

1. INFORMACIÓN GENERAL		
ORGANIZACIÓN		
ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL MUNICIPIO DE BELLO		
SITIO WEB: www.bello.gov.co		
LOCALIZACIÓN		
Carrera 50 No 51 00, Bello, Antioquia, Colombia Tel. 4521000		
Dirección del sitio permanente Incluyendo el principal	Localización (ciudad - país)	Actividades del alcance o procesos desarrollados en este sitio
Carrera 50 No 51 00	Bello, Antioquia, Colombia	Administración Pública en el municipio de Bello a través de la implementación de procesos relacionados con la Gestión social, Gestión de trámites, Asesoría y Asistencia, Desarrollo integral del territorio. Formación ciudadana y Vigilancia y control
NA	NA	NA
NA	NA	NA
NA	NA	NA
ALCANCE DE LA CERTIFICACION:		
Alcance		
Administración Pública en el municipio de Bello a través de la implementación de procesos relacionados con la Gestión social, Gestión de trámites, Asesoría y Asistencia, Desarrollo integral del territorio. Formación ciudadana y Vigilancia y control		
Public administration in the municipality of Bello through the implementation of processes related to corporate management, management procedures, advice and assistance, integrated land development, civic education and monitoring and control		
EXCLUSIONES JUSTIFICADAS (En el caso de sistema de gestión de calidad)		
Numeral 7.3 Diseño y Desarrollo de las normas de las normas ISO 9001 y NTCGP 1000 debido a que las competencias de los entes territoriales (especificaciones del servicio) están establecidas por la constitución y la ley, en especial la ley 136 de 1994 y no se pueden salir de este marco normativo.		
CÓDIGO SECTOR: IAF 36		
REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN: ISO 9001:2008; NTCGP 1000:2009		
REPRESENTANTE DE LA DIRECCION		
Nombre:	Carlos Mauricio Henao Barrera	
Cargo:	Secretario de Planeación	
Correo electrónico	jhonfer800@hotmail.com ; carlos.henao@bello.gov.co	
TIPO DE AUDITORIA:	<input type="checkbox"/> Otorgamiento <input checked="" type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Ampliación de alcance <input type="checkbox"/> Reducción de alcance <input type="checkbox"/> Extraordinaria	
	FECHA	DURACIÓN (días – auditoría)
AUDITORIA	2013.09.09 a 10	1.5
AUDITORIA COMPLEMENTARIA (Si aplica)	NA	NA
EQUIPO AUDITOR		

1. INFORMACIÓN GENERAL		
Auditor líder	Darío Molina A.	
Auditor	NA	
Experto Técnico	NA	
DATOS DEL CERTIFICADO		
Código	SC-CER 143688	GP-CER 143691
Fecha de aprobación inicial	2011.09.14	2011.09.14
Fecha última renovación (si aplica)	NA	NA
Fecha vencimiento:	2014.09.13	2014.09.13

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión. • Evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar el cumplimiento de los requisitos. legales y reglamentarios aplicables al alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión • Determinar la eficaz implementación y mantenimiento del sistema de gestión • Identificar oportunidades de mejora en el sistema de gestión

