



Bello, 11 de mayo de 2018

Doctor  
**CESAR AUGUSTO SUÁREZ MIRA**  
Alcalde  
Municipio de Bello

Asunto: Informe de auditoría interna de evaluación y seguimiento al sistema de Gestión de la Calidad vigencia 2018.

Respetado Doctor Suárez Mira:

La Secretaría de Control Interno con fundamento en la ley 87 de 1993, practicó Auditoria Interna de Evaluación y seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO 9001:2015 a la Alcaldía Municipal de Bello.

La Auditoría se llevó a cabo de acuerdo a las normas de auditoría generalmente aceptadas y según el artículo 2.2.21.5.3 del decreto 1083 de 2015 que enmarca el rol de Control Interno y requirió del procedimiento documentado en el Sistema Integrado de Gestión que involucra planeación, ejecución e informe de la Auditoría.

La auditoría incluyó el análisis de las evidencias frente a los criterios establecidos, el cual brinda un nivel de confianza de los controles a los riesgos y a la evaluación y seguimiento de los procesos que operan en la Alcaldía Municipal de Bello, determinando las Debilidades que repercuten en la prestación de servicios y cumplimiento de la normatividad vigente.

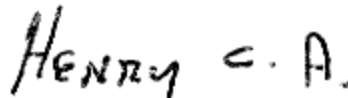
Como resultado de la auditoría, se identificaron **17 Debilidades, 14 Oportunidades de mejora, y 4 Riesgos**, en el sistema de gestión de calidad de la Alcaldía Municipal de Bello.

En Conclusión, el sistema de gestión de calidad de la Alcaldía Municipal de Bello presenta múltiples **No Conformidades** frente a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015 y los propios requisitos del Sistema; dado que no son suficientes las acciones para cumplir los requisitos (Adecuación), no se cuenta con información para evaluar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión en relación con la misión institucional. Las principales No Conformidades se presentan con relación al análisis del contexto estratégico, la asignación de recursos para la operación del sistema, así como el seguimiento y análisis de la información para la toma de acciones necesarias para garantizar a los usuarios el cumplimiento de los requisitos y su satisfacción.

Con el fin de lograr que la labor de auditoría conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, la Secretaría de Planeación de la Alcaldía Municipal de Bello debe coordinar la formulación y suscripción de un Plan de Mejoramiento con la Secretaría de Control Interno, que permita subsanar las No Conformidades y afrontar las oportunidades de mejora y riesgos descritos, en un plazo de 20 días calendario a partir del recibo del presente informe.



**ALBERTO ZULUAGA PÉREZ**  
 Secretario de Control Interno



**HENRY CASTRO ARANGO**  
 Subsecretario de Evaluación

- Copia a:
- Doctora Claudia Patricia Correa Arbeláez, Secretaria del Adulto Mayor.
  - Doctor Héctor Hernán Arias Muñera, Secretario de Cultura.
  - Doctor Carlos Andrés Muñoz Pacheco, Secretario de Deportes y Recreación.
  - Doctor Jorge Alcides Medina Bustamante, Secretario de Educación.
  - Doctor Andrés Felipe Arroyave Chavarriaga, Secretario General
  - Doctor Juan Manuel Montoya Carvajal, Secretario de Gobierno (E)
  - Doctor Clímaco Lopera Arboleda, Secretario de Hacienda (E)
  - Doctor Cesar Gómez Fonnegra, Secretario de Inclusión Social y Reconciliación.
  - Doctor Oswaldo Isaza Meneses, Secretario de Medio Ambiente y Desarrollo Rural
  - Doctor Juan Manuel Montoya Carvajal, Secretario de Movilidad
  - Doctora Elda del Socorro Tabares, Secretaria de la Mujer
  - Doctor Nicolás Rave Henao, Secretario de Obras Públicas.
  - Doctor Carlos Mauricio Henao Barrera, Secretario de Planeación.
  - Doctor Andrés Felipe Arroyave Chavarriaga, Secretario Privado (E)
  - Doctora Regina María Díaz Carvajal, Secretaria de Recaudos y Pagos
  - Doctor Luis Arturo Sánchez Ospina, Secretario de Salud
  - Doctor Mario Alexander Montoya Marín, Secretario de Servicios Administrativos
  - Doctora Ana María Madrid Acosta, Secretaria de Vivienda
  - Doctora Adriana María Salas, Gerente de Proyectos Especiales (E)
  - Doctor Eddy Farley Echeverri López, Gerente de Desarrollo y Progreso
  - Doctor Elkin Montoya Rodríguez, Asesor Jurídico (E)
  - Doctor Cesar Augusto Arango Serna, Asesor Gestión del Riesgo
  - Doctor Francisco Echeverri Cardenas, Subsecretario de Planeación Institucional
  - Ingeniero Alejandro Posada Mejía, Director Operativo de TIC y Soporte



