

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20241100092563**

Página 1 de 2

Bogotá D.C., 15 de Noviembre de 2024

PARA: **DOLLY ARIAS CASAS**
Subdirección Administrativa y Financiera

DE: Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe Auditoría Interna Sistema Gestión Calidad – Procesos Gestión del Talento Humano, Gestión Financiera, Gestión de Apoyo Logístico, Servicio al Ciudadano y Gestión Documental

Respetada Doctora Dolly

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.: **20241100092563**

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
18:16:13 -05'00'

SANDRA BEATRIZ ALVARADO SALCEDO

Jefe Oficina de Control Interno

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

Anexos: Informe 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 | 6 |
| 6. CONCLUSIONES | 6 |
| 7. RECOMENDACIONES..... | 6 |
| 8. APROBACIÓN..... | 8 |

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..... | 6 |
| Tabla 4 - Recomendaciones por proceso | 6 |

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 Talento Humano |
| PROCESO, PROCEDIMIENTO | Proceso de Talento Humano |
| RESPONSABLE O AUDITADOS | Dolly Arias Subdirectora Administrativa y Financiera , Sandra Martínez Profesional Especializado Subdirección Administrativa y Financiera |
| OBJETIVO | Verificar el cumplimiento de los requisitos ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad e identificar oportunidades de mejora para fortalecer el proceso de servicios funerarios |
| 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 | <i>Auditor</i> María Carolina Camacho <i>Observador</i> Vivian Lorena Neiva Parra |

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

| | |
|---------------------------------------|---|
| <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 del proceso de Talento Humano de la UAESP, se realizó el día 10 de octubre de 2024 en las instalaciones de la Subdirección Administrativa y Financiera de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP. La entrevista de auditoría inició a las 09:00 am y finalizó a las 12:00 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

2.1.1. Contexto de la Organización

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”, en la caracterización se evidencio la

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

identificación de las entradas, salidas proveedores y clientes del proceso, enmarcados en el ciclo del PHVA.

2.1.2. Liderazgo

Al interior de la entidad y del proceso se tienen definidos los roles, responsabilidades, y se ha identificado el compromiso de la subdirectora, del gestor y de los integrantes del proceso, con el seguimiento y mejora del SGC, lo que evidencia la conformidad del numeral 5 de la norma “Liderazgo”

2.1.3. Planificación

El proceso ha gestionado los controles para abordar los riesgos los cuales fueron revisados, así como las acciones efectuadas, su periodicidad, las cuales vienen siendo efectuadas con la pertinencia requerida, con su respectivo plan de manejo y se presentaron las evidencias oportunamente, para cumplir con las necesidades y expectativas de las partes interesadas, lo que evidencia la conformidad del numeral 6 “Planificación”.

2.1.4. Apoyo

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, sin embargo es necesario implementar planes para aumentar esta gestión durante este año, de tal manera que se puedan ejecutar la totalidad de las actividades para fortalecer la toma de conciencia sobre el SIG, procurando, adoptando, ajustando y actualizando los documentos de acuerdo con los lineamientos del SIG. Se revisó la necesidad de mantener en lo posible cubiertos los cargos de planta, para lo cual se evidencio que los procesos de encargo se han realizado con el fin de adjudicar los cargos a la mayor brevedad que el proceso lo permite, para dar así conformidad a los requisitos aplicables del numeral 7 “Apoyo”

2.1.5. Operación

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.

2.1.6. Evaluación de Desempeño

El proceso ha venido trabajando en sus indicadores de gestión, para realizar un mejor seguimiento de las actividades propias del proceso, por esto ha incorporado nuevos indicadores, los cuales son reportados de acuerdo con la periodicidad estipulada en la hoja de vida de cada indicador y guarda la evidencia del reporte, realiza seguimiento constante al cumplimiento de las acciones propuestas en la vigencia para evitar

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

desviaciones y apoya las solicitudes realizadas, informando sobre la gestión del proceso, dando cumplimiento al numeral 9 de la norma “Evaluación del Desempeño”.

2.1.7. Mejora Continua

El proceso ha establecido las acciones necesarias, para contribuir a la mejora continua, de acuerdo con las revisiones internas y documentando y reportando los avances en 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”.

3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS

Diligenciar si aplica, así: Conformidades y Fortalezas para auditorías de Sistemas de Gestión, y Aspectos Positivos para los demás tipos de auditorías.

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 ha venido trabajando en los diferentes riesgos que ha identificado especialmente a los riesgos de corrupción y SARLAFT, manteniendo controlados los posibles conflictos que se puedan presentar.
- Se destaca el trabajo realizado en el PIC abarcando todas las capacitaciones del cronograma, tanto las de recapitación, como las capacitaciones nuevas requeridas, a medida que los procesos han manifestado sus necesidades, así como la toma de conciencia en los funcionarios y contratistas.
- El proceso identifica y hace seguimiento desde el SIG a los posibles riesgos asociados a SST.
- Se destaca la aplicación de los diferentes protocolos, en el manejo de los datos personales captados en los espacios liderados por el sistema de seguridad de la información, aplicado en la entidad en atención a la normativa vigente como la Ley 1581 de 2012.