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS
<ul style="list-style-type: none"> • El día 23 de Agosto de 2013 se examinaron el manual de calidad, las caracterizaciones de los procesos y el mapa de procesos y se encontraron conformes con la norma de gestión de la calidad. El día siguiente se realizó el plan para la auditoria en sitio que se envió a la Organización para que incluyeran en él los nombres y cargos de las personas que recibirían la auditoría los días 9 y 10 de Septiembre de 2013. • Los criterios de la auditoría incluyen la documentación de la Organización desarrollada en respuesta a las normas ISO 9001:2008 y NTCGP 1000, y los requisitos de certificación del sistema de calidad (Reglamento de la certificación ICONTEC de Sistemas de Gestión (ES-R-SG-001). • No es aplicable el muestreo ya que realizan sus actividades sólo en la sede principal. • No se visitaron actividades en sitios temporales o fuera del sitio, ni proyectos, instalaciones de cliente. • La auditoría incluyó análisis de evidencias, entrevistas con los responsables, observaciones y análisis de las actividades desarrolladas por la Entidad de manera aleatoria, de acuerdo con el alcance establecido y se revisaron los diferentes registros correspondientes. Por ello tiene asociado un riesgo de no haber verificado todos los documentos y registros. • La auditoría no se realizó en forma combinada ni integrada. • Esta auditoría no es de ampliación del alcance del SGC. • La Entidad no trabaja por proyectos. • Se presentaron cambios en la estructura de procesos y en la organizacional pero ellos no afectaron significativamente el Sistema de gestión de calidad en la organización. • No se presentaron cambios durante la auditoria que hayan impedido cumplir con el plan de auditoría inicialmente acordado. • Se cerraron las no conformidades menores detectadas en la auditoría anterior • Se observó evidencia relacionada con los diferentes requisitos evaluados. Alguna de la información observada correspondió a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pensamiento estratégico ○ Plan de desarrollo ○ Planeación Estratégica ○ Revisión por la Dirección: Informe y dos actas ○ Informe de auditorías Internas de calidad ○ Procedimiento de auditorías internas. ○ Plan anual de auditorías al Sistema de gestión ○ Perfil y competencias de los auditores internos ○ Evaluación de los auditores internos

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- Manual de gestión
- Caracterizaciones de los procesos
- Mapa de procesos
- Organigrama de la empresa
- Indicadores de gestión
- Planes de acción
- Procedimiento del Trámite de educación en familia en acción
- Procedimiento de trámites en bienestar social
- Entrevistas con los funcionarios de los diferentes procesos auditados: Se entrevistaron, entre otros, a las siguientes personas:
 - Carlos Muñoz (Alcalde)
 - Mauricio Henao Barrera (Secretario de Planeación)
 - Carlos Mario Garcés (Secretario General)
 - Natalia Builes (Secretaria de Integración Social y Participación Ciudadana)
 - John Alexander Osorio (Secretario de Servicios Administrativos)
 - José Argemiro Restrepo (Asesor Jurídico)
 - Henry Castro Arango. (Subsecretario de Control Interno)
 - Juan Pablo Gómez (Subsecretario de Planeación)
 - John Fernando Correa
- Se verificó la capacidad de la Organización para conocer y cumplir con las normas y legislación que los cobija. Dentro de los requisitos legales o reglamentarios se encuentran como principales:
 - Constitución política de Colombia 1991, Artículos 311, 315 y capítulo 3.
 - Ley 872 de 2003, “Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios”.
 - Decreto 4110 de 2004, “Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004”, que establece los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad para la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios”.
 - Circular 006 de 2005, “Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades del Estado obligadas por la Ley 872 de 2003, su Decreto 4110 de 2004 y la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP 1000:2004”.
 - Decreto No.0026 de marzo 22 de 2005, “Por el cual se establece la Estructura de la Administración Central del Municipio de Armenia Quindío y se dictan otras disposiciones.
 - Ley 136 de 1994 Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la. Organización y el funcionamiento de los Municipios.
 - Ley 152 de 1994 Plan de desarrollo
 - Ley 617 de 2000 por la cual se establece la categorización de departamentos, distritos y municipios.
 - Ley 489 de 1998 Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
 - Decreto 3622 de 2005 Por el cual se adoptan las políticas de desarrollo administrativo y se reglamenta el Capítulo Cuarto de la Ley 489 de 1998 en lo referente al Sistema de Desarrollo Administrativo.
 - Decreto 2539 de 2005 por el cual se establecen las competencias laborales generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos de las entidades a las cuales se aplican los Decretos-ley 770 y 785 de 2005.
 - Decreto 4485 de noviembre 18 de 2009, por medio del cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.
 - Ley 87 de 1993 Por la cual se establece la obligatoriedad de implementa Sistema de control interno
 - Decreto 1599 de 2005 en la cual se adopta el MECI.