**INFORME  
AUDITORÍA N°03 DE 2018  
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**



CO-SC-CER143688



SC-CER143688



GP-CER143691

## **SECRETARIA DE CONTROL INTERNO**

**ALBERTO ZULUAGA PÉREZ**  
Secretario

**HENRY CASTRO ARANGO**  
Subsecretario de Evaluación

**HUGO ALBERTO LONDOÑO OSSA**  
Auditor Líder  
Profesional Universitario

María Epifania Osorio Idarraga, Hernán Antonio Cardona Valencia, Juan Pablo Sierra Cano, Isabel Yubelly Medina Cardenas, Jairo Antonio Hernández, Crithian Alexander Córdoba Renteria, Juan Fernando Arango Piedrahita, María Elena Gomez Valencia, Wilver de Jesus Henao, Claudia Andrea Restrepo Bermudez, Juan Manuel Castrillón Mora  
**Audidores**

**Bello**  
Abril 30 de 2018



## 1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA

Determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad en la Administración Central del Municipio de Bello con los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015.

## 2. CRITERIOS

La Secretaría de Control Interno en su proceso de auditoría verificará el cumplimiento de las políticas, procedimientos y requisitos de acuerdo a lo establecido en:

- Norma ISO 9001:2015.
- Plan de mejoramiento derivado de la auditoría del ICONTEC durante la vigencia 2017.
- Plan de mejoramiento producto de la auditoría interna vigencia 2017.
- Informe de Revisión por la Dirección de la Vigencia 2017.

## 3. ALCANCE

**La Auditoría Interna de evaluación y seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO 9001:2015 en la Administración Central del Municipio de Bello**, perteneciente al **Proceso:** Evaluación Independiente, **Procedimiento:** Auditoría Interna (P-EI-02), del Sistema de Gestión Integrado S.G.I. de la Administración Central del Municipio de Bello y pertenecientes a la **Línea del Plan Desarrollo 2016-2019:** Seguridad Administrativa, **Programa:** Fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión, **Proyectos:** Fortalecimiento del Sistema de Control Interno y Sistema de Gestión de la Calidad, tiene como alcance:

Todos los líderes de los procesos caracterizados y responsables de las actividades de los procedimientos documentados, indicadores, riesgos, registros, controles, entre otros, donde se incluyen:

- Información documentada del Sistema de Gestión de la Calidad de la Administración Central del Municipio de Bello.
- Plan de Mejoramiento de la Auditoría Interna vigencia 2017.
- Plan de Mejoramiento derivado de la auditoría del ICONTEC en la vigencia 2017.
- Informe de Revisión por la Dirección de la Vigencia 2017.

#### 4. GENERALIDADES

##### 4.1. METODOLOGÍA

Para la realización de la auditoría se revisó la documentación del sistema de gestión en la intranet, se elaboró plan de auditoría, se realizó reunión e enlace entre el equipo auditor, apertura de la Auditoría en el Comité Coordinador del SGI; posteriormente se informó el plan de auditoría a todos los servidores públicos de la entidad, se solicitó la información, el análisis documental, y reuniones con los líderes o responsables de las actividades del **Sistema de Gestión de la Calidad de la Administración Central del Municipio de Bello**; con el fin de indagarles por la lista de verificación (F-EI-03), por medio de entrevista, encuesta u otros instrumentos para obtener la evidencia física por cada una de las mismas, en la medida de ser posible, a partir de la cual se construye el informe final de auditoría.