4. OBSERVACIONES

Tabla 2 - Observaciones de la auditoría

| No. | PROCESO | DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN |
|-----|---------|-------------------------------|
| N/A | N/A | N/A |

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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 | N/A | N/A | N/A |

6. CONCLUSIONES

Como resultado de la auditoría interna el equipo auditor evidenció que el proceso de Talento Humano de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos cumple con las acciones necesarias estipuladas en los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015, participando en la creación e implementación de procedimientos, formatos, e instructivos, con el fin de contribuir a tener un Sistema de Gestión de Calidad fortalecido; se dejan recomendaciones enfocadas a documentar e implementar acciones de mejora que el proceso identifique como resultado del autocontrol.

7. RECOMENDACIONES

Tabla 4 - Recomendaciones por proceso

| No. | PROCESO | RECOMENDACIÓN |
|-----|---------------------------|---|
| 1 | Gestión de Talento Humano | Garantizar el compromiso con la organización, de los participantes en los cursos identificados en el Plan Institucional de Capacitación, con el fin responder ante el esfuerzo de la entidad y de retribuir a la misma a través de los conocimientos adquiridos en pro de la mejora continua de los procesos y del SIG. |
| 2 | Gestión de Talento Humano | Documentar el procedimiento para dar lineamientos a los funcionarios tanto en la etapa previa como posterior, a nivel de la unidad para las Comisiones de estudio, esto con el fin de garantizar |

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

| No. | PROCESO | RECOMENDACIÓN |
|-----|---------------------------|--|
| | | la retribución del conocimiento a la entidad de este tipo de comisiones. |
| 3 | Gestión de Talento Humano | <p>Actualizar los procedimientos en general del proceso lo antes posible, teniendo en cuenta que durante las dos últimas auditorías internas se han realizado recomendaciones sobre este tema, con el fin de garantizar que estos sirvan de guía de forma expedita, a los funcionarios y contratistas de la entidad, y a su vez estar preparados para la auditoría externa que se llevará a comienzos del 2025, en especial se recomienda actualizar los siguientes procedimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GTH-PC-03 V7 Evaluación del Desempeño 23/10/2018 • GTH-PC-07 V2 Concertación, Seguimiento y Evaluación de los Acuerdos de Gestión 23/10/2018 • GTH-PC-17 V1 Beneficios a empleados a largo plazo 14/08/2019 • GTH-PC-19 V1 Reporte y trámites de incapacidades y licencias médicas 20/04/2020 • GTH-PC-08 V6 Formulación, ejecución y evaluación plan de Bienestar Social e Incentivos 02/06/2021 • GTH-PC-05 V7 Formulación, Ejecución y Evaluación Plan Institucional de Capacitación 09/06/2021 • GTH-PC-09 V2 Formulación Plan de Trabajo del Sistema de Gestión para la Seguridad y Salud en el Trabajo 09/06/2021 • GTH-PC-04 V4 Permisos, Licencias y Otras Situaciones Administrativas 25/07/2022. <p>Así como los formatos asociados a estos procedimientos.</p> |

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

| No. | PROCESO | RECOMENDACIÓN |
|-----|---------------------------|--|
| 4 | Gestión de Talento Humano | Documentar oportunidades en la matriz de riesgos, teniendo en cuenta que la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos y sus procesos en general están en constante mejora, las cuales surgen por autocontrol. |
| 5 | Gestión de Talento Humano | Continuar con las actividades de divulgación y socialización de la información relacionada con el SIG, para contribuir con el fortalecimiento y crecimiento de la cultura organizacional. |

8. APROBACIÓN

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo

Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Fecha: 2024.11.15 18:10:14 -05'00'

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



María Carolina Camacho Gamboa
Profesional Universitario Subdirección de Disposición Final
Auditor



Vivian Lorena Neiva Parra
Profesional Universitario (E) Subdirección de Recolección Barrido y Limpieza
Observador

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..... | 5 |
| 4. OBSERVACIONES..... | 5 |
| 5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS | 6 |
| 6. CONCLUSIONES | 6 |
| 7. RECOMENDACIONES..... | 7 |
| 8. APROBACIÓN..... | 8 |

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..... | 6 |
| Tabla 4 - Recomendaciones por proceso | 7 |

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 Gestión Financiera |
| PROCESO, PROCEDIMIENTO | Gestión Financiera |
| RESPONSABLE O AUDITADOS | Mónica Milena González Flórez Daniel Alexander Mariño carrillo |
| OBJETIVO | Verificar el cumplimiento de los requisitos ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad e identificar oportunidades de mejora para fortalecer el proceso de Gestión de Gestión Financiera |
| 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 | Luz Stella Cañón Hernández |
| DOCUMENTACIÓN ANALIZADA | <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 del proceso de Gestión financiera de la UAESP, se realizó el día 10 de octubre de 2024 en las instalaciones de la SAF de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP. La entrevista de auditoría inició a las 10:00 MM am y finalizó a las 12:30 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 relacionados con los procesos de contabilidad y de tesorería se encuentran desactualizados conforme a la normatividad vigente.

