

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL MUNICIPIO DE BELLO

#	Descripción de la no conformidad / Evidencia	Clasificación (mayor o menor)	Requisito(s) de la norma	Corrección propuesta y fecha de implementación	Análisis de causas (indicar la(s) causas erices)	Acción correctiva propuesta y fecha de implementación
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se han tomado acciones correctivas derivadas del incumplimiento del indicador de oportunidad en la atención de quejas y reclamos, el cual se encuentra en el 66% a junio de 2015, cuya meta es el 100%. Igualmente no se han tomado acciones para la causa más repetitiva de quejas y reclamos en los últimos 2 años (entrega inoportuna de la factura de impuesto predial)</li> <li>Del reporte de tratamiento de producto no conforme del proceso de vigilancia y control en la secretaria de salud, se evidencia que la causa siempre es la misma (oportunidad en la atención) 46 casos en el 2015, y no se han iniciado</li> </ul>	MAYOR	8.5.2	<p>1.1 Realizar el análisis de causas del resultado del indicador de oportunidad en la atención de quejas y reclamos (66% &lt; meta 100%) y adoptar las acciones correctivas pertinentes.</p> <p>1.2 Realizar el análisis de las quejas y reclamos con base en las diferentes tipologías, incluyendo la entrega inoportuna del impuesto predial) y adoptar las medidas pertinentes.</p> <p>1.3 Realizar el análisis de los servicios no conformes presentados en el proceso vigilancia y control por tipología, incluyendo la oportunidad en la atención, y adoptar las medidas pertinentes.</p> <p><b>Registros</b> de 1.1, 1.2 y 1.3: Plan de Mejoramiento (F-MC-01)</p> <p><b>Fecha:</b> 2015-10-30</p>	<p><b>1.1. Método:</b> El procedimiento para la gestión de PQRSD (P-MC-05) no especifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La obligatoriedad de realizar análisis de causas y la adopción de acciones correctivas de manera obligatoria en los casos en que el resultado del indicador de oportunidad en las PQRSD (I-MC-01) presente resultados por debajo de la meta establecida para el mismo.</li> <li>En el informe de PQRSD (F-MC-23) la obligatoriedad de realizar el análisis de las PQRSD presentadas en el periodo por causa más recurrente y la adopción de acciones correctivas derivadas de las mismas.</li> </ul> <p><b>1.2. Incumplimiento</b> a la actividad No 04 del capítulo 5 del procedimiento P05 de la gestión de las PQRSD.</p> <p><b>1.3. Indebido cierre</b> de la Gestión documental en las dependencias de las peticiones que se ingresan al aplicativo.</p> <p><b>1.4. Método:</b> El procedimiento</p>	<p>1.1 Establecer en el procedimiento para la gestión de PQRSD (P-MC-05):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una descripción de una actividad en el contenido del Capítulo 5 que se refiere al seguimiento y control, de la atención oportuna de las PQRSD, descargue de la Gestión Documental con los facilitadores de las PQRSD y de la elaboración del formato (F-MC-22-23) en cada una de las dependencias, con reuniones mensuales lideradas por la Secretaria General.</li> <li>La obligatoriedad de realizar análisis de causas y la adopción de acciones correctivas de manera obligatoria en los casos en que el resultado del indicador de oportunidad en las PQRSD (I-MC-01) presente resultados por debajo de la meta establecida para el mismo.</li> <li>La obligatoriedad de realizar el análisis de las PQRSD presentadas en el periodo, véase informe de PQRSD (F-MC-23), por causa más recurrente y la adopción de acciones correctivas derivadas de las mismas.</li> </ul> <p>1.2 Establecer en el procedimiento para el control del trámite/servicio no conforme (P-MC-01) la obligatoriedad de realizar el análisis de los TSNC por causa más recurrente y la adopción de acciones correctivas derivadas de las mismas.</p> <p>1.3 Establecer en el Documento DE- C02</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