La **Auditoría Interna de evaluación y seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO 9001:2015 en la Administración Central del Municipio de Bello** tuvo una duración de 25 días hábiles, para la vigencia 2018.

La Auditoría está programada para adelantarse entre el 16 de marzo y el 30 de abril de 2018.

Fase	Período
Planeación	del 20 al 23 de marzo de 2018
Ejecución	del 02 al 19 de abril de 2018
Informe	del 20 al 30 de abril de 2018

##### 4.2. Hechos Relevantes De Las Últimas Auditorías De Control Interno:

- **Ver:** Informe de Auditoría Interna del SIG No 10 de la vigencia 2017 (RUTA: <http://190.248.134.158/intranet/start/procesos/evaluacion.php> \*Registros \*Auditorías \*Auditorías de Control Interno \*2017.
- **Ver:** Plan de Mejoramiento de la Auditoría Interna vigencia 2017, Plan de Mejoramiento derivado de la auditoría con el ICONTEC en la vigencia 2017, Informe de Revisión por la Dirección de la Vigencia 2017.

## 5. RESULTADO DE LA AUDITORIA

### 5.1. NO CONFORMIDADES

01	No se evidencia seguimiento y revisión de la información sobre las cuestiones externas e internas pertinentes para el propósito de la Entidad, y que pueden afectar el logro de los resultados del sistema de gestión de calidad, incumpliendo el numeral <b>4.1</b> de la norma ISO 9001:2015. (DE-GA-MC)
02	La entidad no ha determinado ni documentado el alcance y límite del proceso de Desarrollo Integral del Territorio, lo que le genera confusión con otros procesos del sistema de gestión como son: Direccionamiento Estratégico, Gestión Social y Vigilancia y Control. De igual manera, no se ha definido la interrelación de las dependencias que deben participar en él, así como en los servicios que debe establecer y la medición que requiere para verificar su conformidad y el aumento de la satisfacción de sus usuarios; lo cual contraría el <b>4.3</b> de la NTC ISO 9001:2015
03	Se evidencia desactualización en los manuales necesarios para apoyar la operación del proceso de gestión administrativa y financiera y del proceso de gestión de la contratación y jurídica, incumpliendo el numeral <b>4.4.2 literal a)</b> de la norma ISO 9001:2015. <b>(GA-GCJ)</b>
04	No se evidencia el compromiso de la alta dirección para la asignación de los recursos necesarios para la implementación y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad, incumpliendo el numeral <b>5.1.1</b> literal e) de la NTC ISO 9001:2015
05	La planificación e implementación del sistema de gestión de la calidad no ha considerado el seguimiento y revisión de las cuestiones externas e internas, de las partes interesadas, ni la determinación de los riesgos y oportunidades para asegurar el logro de los resultados, entre ellos, el servicio de correspondencia, los requisitos del decreto 1499 de 2017 y la necesidad de implementar el MIPG, incumpliendo el numeral <b>6.1.1</b> de la norma ISO 9001:2015. (DE-GA-GS-DIT-GJC-GTH-GI-GR-EI-MC)
06	No se evidencia planificación de los objetivos de calidad de la Entidad, contrariando el numeral <b>6.2.2</b> de la norma ISO 9001:2015. (DE)
07	No se evidencia la determinación de la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, en la cual se deben considerar el propósito y sus consecuencias, disponibilidad de recursos y la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades, contrariando el numeral <b>6.3</b> de la norma ISO 9001:2015. - (DE)
08	El servicio de correspondencia de la entidad, no cumple con las necesidades de disponibilidad y oportunidad, evidenciado en la suspensión del servicio entre el 25 de marzo y 23 de abril de 2018, contrariando el numeral <b>7.1.1</b> de la NTC-ISO 9001:2015.