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- Ley 909 de 2005 de carrera administrativa.
- Ley 715 de 2002 Sistema general de participación.
- Decreto 1510 reglamentario de ley 80
- La ley 232 de 1995
- Ley decreto 1879 de 2008
- Ley 962 de 2005 de racionalización de trámite
- ISO 9001:2008 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.
- NTCGP 1000:2009 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Se verificaron los siguientes procesos del Sistema de gestión:
 - **Direccionamiento Estratégico:** Planificación estratégica, pensamiento estratégico, plan de desarrollo, Revisión por la dirección, mejora continua, cambios, comunicación interna, indicadores de gestión, riesgos, mejora
 - **Gestión de trámites:** Estrategias de atención de trámites, normas, planificación, PQRS, satisfacción de clientes y/o usuarios, indicadores de gestión, control de servicios no conformes, riesgos, mejora
 - **Gestión social:** Planificación, desarrollo, normatividad, CPNC, control del proceso, satisfacción de clientes y/o usuarios, control metrológico, indicadores de gestión, riesgos, atención PQRS, mejora
 - **Gestión de los recursos físicos:** Mantenimiento, metrología y archivo: Planificación, normatividad, control del proceso, indicadores de gestión, riesgos, , mejora
 - **Gestión jurídica:** Planificación, actualización de la normatividad, contratación, indicadores de gestión, riesgos, mejora
 - **Mejoramiento continuo:** Evaluación de la gestión, auditorías internas y externas, indicadores de gestión, seguimiento a acciones de mejora, correctivas y preventivas, riesgos, utilización del logo, certificados, mejora

En cada uno de los procesos se verificó el control de los documentos y registros, el análisis de los datos, la implementación eficaz de las acciones correctivas y preventivas y de mejora.

- No se revisó el numeral de Diseño y Desarrollo porque lo excluyen de su alcance.
- La Organización ha establecido disposiciones para la realización de auditorías internas según directrices definidas en el procedimiento documentado P EI 01 versión 1, el cual se ha estructurado siguiendo la norma ISO 19011. Se ha planificado la realización de un ciclo anual de auditoría que cubre la totalidad de los procesos del sistema de gestión y el alcance de los requisitos aplicables de las normas ISO 9001:2008 y NTCGP 1000:2009, dando cumplimiento al programa documentado para ejecutar las auditorías internas. El ciclo fue realizado con 22 auditores internos calificados que aseguran la objetividad de las auditorías e independencia frente a los procesos auditados. Se evidenció el cumplimiento del programa de auditorías, orientándose a verificar la conformidad del Sistema de Gestión. Se observó la definición de planes de acción para los hallazgos identificados en la auditoría. El informe de auditoría es una entrada para la revisión por la dirección, en el cual se presenta una conclusión sobre las fortalezas, recomendaciones para la mejora y las no conformidades encontradas. Se evalúan los auditores internos.
- La auditoría se realizó siguiendo el ciclo P-H-V-A y por muestreo selectivo de evidencias de las actividades de la organización.
- Se cumplió con la agenda propuesta, que concluyó con la reunión de cierre en la cual se presentaron los aspectos relevantes, los aspectos por mejorar, las no conformidades detectadas en esta auditoría y las conclusiones.
- Se recibieron los planes de acción para las NC detectadas en la auditoría y fueron aprobados.

4. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS SITIOS PERMANENTES AUDITADOS

Número de sitios permanentes auditados diferentes al sitio principal: 0

4. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS SITIOS PERMANENTES AUDITADOS	
¿Es aplicable el procedimiento de toma de muestra como múltiple sitio? ¿En caso afirmativo cuantos sitios permanentes remotos se auditaron?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO __sitios
¿Se presentaron cambios con relación al plan de muestreo definido por Icontec?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, justificar: NA	

5. CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN		
Número de no conformidades detectadas en esta auditoria	Mayores	0
	Menores	2
Número de no conformidades pendientes de solución de la anterior auditoria	Mayores	0
	Menores	0
Número de no conformidades pendientes solucionadas en esta auditoría	Mayores	0
	Menores	2
Número total de no conformidades pendientes	Mayores	0
	Menores	2
Comentarios adicionales: Se cerraron las dos no conformidades menores detectadas en la auditoría del año 2012.		