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 la actualización de los riesgos con corte al 10 de octubre y el envío de los soportes de los controles a la OAP.

3.4 La organización y el proceso gestionan los recursos 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 y adoptarlo, de conformidad con los requisitos aplicables del numeral 7 “Apoyo” sin embargo se pudo evidenciar la falta de recursos humanos para mantener el grupo de colaboradores durante la vigencia, ya que actualmente solo el contador es funcionario de planta y los demás están vinculados mediante un contrato de prestación de servicios para determinados periodos en el año, así mismo se evidenció falta de conocimiento del SGC por parte de algunos colaboradores del proceso.

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 microsítio del SIG y en la página web de la entidad para evidenciar su cumplimiento. Adicional, en la vigencia 2024 el proceso de contabilidad ha venido realizando los Estados financieros oportunamente y se han presentado a la alta dirección.

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 de contabilidad hasta el mes de septiembre del 2024, el líder manifestó que a partir de esa fecha el indicador fue eliminado y se viene trabajando en la construcción de un nuevo indicador que le aplique al proceso.

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 una acción correctiva con vencimiento al 30 de septiembre del 2024, la cual se encuentra en proceso de evaluación por parte de 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 verificó que la dependencia presenta un claro entendimiento del enfoque a procesos y sus funcionarios lo aplican en sus labores asignadas.
- Identificación de oportunidades de mejora a partir de los resultados del informe revisión por la dirección y las auditorías independientes realizadas por la Oficina de Control Interno.
- Definición de riesgos del proceso (gestión y corrupción) y controles acordes con la operación y lo definido en la política y los objetivos de calidad.
- El equipo realiza reuniones periódicas para hacer seguimiento a las actividades del proceso y deja los registros en actas.
- El grupo contable durante la vigencia del 2024 ha asistido a capacitaciones impartidas por la Contaduría General de la Nación, actualizando de esta manera los conocimientos para la entrega adecuada de los productos del proceso.

4. OBSERVACIONES

Tabla 2 - Observaciones de la auditoría

| No. | PROCESO | DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN |
|-----|---------|-------------------------------|
| N/A | | |
| | | |

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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 |
|-----|--------------------|---|------------------------------|
| 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. |

6. CONCLUSIONES

De acuerdo con la evaluación realizada a los requisitos de la norma ISO 9001:2015 que le aplican al proceso de Gestión Disciplinaria interna, se identificaron seis (6) fortalezas, una (1) no conformidad y una (1) 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 subsistema de Gestión de Calidad.

- ✓ Se identificó una oportunidad de mejora relacionada con el numeral 4.1 “Comprensión de la organización” y 7.3 “Tomas de conciencia” toda vez que se aplicó entrevista a dos colaboradores del proceso frente a la valoración del conocimiento del Sistema de Gestión de Calidad, evidenciando que se hace necesario fortalecer las siguientes

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

temáticas: objetivos estratégicos, política de la gestión de riesgos y ubicación página web del SGC.

7. RECOMENDACIONES

Tabla 4 - Recomendaciones por proceso

| No. | PROCESO | RECOMENDACIÓN |
|-----|--------------------|--|
| 1 | Gestión Financiera | Continuar con las gestiones conducentes a la actualización de los procedimientos del proceso, considerando que su última actualización para el caso de tesorería obedece a la vigencia 2016 y los de contabilidad de la vigencia del 2020. |
| 2 | Gestión Financiera | Continuar con las gestiones necesarias para subsanar los hallazgos pendientes de cierre en el plan de mejoramiento interno |
| 3 | Gestión Financiera | Para mantener la solidez del sistema es importante continuar gestionando los recursos relacionados con el personal del proceso, fortalecer las competencias del equipo, asegurar la información y mejora continua. Igualmente se recomienda que los colaboradores actuales participen activamente en las jornadas de capacitación del SGC. |
| 4 | Gestión Financiera | Se recomienda documentar las oportunidades de mejora que surgen por autocontrol, para que se pueda hacer seguimiento desde el Plan de Mejoramiento Institucional |



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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

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..... | 4 |
| 4. OBSERVACIONES..... | 5 |
| 5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS | 5 |
| 6. CONCLUSIONES | 5 |
| 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

| | |
|--|---|
| ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA | Sistema de Gestión de Calidad |
| INFORME | Auditoría Interna NTC ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad – Proceso Gestión de Apoyo Logístico |
| PROCESO, PROCEDIMIENTO | Gestión de Apoyo Logístico |
| RESPONSABLE O AUDITADOS | Wilson Orlando Reyes Calderón Emilia Esperanza morales Camargo |
| OBJETIVO | Verificar el cumplimiento de los requisitos ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad e identificar oportunidades de mejora para fortalecer el proceso de Gestión de Apoyo Logístico |
| 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 | Luz Stella Cañón Hernández Vivian Lorena Neiva Parra Carmen Liliana Villa Reina |
| DOCUMENTACIÓN ANALIZADA | <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 |

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- 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 del proceso de Gestión de Apoyo Logístico de la UAESP, se realizó el día 11 de octubre de 2024 en las instalaciones de la SAF de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP. La entrevista de auditoría inició a las 10:00 MM am y finalizó a las 12:30 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.