**INFORME  
AUDITORÍA N°03 DE 2018  
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**



09	La Entidad no proporciona ni mantiene la infraestructura (equipos, hardware, software, transporte, insumos de oficina, entre otros) necesarios para la operación de los procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios, entre ellos, para la implementación de la ley 1801 de 2016 y la implementación de planes de mejora, incumpliendo el numeral <b>7.1.3</b> de la norma ISO 9001:2015. (DIT-VC-GTH-GI-EI-GR)
10	No se evidencia la calibración y verificación a intervalos especificados del Sonómetro Integrateur 01DB-Metravid Serie 65820, empleado en la realización de operativos de control de ruido por parte de la entidad, contrariando el numeral <b>7.1.5.2</b> de la norma ISO 9001:2015.
11	El día 19 de febrero de 2018 la organización definió que reuniría a las cuatro (4) Secretarías más representativas del proceso DT junto con los 3 líderes definidos, para hacer los ajustes correspondientes a la Caracterización del mismo como consta en el acta Nro. 2 del CCSGI; no obstante, a la fecha no ha realizado dicha reunión, no ha determinado claramente el propósito del proceso ni las cuestiones internas y externas que son pertinentes para lograr los resultados que de él se derivan; incumpliendo lo previsto en el numeral <b>8.3.2</b> de la norma ISO 9001:2015.
12	No se evidenció registros de seguimiento de las percepciones del grado en que se cumplen las necesidades y expectativas de los clientes, contrariando el numeral <b>9.1.2</b> de la norma ISO 9001:2015. (GR)
13	No se evidencia análisis y evaluación de los datos y la información que surgió del seguimiento y evaluación del proceso con corte a diciembre de 2017 para la toma de acciones, incumpliendo el Numeral <b>9.1.3</b> de la norma ISO 9001:2015. (GS-VC-GCJ-GTH-GI-MC)
14	No se evidencian las decisiones ya acciones relacionadas con las oportunidades de mejora, necesidades de cambio en el sistema de gestión y las necesidades de recursos, como resultado de la revisión por la dirección realizada en la vigencia 2017, lo que incumple el numeral <b>9.3.3</b> de la norma ISO 9001:2015. (MC)
15	Aunque en la actualidad se manifiesta que en el proceso DT participan todas las dependencias de la entidad sólo unas pocas cuentan con indicadores para la medición de la gestión realizada en dicho proceso, como es el caso de la Subsecretaría de Servicios Públicos Domiciliarios, que presenta el análisis de tres indicadores, dos de ellos discriminados por zona urbana y rural, con los cuales no es posible establecer el nivel de desempeño y eficacia de la Secretaría a la que pertenece ni mucho menos de todo el proceso; situación que evidencia que el proceso DT no está siendo objeto de seguimiento, medición y análisis en términos de su conformidad, eficacia y capacidad de mejora; incumpliendo lo requisitos contenidos en los numerales 5.1.1 (lit. g, h, j), 9.1.3 y 9.3.2 lit. c).
16	Se evidencia la ineficacia de las acciones tomadas para afrontar las no conformidades identificadas en la auditoría interna de la vigencia 2017 y las quejas que recibe la entidad, lo que contraria el numeral <b>10.2.1</b> de la norma ISO 9001:2015. (MC)



**INFORME  
AUDITORÍA N°03 DE 2018  
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**



17	No se evidencia toma de acciones frente a la totalidad de las oportunidades de mejora derivadas de la auditoría del ICONTEC vigencia 2017, incumpliendo el Numeral 10.3 de la Norma ISO 9001:2015. (MC)
----	---