#	Descripción de la no conformidad / Evidencia	Clasificación (mayor o menor)	Requisito(s) de la norma	Corrección propuesta y fecha de implementación	Análisis de causas (indicar la(s) causas erices)	Acción correctiva propuesta y fecha de implementación
	acciones correctivas al respecto				para el control del trámite/servicio no conforme (P-MC-05) no especifica la obligatoriedad de realizar el análisis de los TSNC por causa más recurrente y la adopción de acciones correctivas derivadas de las mismas.	<p>Comité Técnico :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La obligatoriedad de realizar el análisis de las PQRSD presentadas en el periodo, véase informe de PQRSD (F-MC-23), por causa más recurrente y la adopción de acciones correctivas derivadas de las mismas.</li> </ul> <p>2 Socializar a los servidores públicos los cambios realizados a estos procedimientos (P-MC-01 y P-MC-05)</p> <p><b>Fecha:</b> 2015-12-30</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se evidencia la medición del indicador de trámites conformes, del proceso de trámites en la Secretaría de Tránsito.</li> <li>No se está midiendo el componente de confiabilidad de los servicios ofrecidos, en los procesos de trámites, vigilancia y control y formación ciudadana.</li> <li>En el alphasig no se está ingresando la información de los indicadores de</li> </ul>	MAYOR	8.2.3	<p>1.1 Realizar la medición y análisis de resultados de los indicadores de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Conforme en Gestión de trámites (I-GT-01) en la Secretaría de Tránsito y Transporte y en las demás Secretarías que integren los procesos.</li> <li>Atención conforme en VC (I-VC-01)</li> <li>Atención conforme en formación ciudadana.</li> </ul> <p><b>Registro:</b> Alphasig.</p>	<p>1.1 <b>Método:</b> No se ha establecido con el operador responsable de la prestación de los trámites de la Secretaría la presentación de informes periódicos donde se muestre entre otra información el reporte de la conformidad de los trámites y servicios prestados para su posterior ingreso y análisis en Alphasig.</p> <p>1.2 <b>Personal:</b> Se ha presentado rotación en los facilitadores del SIG y no se les ha brindado el entrenamiento frente el cálculo y análisis de los indicadores asociados principalmente a los procesos Gestión de Trámites, Vigilancia y Control y Formación</p>	<p>1.1 Formalizar con el operador responsable de la prestación de los trámites de la Secretaría de Tránsito y Transporte la presentación de informes mensuales donde se relacione entre otros aspectos la conformidad de los trámites y servicios prestados.</p> <p><b>Registro:</b> Acta de Reunión donde quede registro del compromiso del operador.</p> <p>1.2 Establecer en el Manual del Sistema Integrado de Gestión (M-DE-01) que aquellas dependencias que dispongan de trámites y servicios concesionados deberá acordar con el operador respectivo la presentación de informes periódicos donde se incluyan entre otros aspectos la conformidad de los trámites y servicios prestados.</p> <p>1.3 Capacitar a los facilitadores del SIG en el cálculo y análisis de los indicadores de los procesos y su ingreso en el</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



#	Descripción de la no conformidad / Evidencia	Clasificación (mayor o menor)	Requisito(s) de la norma	Corrección propuesta y fecha de implementación	Análisis de causas (indicar la(s) causas erices)	Acción correctiva propuesta y fecha de implementación
	manera correcta, se presenta un resultado de indicador de evaluación del servicio de vigilancia y control en la secretaría de salud, con valor de 5.0 puntos en junio y se evidencia con las encuestas que el resultado no fue ese, estuvo realmente entre 4 y 4,5			<p>1.2 Corregir en Alphasig el resultado del indicador de evaluación del servicio de vigilancia y control en la Secretaría de Salud.</p> <p><b>Registro:</b> Alphasig <b>Fecha:</b> 2015-10-30</p>	<p>Ciudadana.</p> <p>1.3 La ficha del indicador (FT01 Atención conforme) no permite realizar medición a la confiabilidad de los trámites/servicios que se prestan en el proceso de formación ciudadana.</p>	<p>Alphasig.</p> <p><b>Registro:</b> Asistencias a la capacitación y evaluación de la capacitación.</p> <p>1.4 Establecer en el Manual del Sistema Integrado de Gestión (M-DE-01) que cuando se presente rotación de los facilitadores del SIG la Secretaría de Planeación deberá capacitarlos en el cálculo y análisis de los indicadores aplicables y su registro en el Alphasig.</p> <p>1.5 Socializar a los servidores públicos los cambios realizados al Manual del SIG (M-DE-01).</p> <p>1.6 Revisar las hojas de vida de los trámites y servicios, del proceso de vigilancia y control.</p> <p>1.7 Incluir en el SIG el indicador de Confiabilidad de los trámites/servicios de los procesos de gestión de trámites, vigilancia y control y formación ciudadana. Evidencias: Cuadro de mando integral (F-GI-37) y Ficha técnica del indicador y Alphasig.</p> <p>1.8 Socializar a los servidores públicos los cambios realizados al Manual del SIG (M-DE-01), al CMI (F-GI.-37), al Alphasig y la nueva ficha técnica del indicador de confiabilidad de los procesos de gestión de trámites, vigilancia y control y formación ciudadana.</p> <p><b>Fecha:</b> 2015-12-30</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