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 la actualización de los riesgos con corte al 10 de octubre y el envío de los soportes de los controles a la OAP.

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 y 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” sin embargo se evidenció falta de conocimiento del SGC por parte de algunos colaboradores del proceso.

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 microsítio del SIG y en la página web de la entidad para evidenciar su cumplimiento. Adicional, en la vigencia 2024 el proceso ha venido realizando tomas físicas de inventarios presentando los resultados semestralmente.

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 octubre 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 en ejecución dentro del plazo establecido.

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:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- 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 observa mejora continua, mediante la actualización de la caracterización del proceso y de tres (03) procedimientos en el 2024: GALO-PC-03 V6 Administración y manejo de inventarios, GALO-PC-07 V2 Baja de bienes, GALO-PC-08 V2 traslado de bienes; así como la actualización de todos los formatos en el SGC.
- 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.
- El equipo realiza reuniones periódicas para hacer seguimiento a las actividades del proceso y deja los registros en actas.

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 Gestión Disciplinaria interna, se identificaron cuatro (4) fortalezas y una (1) oportunidad de mejora, con lo cual se puede evidenciar que las actividades adelantadas

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

por el proceso han permitido asegurar una adecuada implementación y mantenimiento del subsistema de Gestión de Calidad.

- ✓ Se identificó una oportunidad de mejora relacionada con el numeral 4.1 “Comprensión de la organización” y 7.3 “Tomas de conciencia” toda vez que se aplicó entrevista a dos colaboradores 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.

7. RECOMENDACIONES

Tabla 4 - Recomendaciones por proceso

| No. | PROCESO | RECOMENDACIÓN |
|-----|----------------------------|--|
| 1 | Proceso de Apoyo Logístico | Realizar periódicamente toma física de inventarios y conciliación de saldos con los registros contables y presentar a la subdirección los informes respectivos. |
| 2 | Proceso de Apoyo Logístico | Continuar con las gestiones necesarias para subsanar los hallazgos pendientes de cierre en el plan de mejoramiento interno |
| 3 | Proceso de Apoyo Logístico | Para mantener la solidez del sistema es importante 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 proceso participen activamente en las jornadas de capacitación del SGC. |
| 4 | Proceso de Apoyo Logístico | Revisar si en la actualidad se tienen identificados riesgos y oportunidades cuya estructura requiera completarse a |

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

| | | |
|---|----------------------------|--|
| | | través de la inclusión de nuevas causas, consecuencias, controles o planes de tratamiento. |
| 5 | Proceso de Apoyo Logístico | 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 18:10:14 -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..... | 10 |
| 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 | 10 |

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 Servicio al Ciudadano |
| PROCESO, PROCEDIMIENTO | Servicio al Ciudadano |
| RESPONSABLE O AUDITADOS | Peter Zahit Gomez Mancilla Olga Liliana Beltran Vilma Lucía Prada |
| OBJETIVO | Verificar el cumplimiento de los requisitos ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad e identificar oportunidades de mejora para fortalecer el proceso de servicios al ciudadano. |
| 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 | Jerce Aurora Sandoval – Auditor Líder María Carolina Camacho Gamboa – Auditor Observador |
| DOCUMENTACIÓN ANALIZADA | <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 del proceso de Servicio al Ciudadano de la UAESP, se realizó el día viernes once (11) de octubre de 2024 en las instalaciones de la Subdirección Administrativa y Financiera de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP. La entrevista de auditoría inició a las 9:10 am y finalizó a las 11:10 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

2.2. Contexto de la organización:

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

Se observó que el proceso cumple con los requisitos establecidos, particularmente en relación con el Numeral 4 de la norma “Contexto de la organización”. La información recolectada a través de entrevistas, observaciones y revisión de documentación evidenciándose una comprensión adecuada del ciclo PHVA y de los elementos esenciales del proceso.

2.3. Liderazgo

Durante la auditoría, se verificó el compromiso con el Sistema de Gestión de Calidad, así como la existencia de una política comunicada y entendida, se evidenció que el proceso ha

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

identificado claramente las autoridades y responsabilidades las cuales han venido cambiando con la organización de la entidad.

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.

2.4. 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, la fiscalización, la corrupción y la seguridad de la información.

En particular indicaron que, respecto al riesgo de seguridad de la información, existe la posibilidad de que se distribuyan bases de datos y se publique información sensible, como datos personales, en páginas web, redes sociales y otros medios.