6. ASPECTOS QUE APOYAN LA CONFORMIDAD Y EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Los comités técnicos y de calidad semanales para tratar temas relacionados con el Sistema de gestión de la calidad logrando mejoras al mismo y a los procesos, al tiempo que es una labor muy eficaz de concienciación La buena disposición del equipo directivo y de los responsables de los procesos, para atender el servicio de auditoría externa, porque permite crear un ambiente adecuado para la evaluación conjunta del sistema. El Alcalde está interesado en el SGC, lo que garantiza la continuidad del SGC y el mejoramiento continuo de los procesos. El análisis periódico y sistemático de los indicadores de gestión permite observar las tendencias y establecer acciones de mejora. El compromiso de los líderes del SGC que comunican ánimo y deseos al resto del personal Las auditorías de seguimiento y cumplimiento de planes de acción derivados de las auditorías externas que realizan tres o cuatro veces al año aseguran la implementación de las mismas.

7. OPORTUNIDADES DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> Continuar la campaña de disminución del consumo de papel, sin perder la seguridad en el respaldo de la información, lo cual asegura ahorros económicos significativos, se protege el medio ambiente, y mayor agilidad para guardar y obtener la información. Incluir en la revisión por la dirección las conclusiones de todas las auditorías externas, inspecciones, visitas de los entes de control, etc. que le hagan a la Organización para que se tenga una mirada holística del desempeño de los procesos. Redefinir metas para que respondan a datos históricos, el impacto del entorno y la proyección de la planeación. Fijar las metas con base en los períodos de medición y análisis y en la programación que se tenga porque de lo contrario los resultados no son comparables con las mismas, y no colocar como metas u objetivos cosas que son de obligatorio cumplimiento por ley o normatividad. Actualizar el mapa de riesgos pero previamente a la actualización definir un método o procedimiento unificado para la gestión de riesgos y hacer acompañamiento a los diferentes procesos para que no se presenten discrepancias en la forma de llevar a cabo esta labor cuando se actualicen periódicamente los mapas de riesgos.

7. OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Unificar los objetivos de calidad y los institucionales para facilidad y unificación de la medición de la gestión.
- Documentar un procedimiento de Atención de PQRS donde se señale que la recepción de ellas las hace en forma centralizada en una dependencia pero que la Atención de las PQRS las hacen las demás dependencias. La retroalimentación de la atención de ellas las hace la dependencia centralizada y les comunica a las demás áreas la satisfacción de los clientes con la respuesta a la PQRS para ser más asertivos con las conclusiones.
- Consultar sobre la satisfacción de los quejosos a una muestra mayor que la que se hace actualmente que es del 10% y, por ello, brinda poca información al respecto.
- Diferenciar las quejas, reclamos, solicitudes y felicitaciones para poder hacer un buen estudio de ellas.
- Continuar activamente con el programa de digitalización de archivo por economía, confiabilidad y agilidad en la entrega de la información.
- Completar el objetivo y las conclusiones de la auditoría interna de calidad con los atributos de conformidad, conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad.
- Mejorar el análisis de las PQRS y NC estudiando sus causas y cuales son reiterativas con el fin de que esta información los retroalimente que ellas no se repitan o disminuyan su cantidad.
- En el análisis de indicadores, PQRS, NC, satisfacción de los usuarios y en la información que se lleva a la revisión por la Dirección, analizar y comparar los resultados con períodos anteriores como parte del análisis, de forma que sea más completo el análisis de la gestión para que ella sea una fuente de mejora del SGC y de los procesos
- Definir claramente los indicadores de gestión que muestren el avance en la consecución de la visión como objetivo a largo plazo.
- En las encuestas de satisfacción del cliente analizar individualmente aquellos aspectos que son débiles para mejorar en cada uno de ellos.
- Evitar el análisis de indicadores, satisfacción de clientes y calificación de proveedores con base en promedios aritméticos no ponderados dado que éstos subvencionan los resultados poco exitosos y castigan los muy buenos, lo que conduce a la toma de decisiones y acciones, no siempre eficaces. En los casos que se considere necesario contar con un promedio, garantizar que éstos sean ponderados de acuerdo con la criticidad de cada elemento.
- Analizar en la revisión por la dirección las oportunidades de mejora y las no conformidades que dejan las auditorías externas así como sus causas y acciones a realizar porque ello mejora el Sistema y los procesos.
- Mejorar la definición de indicadores desde su conceptualización hasta el cálculo de éstos y su diligenciamiento en el sistema de información para posterior análisis. Replantearlos de tal forma que indiquen el cumplimiento de los objetivos y la gestión de los procesos
- El período de análisis de los indicadores de gestión debe ser igual al de medición de las metas por facilidad y claridad en el análisis.
- Cada vez que se incumpla una meta debe tratarse como una NC, es decir, definir sus Causas, correcciones, acciones correctivas, seguimiento y cierre
- Mejorar en la Revisión por la Dirección la redacción de las conclusiones en lo referente a la adecuación, conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del SIG.
- Evaluar por separado cada uno de los criterios que se analizan en las encuestas de satisfacción de clientes internos o externos con el fin de que ella sea una herramienta de mejoramiento.
- Continuar con el desarrollo de la cultura de trabajo por procesos en lugar de trabajo por funciones para acomodarla a los sistemas de gestión
- Mejorar la gestión de riesgos en lo concerniente a la definición de las causas y de las acciones preventivas y seguimiento, y las acciones de protección
- Definir los requerimientos metrológicos que se deben utilizar en las básculas del proceso de Salud para tener un verdadero control metrológico de las mismas.
- Diseñar procedimientos para asegurar la confiabilidad de las mediciones cuando se verifican las medidas de pesos, volúmenes y longitudes en los establecimientos comerciales del Municipio y, si es del caso, la necesidad de utilizar equipos de medida.

7. OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Ampliar las encuestas de satisfacción de clientes de forma que cubran la satisfacción de la comunidad con la prestación de los servicios misionales de la Organización además de la medición de la atención de PQR. Esto les dará información valiosa para mejorar la prestación de los servicios
- Continuar con el diseño del indicador de deserción para el trámite de familias en acción para corroborar la efectividad de los programas.
- Completar el indicador de calidad en Educación incluyendo grados 3°, 5° y 9° para una mejor medición de la calidad de los establecimientos de Educación.
- Cuando las quejas sean orales, los servidores deben solicitar al cliente que las formalice o formalizarlas ellos para su radicación.
- Actualizar el mapa de riesgos con base en los objetivos de los procesos.
- Mejorar en el formato de la encuesta de satisfacción, disminuir las preguntas de trámite y aumentar las de servicio que es lo más importante para la comunidad.
- Ser más proactivos en la generación de ideas en mantenimiento y renovación
- En el proceso jurídico, disminuir las metas (plazos) para los conceptos y asesorías como mejora de la gestión.
- Sensibilizar a todo el personal en la caracterización de los procesos y en la documentación y registros.
- Continuar con las reuniones con los comerciantes y vecinos de los establecimientos públicos de la noche para mejorar la calidad de vida de la comunidad vecina.

8. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PENDIENTES DE LA AUDITORIA ANTERIOR

¿Se implementaron los planes de correcciones y acciones correctivas aceptados por ICONTEC?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿La organización modificó los planes de correcciones y acciones correctivas acordados con ICONTEC?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
¿Se evidencia eficacia de los planes implementados?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

9. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

9.1. Análisis de la eficacia del sistema de gestión certificado

- No se detectaron recurrencias en las NC detectadas en esta auditoría con relación a las de la auditoría anterior pero sí en las oportunidades de mejora.
- Al mes de Agosto de 2013 se han recibido 1974 PQRS. Se consulta la satisfacción al 10% de los quejosos con resultado de satisfacción del 79%. No se hace estudio de PQRS reiteradas de uno a otro período, lo cual se les recomendó. Las quejas se atienden oportunamente y se estudian sus causas
- En cuanto a satisfacción de pacientes la calificación promedia fue de 87% en 2013 y un poco más lata en 2012, lo que supera la meta establecida por la organización.
- En forma general, se lograron los objetivos de desempeño establecidos por la organización en el último periodo

9.2. Uso del certificado de sistema de gestión y autenticidad del certificado:

- El logo del certificado se utiliza en memorandos, actas, registros internos, página web, cartas, presentaciones y está de acuerdo con lo establecido en el reglamento ES-R-SG-001.
- No usan el logo sobre el producto o sobre el empaque o envase o embalaje del producto a la vista.
- Se constató que el certificado no se ha enmendado o falsificado por la organización.

10. REGISTRO DE NO CONFORMIDADES, CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS							
#	Descripción de la no conformidad	Clasificación (mayor o menor)	Requisito(s) de la norma	Corrección propuesta y fecha de implementación	Análisis de causas (indicar las causas raíces)	Acción correctiva propuesta y fecha de la implementación	Aceptación del plan de acción por auditor líder
1	Se evidenció que los procesos no llevan a cabo correcciones y acciones correctivas cuando incumplen las metas u objetivos, lo que contradice las normas que señalan: "Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente" (ISO 9001) y "Como resultado de la medición y seguimiento de los procesos deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente" (NTCGP 1000)	Menor	8.2.3	Analizar los Resultados de los indicadores de cada proceso del tercer trimestre (Julio, Agosto y Septiembre de 2013) y hacer un plan de Mejoramiento frente al incumplimiento. Fecha Noviembre de 2013.	1.) Desconocimiento del procedimiento para la toma de acciones. 2.) Desconocimiento del personal, de la norma. 3.) No se encuentra documentado el procedimiento o guía.	1.) Revisar el procedimiento para la toma de acciones y ajustarlo si es necesario. 2.) Socializar al personal en la toma de acciones, más concretamente en el caso que se incumplan metas. Fecha: Marzo 30 de 2014	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha: 2013.09.26
2	No se han definido procedimientos para verificar los pesos y	Menor	7.2	Hacer un inventario de los equipos de	No existe un procedimiento para el control de los equipos de	1.) Documentar el procedimiento para el control de los equipos de seguimiento y medición	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha:



	<p>medidas en los establecimientos comerciales del Municipio, lo que incumple el decreto que exige definir procedimientos para verificar los pesos y medidas en los establecimientos comerciales.</p>			<p>Seguimiento y medición que se utiliza en la Administración Municipal, al igual que los establecimientos que por su actividad económica los requieran y definir controles respectivo</p> <p>Fecha: Diciembre de 2013</p>	<p>seguimiento y medición.</p>	<p>(Metrología).</p> <p>2.) Socializarlo para su implementación.</p> <p>Fecha: Marzo 30 de 2014</p>	<p>2013.09.26</p>
--	---	--	--	---	--------------------------------	--	-------------------

