datos sobre acciones de mejora y la gestión de PQRS refleja una atención a las necesidades y preocupaciones de la comunidad. Por otra parte, la gestión financiera es clara y transparente, facilitando el seguimiento de los pagos y las obligaciones contractuales, lo cual es fundamental para la rendición de cuentas.

En cumplimiento a los requisitos aplicables al proceso del numeral 8 “Operación”, el proceso planifica y adopta los documentos necesarios en el micrositio 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 del proceso, asegurando que se cumplan los requisitos de los clientes y establecidos por la entidad.

### 2.5. Evaluación del Desempeño

El indicador de "Diseños Fotométricos Aprobados (Fase II)" mide la eficacia de la gestión en la aprobación de proyectos fotométricos, con un objetivo de alcanzar al menos el 95% de proyectos aprobados en un tiempo menor o igual a 30 días hábiles. La línea base se estableció en 80%, lo que permite evaluar el progreso en la eficiencia del proceso:

- **Primer Trimestre (Enero - Marzo 2024):**
  - Total, de proyectos aprobados: 246.
  - Proyectos aprobados a tiempo (menor o igual a 30 días): 194.
  - Resultado del indicador: 79%, que se clasifica dentro del rango **"CRÍTICO"**.
- **Segundo Trimestre (Abril - Junio 2024):**
  - Total, de proyectos aprobados: 329.

Proyectos aprobados a tiempo: se reportan 28 adicionales en junio que no se incluyeron en el informe de marzo, lo que lleva el resultado a 122% para este período, lo que sugiere una mejora significativa.

Resultado del indicador: 90% acumulado a fin de junio, que clasifica en el rango **"NORMAL ACEPTABLE"**.

El proceso cuenta con dos indicadores de gestión, lo reporta de acuerdo con la periodicidad y guarda la evidencia del reporte, realiza seguimiento constante al cumplimiento de las acciones propuestas en la vigencia para evitar desviaciones y apoya las solicitudes realizadas, informando sobre la gestión del proceso, dando cumplimiento al numeral 9 de la norma "Evaluación del Desempeño".

Sin embargo, es importante mencionar que, aunque se han presentado propuestas de mejora, estas no cuentan con un plan de acción detallado. Además, se observó que el proceso carece de un análisis crítico y reflexivo de los resultados, lo que impide una comprensión profunda de las fluctuaciones en el desempeño del indicador 'Diseños Fotométricos Aprobados (Fase II)'. Aunque se reportan cifras de proyectos aprobados trimestralmente, no se abordan las causas de los rendimientos bajos ni se plantean acciones concretas para mejorar. Esta falta de un análisis crítico limita la capacidad para identificar áreas problemáticas y ajustar estrategias, lo que es esencial para fomentar la mejora continua. Sin ello, se corre el riesgo de que los mismos problemas se repitan en el futuro, afectando la efectividad del proceso de aprobación de diseños fotométricos.

Lo mismo ocurre con el indicador "Solicitudes de incorporación de infraestructura revisadas documentalmente".

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### 2.6. 10 mejora:

El proceso señala que actualmente no hay planes de mejoramiento vigentes. Sin embargo, en la matriz del Plan de Mejoramiento Interno (PMI) con fecha 31/08/2024, descargada del sitio web, se menciona un plan en estado “cerrado sin tratamiento”, aunque carece de una descripción detallada al respecto.

Al realizar la consulta a la Oficina de Control Interno, se permitió confirmar que no tienen ninguna acción asociada al Sistema de Gestión de Calidad incumplida y que por el contrario han realizado la gestión correspondiente para garantizar el cumplimiento de mejora continua, aunque no todo este documentado en el Plan de Mejoramiento Institucional.

### 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:

- El proceso está avanzando en la evaluación de la satisfacción del ciudadano. Aunque actualmente no se aplica una medición de satisfacción específica, se están implementando nuevos canales para recoger feedback en conjunto con el proceso de servicio al ciudadano, lo que representa un paso positivo hacia la mejora continua.
- El proceso de Alumbrado Público en un proceso de mejora continua ha tomado medidas para abordar el riesgo identificado de seguridad y disponibilidad de la información. Evidenciando él envió a la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones el radicado 20234000154613, solicitando el desarrollo de un software a medida destinado al registro, gestión, seguimiento y control de la información relacionada con el trámite de aprobación de proyectos fotométricos de Alumbrado Público, el cual fue reiterado con radicado 20244000050363.