Si bien se cuenta con la disposición de la entidad a compartir información, lo que refleja un compromiso con la transparencia y la comunicación abierta, que puede aumentar la confianza de los ciudadanos, este enfoque ha llevado a la organización a implementar medidas preventivas, como la revisión de informes antes de su publicación, asegurando así la protección de los datos personales.

Por lo anterior, la identificación de estos riesgos ha generado una mayor conciencia sobre la importancia de la confidencialidad, promoviendo una cultura organizacional más responsable en el manejo de datos.

De otra parte, se evidenció la realización de capacitación al personal en este ámbito lo que refuerza su capacidad de respuesta ante situaciones que puedan comprometer la calidad del servicio, preparándolos mejor para enfrentar desafíos similares en el futuro, aunados a mecanismos establecidos para monitorear el progreso hacia los objetivos y la eficacia de las acciones planificadas, incluyendo indicadores de desempeño.

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”.

2.5. Apoyo

La organización y el proceso demostró que cuenta con los recursos necesarios y dispone de múltiples canales de atención, que incluyen atención virtual, correo electrónico, asistencia telefónica y atención presencial.

En la página web de la Unidad, se evidenció como los ciudadanos pueden acceder a información sobre sedes, direcciones, teléfonos, correos de contacto y horarios de atención. Además, tienen la posibilidad de presentar sus peticiones, quejas, reclamos y denuncias por actos de corrupción.

Se han implementado en la página web medidas de accesibilidad, que permite a los usuarios personalizar su interacción con el contenido según sus necesidades. Asimismo, el proceso mostró como ha promovido la inclusión a través de la implementación de una carta de trato digno y un portafolio en lenguas Romani, Crole y Palenque, además del español.

No obstante, se observó que hay aspectos en el proceso de contratación que afectan la continuidad del servicio debido, la cual indica el proceso se genera por falta de personal contratado en los términos oportunos, que conlleva a un represamiento en la gestión de las PQRSD (Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias) dentro de la entidad, y que ha generado retrasos en la atención y respuesta a los ciudadanos.

2.5.1. Toma de conciencia

Durante la auditoría, se solicitó entrevistar a las dos últimas personas que ingresaron a la unidad del proceso de servicio al ciudadano, donde se encontraron algunas 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 esté alineado con la misión, visión de la entidad, los objetivos estratégicos del Sistema y que identifiquen, conozcan y se apropien del proceso del cual hacen parte

Finalmente, el proceso cuenta con personal adecuado, quienes son capacitados desde su ingreso para manejar las herramientas necesarias gestionan los recursos necesarios para dar cumplimiento al objetivo del proceso, para organizar y planificar el presupuesto de la vigencia para dar así conformidad a los requisitos aplicables del numeral 7 “Apoyo”

2.6. operación

Los productos del proceso de Servicio al Ciudadano abarcan la gestión de solicitudes, quejas, reclamos y denuncias relacionadas con actos de corrupción. Estos productos son fundamentales para asegurar la satisfacción del ciudadano y promover la transparencia en la gestión pública.

De lo anterior, el proceso mostró en sitio las comunicaciones dirigidas a las áreas a través de correos electrónicos, en los cuales se presenta una matriz que indica las solicitudes pendientes de gestión por las áreas, así como las respondidas dentro de los plazos establecidos.

El proceso ha sido planificado a través de la identificación de las necesidades y expectativas de los ciudadanos, así como de los clientes internos.

Se han establecido procedimientos documentados en el Sistema Integrado de Gestión. Sin embargo, al revisar el proceso, se evidenció que no se cumple en su totalidad con lo estipulado en el documento SCI-PC-03 V1 Denuncias por Actos de Corrupción.

Por lo tanto, se evidenció que, en correo de fecha de octubre de 2024, planeación devolvió correo electrónico, solicitando ajustes finales para la actualización de este procedimiento, así como de todos los relacionados:

- SCI-PC-01 V7 Servicio al Ciudadano
- SCI-PC-02 V3 Medición de la Satisfacción de los Servicios de la UAESP
- SCI-PC-03 V1 Denuncias por Actos de Corrupción
- SCI-PC-04 V1 Chat Virtual de la UAESP
- SCI-PC-05 V1 Defensor del Ciudadano
- SCI-PC-06 V1 Radicación de PQRSD por Redes Sociales
- SCI-PC-07 V1 Traducción PQRS a Lenguas Étnicas

Se dejó como observación, ya que el proceso se encontraba en actualización de todos sus procedimientos, lo cual dificultó el examen de este aspecto de la norma. Esta observación se incluyó en el presente informe.

La trazabilidad fue evidenciada en el sitio, mostrando los correos electrónicos relacionados con el área de Planeación. Una vez aprobados, se indicó que se enviarán las piezas comunicativas a la unidad para el conocimiento de todo el personal y se realizarán las capacitaciones respectivas, asegurando que todos comprendan el trámite.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

2.6.1. Evaluación del Desempeño

Se verificó que estaba definido el indicador de "cumplimiento de PQRs cerrados con oportunidad", el cual, si bien cumple con la medición, se encontró por debajo de la meta establecida del 78%, alcanzando un 71%. El proceso mantiene un registro claro y accesible de los resultados de los indicadores, lo que facilitó el análisis.

