

 <p>2019070407596932143113481 comunicaciones internas o memorandos Julio 04, 2019 7:59 Radicado 2019-013481 2019070407596932143113481</p>	 <p>9-04 DAD</p>	 <p>CO-SC-CER143688 SC-CER143688 GP-CER143691</p>
---	---	---

Bello, 04 de julio de 2019

Doctora
 VIVIANA MARÍA ZAPATA CORDOBA
 Alcaldesa (E)
 Municipio de Bello

ASUNTO: Informe de Auditoría Interna de evaluación y monitoreo al desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad de la Alcaldía Municipal de Bello.

Respetada Doctora Viviana María:

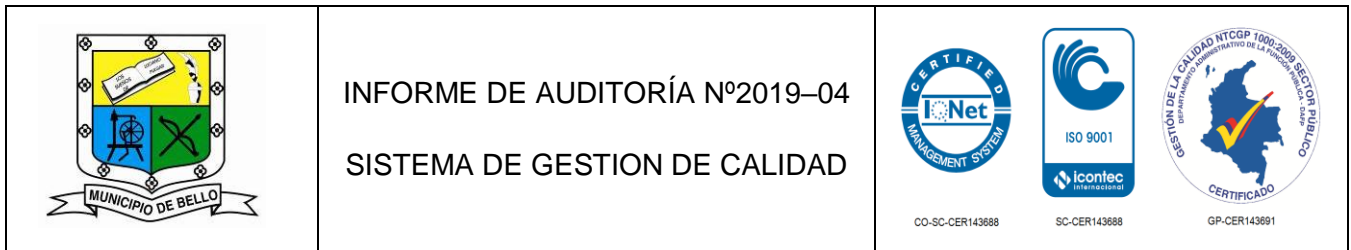
La Secretaría de Control Interno con fundamento en la ley 87 de 1993, practicó **Auditoría Interna de evaluación y monitoreo al desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad de la Alcaldía Municipal de Bello bajo la norma ISO 9001:2015.**

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 de Gestión Integrado 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 la evaluación realizada a los procesos administrativos de 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 **14 Debilidades, 11 Observaciones 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 debilidades 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. Se reiteran las principales debilidades del sistema de gestión en materia del análisis del contexto estratégico y de riesgos y oportunidades para el ajuste de los procesos, la deficiente asignación de recursos para la operación del sistema, así como las deficiencias en materia de seguimiento y análisis de



la información, y la inobservancia de los informes de auditoría interna y del Icontec para la toma de acciones de mejora que permitan 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, el Comité Coordinador del SGI deberá suscribir con la Secretaría de Control Interno el correspondiente Plan de Mejoramiento en un plazo de 20 días calendario a partir del recibo del presente informe en formato establecido en el procedimiento de auditoría de control Interno del proceso de Evaluación independiente.



ALBERTO ZULUAGA PÉREZ
Secretario de Control Interno

- Copia a:
- Doctora Flor Alba Zapata Monsalve, Secretaria del Adulto Mayor
 - Doctor Carlos Andrés Muñoz Pacheco, Secretario de Cultura
 - Doctora Yudi Catalina Pulgarín Patiño, Secretaria de Deportes y Recreación
 - Doctor Jorge Alcides Medina Bustamante, Secretario de Educación
 - Doctora Adriana María Salas Moreno, Secretaria de Gobierno
 - Doctora Viviana María Zapata Córdoba, Secretaria de Hacienda
 - Doctora Ana María Madrid Acosta, Secretaria de Medio Ambiente, Vivienda y D. R.
 - Doctora Deisy Johana Posada Torres, Secretaria de Movilidad
 - Doctor Julián David Rendón Montoya, Secretario de Obras Públicas
 - Doctor Julián Marcelo Machado Cadavid, Secretario de Planeación
 - Doctor Jorge Iván Giraldo Flórez, Secretario Privado
 - Doctora Elda del Socorro Tabares, Gerente de Progreso e Inclusión Social
 - Doctor Manuel Ancizar Portela Morales, Secretario de Recaudos y Pagos
 - Doctor Luis Arturo Sánchez Ospina, Secretario de Salud
 - Doctora Leyda Catalina Ríos Cadavid, Secretaria de Servicios Administrativos
 - Doctor Nicolás Rave Henao, Gerente de Proyectos Especiales
 - Doctor Cesar Augusto Arango Serna, Asesor Gestión del Riesgo
 - Doctora Liliana María Álvarez Gómez, Asesora Jurídica
 - Ingeniera Maryen Gracia Machado, Directora Administrativa de las TIC y Soporte