### 4. OBSERVACIONES

**Tabla 2 - Observaciones de la auditoría**

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### 5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS

Diligenciar solo si corresponde a una auditoría 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
	N/A		

### 6. CONCLUSIONES

Como resultado de la auditoría interna el equipo auditor evidenció que el proceso de Alumbrado Público de la Unidad cumple con las acciones necesarias estipuladas en los requisitos de la norma NTC ISO 900:2015.

### 7. RECOMENDACIONES

**Tabla 4 - Recomendaciones por proceso**

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
1	Alumbrado Público	<b>5.Liderazgo:</b> Se recomienda que el proceso realice una revisión con la alta dirección para evaluar la posibilidad de designar un líder específico para el área de alumbrado. Además, es fundamental implementar un plan de comunicación efectivo que garantice que todos los funcionarios comprendan las autoridades y roles definidos en el proceso de Alumbrado Público, permitiendo así una atención adecuada y equitativa a ambas áreas de servicio.
2	Alumbrado Público	<b>6. Planificación:</b> Se recomienda establecer protocolos claros para la gestión de solicitudes y accesos a documentos, de modo que se minimicen las pérdidas de información y se optimice el flujo de trabajo,

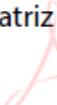
## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
		<p>implementando, mejores prácticas en todos los que hacen parte del procedimiento, con el fin de que todos sean conscientes de los riesgos por el uso de herramientas de transferencia de archivos y pérdida de la información.</p> <p>Para lo anterior, se sugiere continuar que conforme al radicado 20241400055793, se dé continuidad a la solicitud de la viabilidad de desarrollo de software diligenciando el formato GTIFM-06 V1 – Solicitud de cambio en la arquitectura TI.</p>
3	Alumbrado Público	<p>Al revisar en sitio el Procedimiento de Incorporación de la Infraestructura de Alumbrado Público instalada en Zonas de Cesión, se ha constatado que este documento aún presenta los logos del S.G.S.</p> <p>Sin embargo, se evidencia que, en atención a correos con Planeación, se encuentra en proceso de actualización para ajustes finales para lo cual se recomienda llevar a cabo un proceso de planificación y comunicación efectivo. Esto implica informar a todos los empleados sobre los cambios, brindar capacitación adecuada para asegurar una correcta comprensión y ejecución.</p>
4	Alumbrado Público	<p><b>8.Operación:</b> Establecer un cronograma de publicación más riguroso y puntual del informe mensual de supervisión y control. Actualmente, el informe de julio presenta datos de junio, lo que puede limitar la efectividad de la toma de decisiones y la capacidad de respuesta ante posibles problemas.</p> <p>Implementar un sistema que garantice la recopilación y análisis de datos en tiempo real permitiría que los informes</p>

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
		sean más actuales. Esto no solo mejoraría la transparencia, sino que también aumentaría la confianza de la comunidad en la gestión del servicio.
5	Alumbrado Público	<p><b>9- Evaluación del Desempeño:</b> Se recomienda realizar un análisis de causa raíz para identificar las razones detrás de los bajos niveles de indicadores. Esto debería incluir la revisión de los procedimientos actuales, así como la evaluación de los recursos humanos y técnicos.</p> <p>Adicional, se requiere establecer un plan de mejoramiento que implica: Diseñar un conjunto de estrategias y acciones específicas para abordar las debilidades identificadas del indicador. Este plan toma el análisis de resultados claro de las causas subyacentes de las afectaciones, así como objetivos concretos y medibles que busquen mejorar el rendimiento.</p>

### 8. APROBACIÓN

**Sandra Beatriz Alvarado Salcedo**  

Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo  
Fecha: 2024.11.15 18:00:46 -05'00'

**Sandra Beatriz Alvarado Salcedo**  
**Jefe de Oficina de Control Interno**

Jerce Sandoval Macias  
 Jerce Aurora Sandoval  
**Auditor lider**



Nury Cobo Villamil  
**Auditor observador**

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

FECHA 15-11-2024