#	Descripción de la no conformidad / Evidencia	Clasificación (mayor o menor)	Requisito(s) de la norma	Corrección propuesta y fecha de implementación	Análisis de causas (indicar la(s) causas erices)	Acción correctiva propuesta y fecha de implementación
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se evidencia el análisis del indicador de evaluación del servicio de trámites, en la Secretaría de Tránsito para la toma de acciones que permitan mejorar el resultado del proceso.</li> <li>No se evidencia el análisis de los resultados de los indicadores de atención conforme, del proceso formación ciudadana de la Secretaría de Gobierno: promotores convivencia ciudadana (marzo, abril y mayo), formación en derecho (marzo a junio), formación biopsicosocial (marzo a junio), Prevención Vif, Vs, Vg (marzo a junio).</li> <li>No se evidencia el análisis de los indicadores de atención de servicio conforme, del proceso vigilancia y control en la Secretaría de Salud.</li> </ul>	MAYOR	8.4	<p>1.1 Analizar los resultados del indicador de evaluación de los trámites y servicios (I-DE-07) en la Secretaría de Tránsito y Transporte, y en las demás Secretarías que integran el proceso de gestión de trámites y adoptar las medidas pertinentes.</p> <p><b>Registro:</b> Alphasig.</p> <p>1.2 Realizar el análisis del indicador de Atención Conforme en el Proceso de Formación Ciudadana en la Secretaría de Gobierno y en las demás Secretarías líderes del proceso y adoptar las medidas pertinentes.</p> <p><b>Registro:</b> Alphasig</p> <p>1.3 Realizar el análisis del indicador Atención conforme en VC (I-VC-01) en</p>	<p>1.1 <b>Personal:</b> Se ha presentado rotación en los facilitadores del SIG y no se les ha brindado el entrenamiento frente el cálculo y análisis de los indicadores asociados principalmente a los procesos Gestión de Trámites, Vigilancia y Control y Formación Ciudadana.</p> <p>1.2 La ficha del indicador (FT01 Atención conforme) no permite realizar medición a la confiabilidad de los trámites/servicios que se prestan en el proceso de formación ciudadana.</p>	<p>1.1 Capacitar a los facilitadores del SIG en el cálculo y análisis de los indicadores de los procesos y su ingreso en el Alphasig. Registro: Asistencias a la capacitación y evaluación de la capacitación.</p> <p>1.2 Establecer en el Manual del Sistema Integrado de Gestión (M-DE-01) que cuando se presente rotación de los facilitadores del SIG la Secretaría de Planeación deberá capacitarlos en el cálculo y análisis de los indicadores aplicables y su registro en el Alphasig.</p> <p>1.3 Incluir en el SIG el indicador de Confiabilidad de los trámites/servicios del proceso de formación ciudadana. Evidencias: Cuadro de mando integral (F-GI-37) y Ficha técnica del indicador y Alphasig.</p> <p>1.4 Socializar a los servidores públicos los cambios realizados al Manual del SIG (M-DE-01), al CMI (F-GI-37), al Alphasig y la nueva ficha técnica del indicador de confiabilidad de la formación ciudadana.</p> <p>Fecha: 2015-11-30</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