## 5.2. OPORTUNIDADES DE MEJORA

01	Asegurar que los servidores públicos de la entidad tomen conciencia sobre el sistema de gestión (políticas, objetivos, su contribución al sistema, las implicaciones del incumplimiento de los requisitos), su comprensión, implementación, seguimiento y mejora continua para proporcionar mejores productos y servicios a la ciudadanía - (DE)
02	Socializar con todos los servidores públicos de la entidad, los resultados de la Revisión por la Dirección, para el conocimiento del estado del sistema de gestión y las decisiones adoptadas para la mejora del mismo.
03	Aplicar mecanismos que se puedan evidenciar el análisis del contexto, de las partes interesadas sus necesidades y expectativas, las oportunidades del sistema de gestión, ya sea en representaciones graficas o matrices. (GR)
04	Definir los indicadores de producto, resultado o impacto para los diferentes procesos del sistema de gestión, su ponderación y articulación para el logro de los objetivos de calidad. (DE)
05	Determinar los conocimientos necesarios para el desempeño en cada uno de los procesos, así como las estrategias para su mantenimiento y conservación. (DE-EI)
06	Revisar y actualizar los documentos (manuales, procedimientos, hojas de servicio o trámite, fichas de indicador, entre otros) del sistema de gestión, para asegurarse que esta sea apropiada para la entidad y los requisitos asociados, entre ellos el decreto 1499 de 2017. (MC)
07	Revisar la pertinencia de integración de las actividades que realizan la Secretaría de Educación y la Administración Central en materia de Gestión del Talento Humano, procurando la simplificación del proceso y la optimización de los recursos de la Entidad.
08	Implementar diversas metodologías para asegurar que las salidas que no sean conformes con los requisitos se identifiquen y controlen para tomar acciones antes de su uso y posterior a la entrega de los productos o provisión de los servicios.
09	Revisar la pertinencia de trasladar el procedimiento de Gestión de PQRS desde el proceso de Mejoramiento Continuo al proceso de Gestión de la Información, dado que su ejecución se realiza desde Gestión de la Información y en mejoramiento continuo se realiza el análisis para la toma de acciones de todo el sistema de gestión.
10	Actualizar las tablas de retención documental de acuerdo a la estructura administrativa vigente para la Administración Municipal, optimizando los tiempos y mecanismos de identificación, clasificación, conservación y consulta de la información de la entidad.





**INFORME  
AUDITORÍA Nº03 DE 2018  
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**



11	Replantear los indicadores: <i>Evaluación en Gestión de la Información. – EGI y Atención Conforme en Gestión de la Información. – AGI</i> , teniendo en cuenta que no están midiendo integralmente la operación y objetivo del proceso de Gestión de la información.
12	Al estar la entidad en un proceso de revisión y formulación de sus indicadores de impacto, se tiene la posibilidad de identificar la forma en que las acciones derivadas del Desarrollo Integral del Territorio deben impactar en el municipio de Bello y su área de influencia, y establecer los respectivos instrumentos de medición de tales logros para la toma de acciones.
13	Revisar y reformular a fondo el proceso de Desarrollo Integral del Territorio, a fin de que se diferencie claramente de otros procesos que tiene la Administración Municipal, teniendo en cuenta que según los argumentos de los auditados y la documentación existente en el mismo, éste debe procurar el mejoramiento de la calidad de vida de la población como fin último pero teniendo como objetivo de intervención el desarrollo y mejoramiento del territorio (suelo, agua, flora, vías, edificaciones, aire y los demás elementos que lo constituyen); logrando así definir qué Dependencias de la entidad se ocupan realmente de estos temas de desarrollo y poder así clarificar entre los responsables, las necesidades de liderazgo para que pueda ser asumido eficazmente.
14	Para el proceso de Desarrollo Integral del Territorio, se necesita definir y clarificar el propósito del proceso para establecer los actores que inciden (o deben incidir) en el mismo de manera que puedan operar de forma coordinada, sistemática y controlada; así mismo, se debe identificar y establecer las partes interesadas a atender, los productos, servicios y acciones a desarrollar para con ello buscar brindar conformidad y satisfacción según los diferentes requerimientos recibidos.