INFORME DE AUDITORÍA N°2019-04
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD



CO-SC-CER143688



SC-CER143688



GP-CER143691

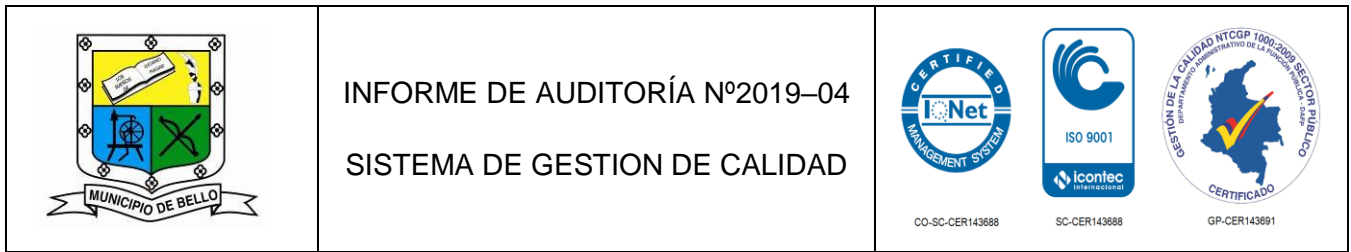
SECRETARÍA DE CONTROL INTERNO

ALBERTO ZULUAGA PÉREZ
Secretario

HUGO ALBERTO LONDOÑO OSSA
Auditor Líder
Profesional Universitario

María Epifanía Osorio Idarraga, John Jairo Arboleda Pinto, Jairo Antonio Hernández Sánchez, Isabel Yubelly Medina Cárdenas, Juan Fernando Arango Piedrahita, Claudia Andrea Restrepo Bermúdez, Juan Manuel Castrillón Mora, María Elena Gómez Valencia, Wilver de Jesús Henao, Lisett Vanesa Gallego Muñoz, Ángela María Tamayo Lopera
Auditores

Bello
Julio 04 de 2019



1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA

Identificar oportunidades para la mejora del sistema de gestión de la calidad de la Alcaldía Municipal de Bello frente a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015.

1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el desempeño del sistema de gestión de calidad y cada uno de los procesos para la satisfacción de los requisitos el cliente, los legales y reglamentarios aplicables.
- Realizar seguimiento a las acciones de mejora implementadas a partir de la auditoría interna vigencia 2018 y de la Auditoría del ICONTEC vigencia 2018.
- Verificar la implementación de acciones a partir de la Revisión por la Dirección.

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 2018.
- Plan de mejoramiento producto de la auditoría interna vigencia 2018.
- Informe de revisión por la dirección de la Vigencia 2018.
- Reglamentación del sistema de gestión de calidad de la entidad.

3. ALCANCE

- VIGENCIA: 2018 y 2019.
- PROCESOS: Direccionamiento Estratégico, Gestión Administrativa y Financiera, Gestión Social, Desarrollo Integral del Territorio, Vigilancia y Control, Gestión Talento Humano, Gestión Jurídica y Contratación, Gestión de la Información, Gestión de los Recursos Físicos, Evaluación Independiente, y Mejoramiento Continuo.
- PLAN DESARROLLO 2016-2019: **Línea:** Seguridad Administrativa **Programa:** Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integrado **Proyecto:** Fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad.
- DEPENDENCIAS: Secretarías, Gerencias y Asesorías del Despacho de la Alcaldía.