Como parte de las propuestas de mejora, el proceso ha evolucionado de emitir alertas periódicas a las unidades involucradas a implementar informes semanales, lo cual permitirá un seguimiento más efectivo y proactivo.

Adicionalmente, se mencionó que se está trabajando en la revisión del indicador para hacerlo más preciso en relación con la gestión del proceso. Este ajuste es fundamental para asegurar que los datos recolectados realmente reflejen el desempeño y se alineen con los objetivos estratégicos.

Se observó que, en línea con el objetivo del proceso, se ha identificado la necesidad de desarrollar un nuevo indicador que refleje de manera más precisa la satisfacción del cliente. Para ello, ya se están implementando encuestas más precisas para lograr los resultados esperados.

Esto es esencial para mejorar la relación con las partes interesadas y garantizar que sus expectativas sean cumplidas. La implementación de encuestas de satisfacción y el análisis de información de PQRD serán herramientas clave para obtener datos relevantes y tomar decisiones informadas.

La evaluación del desempeño en la organización es un proceso crítico que requiere un enfoque sistemático en el seguimiento, medición, análisis y revisión. A pesar de que se han establecido indicadores, como el de cumplimiento de PQRs, los resultados actuales indican áreas de mejora, como la necesidad de ajustar la metodología de medición y desarrollar nuevos indicadores que reflejen con mayor precisión la satisfacción del cliente.

Fortalecer el seguimiento de la percepción del cliente permitirá a la organización no solo cumplir con sus metas, sino también fomentar una cultura de mejora continua y alineación con los objetivos estratégico

"La adecuada conservación de la información documentada y la revisión periódica de los indicadores han facilitado la toma de decisiones informadas, impulsando así el rendimiento y la satisfacción de todas las partes interesadas. Se reporta de acuerdo con la periodicidad establecida y se realiza un seguimiento constante al cumplimiento de las acciones propuestas para evitar desviaciones. Además, se buscan soluciones que aseguren la continuidad en la gestión del proceso, cumpliendo con lo estipulado en el numeral 9 de la norma sobre 'Evaluación del Desempeño'.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

2.6.2. mejora:

En el Plan de Mejoramiento Interno (PMI) con fecha 31/08/2024, se identificaron acciones de mejora derivadas de auditorías internas que han quedado incumplidas. A pesar de que se establecieron medidas para abordar estas oportunidades de mejora, no se evidenció avance en su implementación o solicitud de prórroga para cumplimiento.

Por esta razón, se ha cambiado el estado de dichas acciones a "Cerrada incumplida". Esta situación refleja una falta de seguimiento y control en la ejecución de acciones que son críticas para mejorar la satisfacción del cliente y el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC). Lo que evidencia el incumplimiento del numeral 10 de la norma "Mejora".

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:

- **Identificación de Nuevos Indicadores:** Se reveló la autoevaluación e identificación de la necesidad de desarrollar un nuevo indicador para medir la satisfacción del cliente, lo que refleja una orientación hacia el servicio y la mejora en la experiencia del usuario.
- **Aumento en la Frecuencia de Alertas:** La implementación de informes semanales para la gestión de PQRs, reflejando una mejora en la comunicación interna y un enfoque más proactivo. Este cambio busca asegurar que las solicitudes sean atendidas dentro de los plazos establecidos.
- **Accesibilidad:** La implementación de un menú de accesibilidad permite a los usuarios personalizar su experiencia en el sitio web, adaptándolo a sus necesidades individuales. Esto muestra un enfoque inclusivo hacia la diversidad de usuarios.
- **Inclusión:** La adopción de medidas significativas para promover la inclusión, como la carta de trato digno y la disponibilidad de información en lenguas Romani, Crole y Palenque, además del español. Esto contribuye a un entorno más equitativo.

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 |
|-----|-----------------------|---|--------------------------------|
| 1 | 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 |
| 2 | Servicio al ciudadano | Se evidenció que en los formatos se utilizan documentos con los logos desactualizados lo que incumple el numeral de Creación y actualización de información documentada. | 7.5.2 Creación y actualización |

6. CONCLUSIONES

Como resultado de la auditoría interna el equipo auditor evidenció que el proceso de Servicio al Ciudadano de la Unidad cumple en su mayoría con las acciones necesarias estipuladas en los requisitos de la norma NTC ISO 900:2015. A pesar de los incumplimientos identificados, se observa que el proceso ya está en trámite de actualización de documentos y procedimientos.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Es crucial que el equipo de Servicio al Ciudadano considere las recomendaciones propuestas como acciones positivas que puede abordar una de las causas para maximizar su desempeño y evitar así no conformidades. Se requiere que se implemente un plan de seguimiento riguroso para asegurar que estas actualizaciones se realicen de manera efectiva y en un plazo definido.