11. CONCEPTO DEL AUDITOR LIDER DE ACUERDO CON EL ES-R-SG-01				
Se recomienda otorgar la Certificación del Sistema de Gestión	-			
Se recomienda no otorgar la Certificación del Sistema de Gestión	-			
Se recomienda renovar la Certificación del Sistema de Gestión	-			
Se recomienda reactivar la Certificación del Sistema de Gestión	-			
Se recomienda ampliar / reducir la Certificación del Sistema de Gestión	-			
Se recomienda no ampliar la Certificación del Sistema de Gestión	-			
Se recomienda suspender la Certificación del Sistema de Gestión	-			
Mantener la Certificación del Sistema de Gestión	X			
Se recomienda cancelar o retirar la Certificación del Sistema de Gestión	-			
Comentarios adicionales:				
<p>1. Se analizaron las dos quejas que recibió el Icontec sobre la Organización, así: Se verificaron todas las quejas recibidas en 2013 por los mismos motivos, las respuestas de la entidad, la normatividad al respecto, las consultas de la satisfacción de los quejosos, la trazabilidad de todas ellas. Se concluye que los quejosos tienen razón en sus quejas pero que la Administración ha realizado y realiza las acciones pertinentes para que las causas de las quejas se eliminen. Además, la Administración cumple con la normatividad al respecto y hace reuniones con los comerciantes Antioquia acción legal, bomberos, Gaula y la comunidad para eliminar los efectos negativos de las prácticas comerciales, ya que Ella no puede legalmente cerrar los establecimientos sin una razón poderosa y apegada a la ley. La ley 232 de 1995 señala que los establecimientos públicos no necesitan pedir permiso para abrirse, sólo comunicarlo a la administración municipal para su control, y ésta lo hace con operativos continuos.</p> <p>En cuanto a avalúos catastrales, en el departamento de Antioquia, sólo el municipio de Medellín tiene la propiedad de hacer avalúos catastrales, en los demás municipios estos avalúos son fijados por la gobernación.</p> <p>2. Debido a la gran cantidad de procesos de la Entidad así como de la complejidad de cada uno de ellos, se sugiere que la duración de las auditorías de seguimiento no sea menor de dos días y la de renovación no sea inferior a 4.5 días.</p>				
Nombre auditor líder:	Darío Molina A.	FECHA:	2013	09 26

12. RELACIÓN DE REGISTROS ADICIONALES QUE SE DEBEN CARGAR EN BPM (marcar con una x los documentos que se anexan)	
Plan de muestreo (obligatorio para otorgamiento, renovación y cuándo se hagan cambios al plan propuesto). Este documento se debe anexar al plan de auditoría	NA
No conformidades firmadas por el cliente (se anexan al informe)	X
Cuestionario de evaluación de FSSC 22000 (solo aplica para este esquema)	NA

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoria únicamente a la empresa y no será divulgado a terceros sin autorización de la empresa.



SOLICITUD DE ACCION CORRECTIVA

Empresa	ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL MUNICIPIO DE BELLO	Fecha	2013.09.04
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma: ISO 9001:2008	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	NTCGP 1000:2009	8.2.3	
<p>Descripción de la No - Conformidad:</p> <p>Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente (ISO 9001)</p> <p>Como resultado de la medición y seguimiento de los procesos deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente (NTCGP 1000)</p>			
Auditor	Darío Molina A.	Auditado:	<i>Marcelo Arango B.</i>
Evidencia			
<p>Se evidenció que los procesos no llevan a cabo correcciones y acciones correctivas cuando incumplen las metas u objetivos.</p>			

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicara despues de la auditoria unicamente a la empresa y no sera divulgado a terceros sin autorización de la empresa.



SOLICITUD DE ACCION CORRECTIVA

Empresa	ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL MUNICIPIO DE BELLO	Fecha	2013.09.10
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma:	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	INTCGP 1000:2009	7.2	
Descripción de la No - Conformidad:			
El decreto 2876 de 1984 exige definir procedimientos para verificar los pesos y medidas en los establecimientos comerciales.			
Auditor	Darío Molina A.	Auditado:	<i>Guillermo Heras B.</i>
Evidencia			
No se han definido procedimientos para verificar los pesos y medidas en los establecimientos comerciales del Municipio.			

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicara despues de la auditoria unicamente a la empresa y no sera divulgado a terceros sin autorización de la empresa.