#	Descripción de la no conformidad / Evidencia	Clasificación (mayor o menor)	Requisito(s) de la norma	Corrección propuesta y fecha de implementación	Análisis de causas (indicar la(s) causas erices)	Acción correctiva propuesta y fecha de implementación
				<p>la Secretaría de Salud y en las demás Secretarías líderes del proceso y adoptar las medidas pertinentes.</p> <p><b>Registro:</b> Alphasig.</p> <p><b>Fecha:</b> 2015-10-30</p>		
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se evidencia el registro del producto no conforme en el proceso de trámites de la Secretaria de Tránsito durante todo el 2015.</li> </ul>	MAYOR	8.3	<p>Revisar los trámites o servicios presentados en la Secretaria de Transporte y Tránsito durante el primer semestre con el fin de evaluar cuales fueron no conformes y registrarlos en la planilla (F-MC-01) para el control de trámites y servicios o en el formato (F-MC-04) de reporte de servicio no conforme según corresponda.</p> <p><b>Fecha:</b> 2015-10-30</p>	<p>No se estaba diligenciando la planilla de control de trámites y servicios (F-MC-01) en la Secretaria de Transportes y Tránsito</p>	<p>Socializar al personal de la Concesión del Tránsito Moderno de Bello y de la Secretaria de Tránsito y Transportes, el procedimiento P-MC-03 del trámite o servicio no conforme que se encuentre implementado en el SIG de la Administración Central en (C-DE-02) Comité Técnico de la Secretaria.</p> <p>Implementar la planilla (F-MC-01) de control de trámites y servicios en la Concesión del Tránsito Moderno de Bello, toda vez que los servicios de la Secretaria de Tránsito y Transporte se encuentran concesionados con dicha entidad.</p> <p>Solicitar a la Concesión Tránsito Moderno de Bello, iniciar el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad, en dicha entidad, para los servicios que se encuentran concesionados por la Administración Municipal. Analizar a través de la Oficina Jurídica de la Administración Central, la posibilidad de modificar el Contrato de Concesión incorporando dicha obligación al concesionario.</p> <p><b>Fecha:</b> 2015-12-30</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



#	Descripción de la no conformidad / Evidencia	Clasificación (mayor o menor)	Requisito(s) de la norma	Corrección propuesta y fecha de implementación	Análisis de causas (indicar la(s) causas erices)	Acción correctiva propuesta y fecha de implementación
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se evidencia la gestión de los riesgos en el proceso, ya que desde el 2011 que se realizó la construcción de la matriz de riesgos, no se hace seguimiento a los riesgos identificados, no se evidencia el registro de los riesgos que se han materializado y las acciones que se han tomado al respecto.</li> </ul>	MENOR	4.1	<p>Revisar y ajustar el P-DE-01 procedimiento de gestión del riesgo, para incorporar el Monitoreo y revisión, garantizando la eficacia de los controles establecidos en el Mapa de Riesgos, y evaluar la eficiencia de su implementación, identificando los riesgos materializados y tomando las acciones al respecto, con una periodicidad anual para dicha actividad.</p> <p>Fecha: 2016-02-30</p>	Falta de documentación en el procedimiento P-DE-04 de gestión del riesgo, la actividad de monitoreo y revisión de los controles del mapa de riesgo	<p>Socializar a los servidores públicos los cambios realizados, en el P-DE-01 de gestión del riesgo.</p> <p>Fecha: 2016-02-30</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizó auditoría el 27 de julio al proceso de Gestión de la contratación y urgencia manifiesta, y aun no se ha recibido el plan de mejoramiento para responder a los hallazgos identificados, la cual debió recibirse desde la primera semana de agosto. Igualmente la auditoría de seguimiento a los acuerdos de gestión realizada el 27 de abril de 2015, no tiene plan de mejoramiento propuesto</li> </ul>	MENOR	8.2.2	<p>Documentar en el procedimiento de auditoría de control interno P-EI-02 la actividad de requerir a los responsables de los procesos auditados ante el incumplimiento en la suscripción de planes de mejoramiento.</p> <p>Requerir a los responsables de los procesos auditados, la suscripción de los planes de mejoramiento que se encuentren en mora.</p>	<p>Falta documentar en el procedimiento de auditoría de control interno P-EI-02 la actividad de requerir a los responsables de los procesos auditados ante el incumplimiento en la suscripción de planes de mejoramiento.</p> <p>Debilidad en el control y gestión de los procesos responsables.</p>	<p>Verificar en comité técnico de la Secretaría de Control Interno, la suscripción de planes de mejora derivados de las auditorías de este despacho.</p> <p>Socializar en comité coordinador de control interno, la obligatoriedad de suscribir planes de mejoramiento correspondientes a las auditorías internas, en los términos establecidos en el procedimiento de auditorías de control interno P-EI-02</p> <p><b>Registro:</b> Actas de comité técnico y comité coordinador de control interno.</p> <p>Fecha: 2015-12-30</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



#	Descripción de la no conformidad / Evidencia	Clasificación (mayor o menor)	Requisito(s) de la norma	Corrección propuesta y fecha de implementación	Análisis de causas (indicar la(s) causas erices)	Acción correctiva propuesta y fecha de implementación
	por el proceso ni requerimiento por parte del auditor responsable.			Fecha: 2015-10-30		