7. RECOMENDACIONES

Tabla 4 - Recomendaciones por proceso

| No. | PROCESO | RECOMENDACIÓN |
|-----|-----------------------|---|
| 1 | Servicio al ciudadano | <p>Realizar sensibilización temprana: Desde los primeros días de incorporación de los servidores y contratistas, se recomienda capacitar o sensibilizar respecto a los temas claves de la Unidad.</p> <p>Esta actividad tiene como objetivo fundamental que comprendan y se alineen con la misión, visión y objetivos estratégicos del Sistema Integrado de Gestión.</p> <p>De esta manera, se fomentará un sentido de pertenencia y compromiso, lo que redundará en un mejor desempeño y cohesión dentro del equipo</p> |
| 2 | Servicio al ciudadano | <p>Ajustar el indicador de cumplimiento de PQRs: Se recomienda, ajustar la metodología de medición y alinearla con las expectativas del proceso.</p> |
| 3 | Servicio al ciudadano | <p>Implementar estrategias eficaces para respuesta en términos: Se requiere realizar acciones que mejoren la efectividad de alertas enviadas a las áreas responsables, con el fin de que den cumplimiento en termino a lo solicitado.</p> |

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

| | | |
|---|-----------------------|--|
| 4 | Servicio al ciudadano | <p>Planificación de Contratación: Dado que la contratación de personal es gestionada por el área de Asuntos Legales, se recomienda implementar acciones para abordar esta situación desde el proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un cronograma de fechas de finalización de los contratos actuales. Esto permitiría anticipar las necesidades de personal y facilitar la preparación de la documentación necesaria. • Establecer un proceso de revisión que garantice que toda la documentación relevante esté lista y enviada con suficiente antelación a la finalización de los contratos. De esta manera, se reduciría el riesgo de interrupciones en el servicio y se aseguraría una transición fluida al personal nuevo o adicional, alineando la planificación con las necesidades operativa |
|---|-----------------------|--|

8. APROBACIÓN

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
 Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
 Fecha: 2024.11.15 18:10:14 -05'00'

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

FIRMA(S)

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

Jerce Sandoval Macias

Jerce Aurora Sandoval

Jerce Aurora Sandoval

María Carolina Camacho Gamboa

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..... | 4 |
| 4. OBSERVACIONES..... | 5 |
| 5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS | 5 |
| 6. CONCLUSIONES | 6 |
| 7. RECOMENDACIONES..... | 7 |
| 8. APROBACIÓN..... | 8 |

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 | 7 |

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 de Gestión Documental |
| PROCESO, PROCEDIMIENTO | Gestión Documental |
| RESPONSABLE O AUDITADOS | Fernando Romero Mauricio González |
| OBJETIVO | Verificar el cumplimiento de los requisitos ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad e identificar oportunidades de mejora para fortalecer el proceso de Gestión Documental |
| 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 | Auditora Líder: Carmen Liliana Villa Reina Observadora: Nury Cobo Villamil |
| DOCUMENTACIÓN ANALIZADA | <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 del proceso de Gestión Documental de la UAESP, se realizó el día 16 de octubre de 2024 en las instalaciones de la Subdirección Administrativa y Financiera de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP. La entrevista de auditoría inició a las 02:20 pm y finalizó a las 05:30 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”.

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”

2.3 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”.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

2.4 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 y 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”. Sin embargo, 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.

2.5 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.

2.6 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”.

2.7 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”.

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:

- Se ha demostrado una comprensión y gestión frente a la importancia de convalidar las Tablas de Retención Documental, lo que indica una apertura hacia el cambio y la mejora.
- La realización de mesas de trabajo con el Archivo General de la Nación muestra una intención de colaboración y consenso en la toma de decisiones sobre la gestión documental.
- Existe disposición para capacitar al personal en la gestión documental, lo que puede ser un punto de partida para fortalecer el proceso.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- El proceso tiene clara la identificación de las partes interesadas, lo que permite comprender mejor las necesidades y expectativas que deben ser atendidas.
- La identificación y documentación de riesgos, tanto de gestión como de corrupción, indica una conciencia sobre la necesidad de mitigar problemas potenciales.

4. OBSERVACIONES

Diligenciar solo si corresponde a una auditoría 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 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 |
|-----|--------------------|--|--------------------------------|
| 1 | 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 |

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

6. CONCLUSIONES

Como resultado de la auditoría interna el equipo auditor evidenció que el proceso de Gestión Documental de la Unidad cumple con las acciones necesarias estipuladas en los requisitos de la norma NTC ISO 900:2015, de igual manera se evidenciaron oportunidades de mejora que pueden ser implementadas por el proceso para fortalecer su gestión. A continuación, se describen las conclusiones específicas resultado de la auditoría del proceso:

- La alta dirección muestra compromiso, pero los cambios de administración que ha surgido en los últimos 2 años impiden la continuidad de las acciones planificadas como lo son la contratación de un tercero para la convalidación de las TRD, lo que puede comprometer la efectividad del sistema de gestión y la mejora continua.
- El proceso presenta un nivel de cumplimiento del 28% del Plan de Mejoramiento del Archivo General de la Nación. Se observa que algunas fechas de cumplimiento de acciones ya han vencido; no obstante, el proceso indica que en una mesa de trabajo con el Archivo General se acordó extender todas las acciones hasta diciembre de 2025, fecha de finalización del Plan de Mejoramiento. Este bajo porcentaje de cumplimiento y la necesidad de prorrogar plazos subrayan la urgencia de fortalecer el seguimiento y la ejecución de las acciones planificadas.
- Los cambios de lineamientos debido a cambios de administración han demorado la gestión de las acciones relacionadas con la gestión documental, especialmente en lo que respecta a la contratación de un tercero para la convalidación de las Tablas de Retención Documental. Sin embargo, estos cambios y las acciones acordadas no han sido documentados. Por lo tanto, es fundamental documentar adecuadamente todas estas acciones, ya que esto proporcionará evidencia y soporte para justificar los retrasos en la implementación de las actividades planificadas.
- Los recursos humanos, tecnológicos y presupuestales han sido insuficientes en el proceso de gestión documental. Se requieren perfiles específicos que actualmente no están disponibles, lo que genera dependencia de las herramientas y del presupuesto que asigne la entidad. Sin embargo, la contratación de un tercero para la convalidación de las Tablas de Retención Documental puede compensar esta falta de recursos. Es indispensable garantizar que cada proceso cuente con personal capacitado en gestión documental, de manera que, durante la convalidación de las TRD, la transferencia de conocimientos sea más ágil y efectiva, asegurando una articulación fluida con todas las áreas involucradas.
- La existencia de un único indicador de gestión limita la capacidad de evaluación del proceso. Es fundamental diversificar los indicadores para obtener una visión más completa del desempeño y la efectividad del proceso de gestión documental.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- Aunque se cuenta con formatos actualizados, la existencia de un procedimiento desactualizado sugiere una falta de alineación con los principios de gestión de calidad, lo que podría afectar la coherencia y la efectividad del sistema.
- El proceso, en articulación con el Plan Institucional de Capacitación, ha llevado a cabo capacitaciones para todo el personal de la entidad en temas de gestión documental, cumpliendo así con uno de los controles establecidos en la matriz de riesgos. Sin embargo, es fundamental garantizar la participación de todos y facilitar la efectiva transferencia de conocimiento durante estas sesiones. Para ello, se pueden implementar capacitaciones más dinámicas, encuestas y retroalimentaciones que permitan identificar los temas en los que el personal presenta mayores falencias.
- Aunque la entidad no cuenta con Tablas de Retención Documental (TRD) convalidadas, actualmente se está trabajando con unas TRD aprobadas en el año 2016. Sin embargo, estas no se encuentran visibles para los funcionarios de la entidad. Es fundamental que el listado de estas TRD esté disponible en el sistema de gestión documental de la entidad y que sea accesible para consulta por todo el personal. Esto promoverá la transparencia y la eficiencia en la gestión documental.

7. RECOMENDACIONES

Tabla 4 - Recomendaciones por proceso

| No. | PROCESO | RECOMENDACIÓN |
|-----|--------------------|---|
| 1. | Gestión Documental | Documentar adecuadamente los cambios de lineamientos y acciones acordadas que surgen en la entrada de nueva administración o las establecidas en mesas de trabajo, incluyendo copias de actas relevantes. |
| 2. | Gestión Documental | Realizar una evaluación de los recursos disponibles para garantizar que cada dependencia cuente con personal debidamente capacitado en gestión documental. |
| 3. | Gestión Documental | Desarrollar otro indicador que mida la eficacia y eficiencia del proceso en distintas áreas, y que la medición no se enfoque solo en préstamos |
| 4. | Gestión Documental | Establecer un sistema de seguimiento que evalúe la transferencia de conocimientos post-capacitación en gestión documental, a través de encuestas o sesiones de |

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

| No. | PROCESO | RECOMENDACIÓN |
|-----|--------------------|---|
| | | retroalimentación, para poder así identificar áreas de mejora y garantizar que se aplique lo aprendido en cada una de las áreas. |
| 5. | Gestión Documental | Publicar en el sistema de gestión documental de la entidad, el listado de Tablas de Retención Documental que se están usando actualmente, garantizando su fácil acceso para todo el personal. Esto facilitará la consulta y el uso adecuado de la información, promoviendo la transparencia y la eficiencia en la gestión documental. |
| 6. | Gestión Documental | Fortalecer el conocimiento del Sistema Integrado de Gestión entre el personal de gestión documental, garantizando que todos estén completamente familiarizados con la política de calidad y los objetivos establecidos |

8. APROBACIÓN

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
 Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
 Fecha: 2024.11.15 18:10:14 -05'00'

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

Liliana Villa

Carmen Liliana Villa Reina
Auditor Líder

Nury Cobo Villamil

Nury Cobo Villamil
Auditor Observador

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

FECHA 15-11-2024