### 5.3. RIESGOS


01	Posible suspensión del certificado de calidad otorgado a los procesos de la Alcaldía Municipal, debido a las no conformidades que se evidencian en la operación de los procesos del sistema de gestión de la entidad.
02	Posible desviación de los objetivos institucionales y toma de decisiones desacertadas, debido a las deficiencias en el seguimiento y toma de acciones para los procesos y el sistema de gestión.
03	Posibles sanciones disciplinarias a la Entidad por las comunicaciones internas y externas que no cumplen con los principios de: oportunidad, confiabilidad, disponibilidad y seguridad informática, incumpliendo entre otras, la Ley 734 de 2002, Ley 1712 de 2014 y Ley 1755 de 2015.
04	Posibles reprocesos y desarticulación de los procesos, dado que no se ha definido ni delimitado claramente el propósito y los elementos que configuran el Proceso Desarrollo Integral del Territorio, lo que no permite establecer su alineación con el cumplimiento de los objetivos institucionales y la propia misión de la entidad, así como el impacto positivo o negativo que se llegare a generar.

## 6. CONCLUSION

El sistema de gestión de calidad de la Alcaldía Municipal de Bello presenta múltiples No Conformidades frente a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015 y los propios requisitos del Sistema; dado que no son suficientes las acciones para cumplir los requisitos (Adecuación), no se cuenta con información para evaluar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión en relación con la misión institucional. Las principales No Conformidades se presentan con relación al análisis del contexto estratégico, la asignación de recursos para la operación del sistema, así como el seguimiento y análisis de la información para la toma de acciones necesarias para garantizar a los usuarios el cumplimiento de los requisitos y su satisfacción.

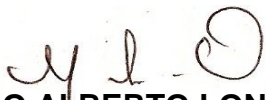
## 7. RECOMENDACIONES

1. Adecuar el plan de cambios que requiere el Sistema de Gestión, contemplando los requisitos del Decreto 1499 de 2017, las actividades, responsables y recursos necesarios para su adecuación a los requisitos legales, reglamentarios y del propio sistema.
2. La Alta Dirección de la entidad debe demostrar el liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión, asumiendo la promoción del enfoque a proceso y pensamiento basado en riesgos, promoviendo y apoyando a las personas, y asegurando los recursos necesarios para el logro de los resultados de cada proceso y sistema.
3. La Alta dirección debe tomar acciones y decisiones frente a los resultados de la Revisión por la Dirección, y realizar trimestralmente el seguimiento correspondiente para garantizar la adecuación del sistema de gestión.
4. Diseñar una estrategia que permita garantizar el seguimiento y gestión para el cumplimiento de los planes de mejoramiento suscritos a partir de las auditorías internas y externas.
5. Institucionalizar los comités por procesos para desarrollar el fomento de gestión por procesos.
6. Hacer una revisión y análisis a todos los trámites y servicios del municipio para el cumplimiento de los requisitos y en relación con los del SUIT, para el debido cumplimiento de la norma y satisfacción y oportunidad con los clientes internos y externos.
7. Retomar el ALPHASIG como mecanismo para la consolidación de datos y análisis de

	<p><b>INFORME</b>  <b>AUDITORÍA N°03 DE 2018</b>  <b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b></p>	  
--	--	--

indicadores de los procesos y del sistema de gestión, para la consulta gerencial y toma de acciones. además, de la sensibilización de la Alta Dirección de la utilidad que puede brindar para el seguimiento de la gestión.

8. Evaluar la necesidad y pertinencia de renovar el certificado del sistema de gestión de calidad, dado que es reiterativo el incumplimiento de criterios normativos del sistema y el incumplimiento de los planes de mejora suscritos. Además, el decreto 1499 de 2017 establece en el artículo 2.2.22.3.12 ***“las entidades y organismos públicos que lo consideren pertinente, PODRÁN certificarse bajo las normas nacionales e internacionales de calidad”***.



**HUGO ALBERTO LONDOÑO OSSA**  
 Profesional Universitario  
 Auditor Líder