4. GENERALIDADES

4.1. METODOLOGÍA

Para la ejecución de la auditoría se verificó la documentación de los diferentes procesos en la Intranet con relación al Sistema de Gestión Integrado, se realiza reunión de apertura, reunión del equipo auditor, elaboración de lista de verificación, plan de auditoría, y reuniones con los líderes o responsables de las actividades dentro del sistema de gestión de la Alcaldía Municipal de Bello, con el fin de indagarles por la lista de de verificación (F-EI-03), por medio de entrevista, observación u otros instrumentos para obtener la evidencia física por cada una de las mismas en la medida de ser posible para construir el informe final de auditoría.

4.2. HECHOS RELEVANTES DE LAS ÚLTIMAS AUDITORÍAS DE CONTROL INTERNO:

- **Ver:** Informe de Auditoría Interna del SIG No 03 de la vigencia 2018 (RUTA: <http://190.248.134.158/intranet/start/procesos/evaluacion.php> *Registros *Auditorías *Auditorías de Control Interno * 2018.
- **Ver:** Plan de Mejoramiento de la Auditoría Interna vigencia 2018, Plan de Mejoramiento derivado de la auditoría con el ICONTEC en la vigencia 2018, Informe de Revisión por la Dirección de la Vigencia 2018.

5. RESULTADO DE LA AUDITORIA

5.1. DEBILIDADES

01	Se evidencia desactualización del sistema de gestión de la entidad (modelo de operación, caracterización de procesos, procedimientos, manuales, entre otros) debido a la carencia de seguimiento y revisión de las cuestiones externas e internas que afectan la capacidad de lograr los resultados del sistema, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 4.1 de la norma ISO 9001:2015.
02	Se evidencia la conservación incompleta de los registros de auditoría N°8 y N° 13 de la vigencia 2018 del proceso de Evaluación Independiente, incumpliendo el numeral 4.4.2 (a, b) de la norma ISO 9001:2015.
03	No se evidencia liderazgo y compromiso de los responsables del sistema de gestión de la entidad, dado que no asumen con responsabilidad con la rendición de cuentas, la asignación de recursos y la mejora continua del sistema, incumpliendo el numeral 5 de la norma ISO 9001:2015.
04	No se evidencia la toma de acciones para abordar los riesgos y oportunidades en el sistema de gestión, que permita asegurar el logro de los resultados y mejora continua, debido a la deficiencia en el monitoreo del mapa de riesgos y controles, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 6.1.2 de la norma ISO 9001:2015
05	No se evidencia la planificación, seguimiento y actualización de los objetivos del sistema de gestión de la entidad, incumpliendo el numeral 6.2.1 de la norma ISO 9001:2015.



INFORME DE AUDITORÍA N°2019-04
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD



06	No se evidencia la determinación y asignación del número de las personas necesarias para la operación de los procesos de Vigilancia y Control y de Desarrollo Integral del Territorio, para el logro de la conformidad de los productos, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 7.1.2 de la norma ISO 9001:2015
07	No se evidencia la determinación y el mantenimiento de la infraestructura (espacios, transporte, archivadores, equipos de computo, entre otros) necesaria para la operación de los procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios que presta la entidad, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 7.1.3 de la norma ISO 9001:2015
08	Se evidencia en la encuesta de clima organizacional que la totalidad de las dependencias de la administración Municipal no cuentan con el ambiente social, psicológico y físico necesarios para la operación y logro de la conformidad de los servicios, incumpliendo el numeral 7.1.4 de la norma ISO 9001:2015
09	Se evidencia que los responsables del proceso no están evaluando la conformidad de los productos y servicios que se le presta al usuario o cliente, para luego determinar el grado y las acciones a tomar a partir de las salidas no conformes, incumpliendo con el Numeral 8.7 de la norma ISO 9001:2015.
10	No se evidencia el seguimiento de la percepción de los usuarios del grado de cumplimiento de las necesidades y expectativas en el proceso de Vigilancia y Control, incumpliendo lo dispuesto en el numeral 9.1.2 de la norma ISO 9001:2015
11	No se evidencio el análisis de datos, tanto en materia de indicadores de proceso, como de seguimiento a planes de mejoramiento de auditoría interna y del ICONTEC, así mismo, la revisión por la dirección, lo que dificulta analizar y evaluar los resultados de la eficiencia de los procesos, el grado de satisfacción del cliente y el impacto en el sistema de gestión de calidad, contrariando el numeral 9.1.3 de la norma ISO 9001:2015
12	No se evidenció la toma de acciones (P-MC-02), para el cumplimiento del objetivo del procedimiento para la gestión de las PQRSD (P-MC-05), presentándose inoportunidad en la respuesta al radicado 20161011408 con fecha del 07 de abril de 2016, el radicado 20181032429 con fecha del 24 de junio de 2018, así mismo, en gestión documental de la Secretaría de Movilidad se evidenció el día 21 de junio de 2018 un acumulado de 770 documentos sin abrir, de las cuales el 81 % (620) ya están vencidas y el 19% (150) están próximas a vencerse; incumpliendo el numeral 10.2.1 de la norma ISO 9001:2015.
13	No se evidencia la suscripción de los planes de mejoramiento de las auditorías internas N°8 y N°13 de la vigencia 2018, incumpliendo el numeral 10 de la norma ISO 9001:2015.
14	No se evidencia la implementación de acciones para mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la entidad, a partir de la auditoría del ICONTEC, auditoría interna y la revisión por la dirección, incumpliendo el numeral 10.3 de la norma ISO 9001:2015.

5.2. OBSERVACIONES

01	El sistema de gestión certificado bajo la norma ISO 9001:2015 supone un modelo de operación por procesos, sin embargo, la estructura operativa actual en la Administración Municipal para el mantenimiento del sistema de gestión de la calidad, no documenta espacios como por ejemplo comités por procesos; situación que dificulta la operación, la recolección y análisis de información relevante para la toma de decisiones y definición de estrategias al interior de la organización.
----	---



INFORME DE AUDITORÍA N°2019-04
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD



02	El resultado del auto-diagnóstico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión es del 55.8 puntos sobre 100 y del Índice de Desempeño Institucional mediante el FURAG para la vigencia 2018 es de 62 puntos sobre 100; lo cual indica que la entidad tiene implementados algunos elementos de los requeridos por el Decreto 1499 de 2017, y requiere definir la línea estratégica y modelo de operación de la gestión.
03	Se evidencia en la Municipalidad de Bello una situación grave de convivencia y seguridad ciudadana, la cual se contempla en el mapa de riesgos de 2018 como “Posible no reporte de las inconsistencias encontradas en la prestación del servicio de vigilancia y control” , y se describe como causa las acciones violentas por parte de la comunidad para ejercer las funciones de vigilancia y control . La calificación de la probabilidad es de 3 y la calificación del impacto es de 4, para la cuales se hace urgente revisar el riesgo, su valoración y los controles para el mismo.
04	No se evidencia claramente la desagregación y suficiencia de los indicadores del Proceso Vigilancia y Control que permitan agilizar la definición de la métrica, que permita asegurar la medición, seguimiento y control de la eficacia, eficiencia y efectividad del proceso en las diferentes dependencias y que contribuya a la medición de los objetivos de Calidad.
05	En el proceso de gestión del talento humano no es suficiente la asignación presupuestal para lograr la conformidad de los servicios evidenciado en la encuesta de necesidades de capacitación-formación vs el presupuesto asignado para el desarrollo de estas actividades.
06	El documento D03 "Manual de Procesos para el reporte del sector de APS", no corresponde al proceso Gestión Administrativa y Financiera.
07	La gestión contractual de la entidad, presenta re-procesos en la gestión precontractual, debido a la inobservancia por parte de las diferentes dependencias de las orientaciones dadas por parte del Comité de Contratación y la Asesoría Jurídica; además, se presentan reiteradas deficiencias en la supervisión de los procesos contractuales que adelanta la entidad, debido al incumplimiento de las orientaciones en materia de control administrativo, técnico, financiero y legal impartidas por la entidad y las guías de Colombia Compra Eficiente.
08	La entidad no ha instalado el programa ArcGis en los equipos de cómputo de la Secretaría de Planeación, el cual tuvo un alto costo y es indispensable para la planificación y seguimiento del ordenamiento territorial; lo que genera deficiencias en la operación del proceso y en la prestación de servicios a la comunidad.
09	Las secretarías que pertenecen al proceso de Gestión de los Recursos Físicos tienen indicadores que les permite la toma de decisiones en materia del plan de compras, necesidades de transporte y locativas, pero no los tienen documentados en el sistema de gestión; los cuales se deben establecer para el monitoreo y toma de decisiones del proceso.
10	Las necesidades de recursos físicos las determina la entidad de acuerdo a las solicitudes que emiten las dependencias o por la ejecución presupuestal de las vigencias anteriores, sin embargo, no se cuenta con un diagnostico global que permita determinar las necesidades de infraestructura, insumos y recursos financieros para la adecuada operación de la entidad.
11	La Secretaria de control interno no ha realizado la publicación en la Intranet el plan anual de auditoría para la vigencia 2019, con el objeto de ser socializado con todos los servidores públicos de la entidad.

5.3. RIESGOS

01	Posible pérdida de la información documentada debido al traslado de diferentes oficinas y la deficiencia de los archivos de gestión de la entidad, lo cual puede generar re-procesos y dificultar la operación de los procesos.
02	Posible desviación de los objetivos institucionales, ineficiencia de la gestión y toma de decisiones desacertadas, debido a la insuficiencia de recursos humanos, técnicos y logísticos, la carencia de información de seguimiento a los datos de los procesos y del sistema de gestión.
03	Posible suspensión del certificado de calidad otorgado a los procesos de la Alcaldía Municipal, como consecuencia de las debilidades que se evidencian en la operación del sistema de gestión y la inobservancia de las oportunidades de mejora determinadas por el ICONTEC en la auditoría de la vigencia 2018.
04	Posibles sanciones disciplinarias a los servidores públicos de la entidad por la inoportunidad en la gestión de las comunicaciones, incumpliendo entre otras, la Ley 734 de 2002 y la Ley 1755 de 2015.

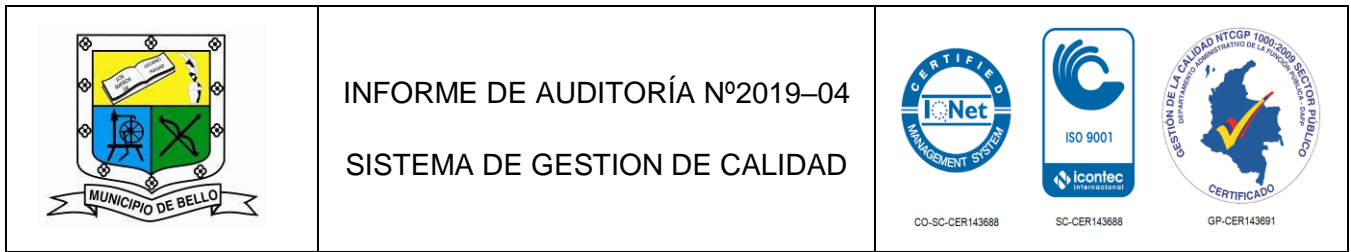
6. CONCLUSION

El sistema de gestión de calidad de la Alcaldía Municipal de Bello presenta múltiples debilidades 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. Se reiteran las principales debilidades del sistema de gestión en materia del análisis del contexto estratégico y de riesgos y oportunidades para el ajuste de los procesos, la deficiente asignación de recursos para la operación del sistema, así como las deficiencias en materia de seguimiento y análisis de la información, y la inobservancia de los informes de auditoría interna y del Icontec para la toma de acciones de mejora que permitan garantizar a los usuarios el cumplimiento de los requisitos y su satisfacción.

7. RECOMENDACIONES

1. Revisar y actualizar la documentación del sistema de gestión de calidad de conformidad con los cambios normativos que se han presentado los últimos años, en especial la adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, así como la modernización administrativa y los requisitos y expectativas de la comunidad.
2. La entidad debe documentar las fichas de indicadores para la medición de los objetivos del sistema de gestión, en las cuales se determinen el objetivo, formulas, metas, responsabilidades, fuentes de la información, los periodos de análisis y reportes a la alta dirección para la toma de acciones.

3. La entidad puede realizar anualmente la evaluación del resultado logrado con los proyectos del plan de desarrollo, el sistema de gestión y las políticas públicas, para determinar las acciones de mejora necesarias en procura de generar un mayor bienestar a la comunidad y optimizar los recursos disponibles para la gestión.
4. El proceso de Gestión Jurídica y Contratación, requiere la reevaluación de su estructura para determinar la separación en los procesos de Gestión Jurídica y Gestión de la Contratación, o la adecuación de procedimientos de gestión de la contratación, gestión jurídica y representación judicial y extrajudicial, para adecuar la documentación en el sistema de gestión con la operación de la entidad en cumplimiento de la normatividad. Además, la documentación existente en el proceso con relación a la gestión de comodatos y arrendamientos se debe trasladar al proceso de Gestión de los Recursos Físicos.
5. Implementar políticas y estrategias que permitan reducir los gastos de funcionamiento para disminuir el déficit de tesorería que presenta la entidad durante los últimos años, permitiendo con ello, reducir el monto de las cuentas por pagar y el nivel de endeudamiento, e incrementar los recursos para inversión social.
6. Asegurar la trazabilidad de los patrones utilizados en la calibración del Sonómetro, empleado en la realización de operativos de control de ruido por parte de la Secretaria de Gobierno.
7. El proceso de Gestión Administrativa y Financiera debe integrar a la Secretaría de Salud y la Secretaría de Planeación a las actividades de revisión y actualización documental, el monitoreo de los riesgos e indicadores, para lograr la articulación y mejora continua del proceso.
8. Considerar en el análisis, valoración y evaluación de los riesgos las cuestiones que surgen del entorno legal, tecnológico, competitivo, de mercado, cultural, social y económico, ya sea internacional, nacional, regional o local y de los que surjan de la revisión de la información sobre las partes interesadas y sus requisitos pertinentes.
9. Cumplir con la reglamentación del comité de Viernes del SGI, para la realización del análisis de datos y la información, evaluar la conformidad de los productos y servicios, el grado de satisfacción del cliente, eficacia de las acciones para abordar riesgos y oportunidad, y el desempeño de proveedores externos, para determinar las acciones necesarias para su adecuación.
10. Asegurar que el Comité Coordinador del SGI, los diferentes líderes de procesos y secretarios de despacho coordinen las diferentes acciones del sistema de gestión, desde la socialización, actualización, operación, seguimiento y mejora continua de los procesos, para garantizar el cumplimiento de la normatividad y los objetivos del sistema de gestión.
11. Garantizar desde la Alta dirección la toma de acciones y decisiones frente a los resultados de



las auditorías y la revisión por la dirección, además, realizar trimestralmente el seguimiento correspondiente para garantizar la adecuación del sistema de gestión.

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2015.
- Información documentada del Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad.
- Caracterizaciones, manuales, guías, instructivos.
- Plan de Mejoramiento de la Auditoría Interna vigencia 2018.
- Plan de Mejoramiento derivado de la auditoría con el ICONTEC en la vigencia 2018.
- Informe de revisión por la Dirección de la Vigencia 2018.

9. EQUIPO AUDITOR


 HUGO ALBERTO LONDOÑO OSSA
Auditor Líder

María Epifanía Osorio Idarraga, John Jairo Arboleda Pinto, Jairo Antonio Hernández Sánchez, Isabel Yubelly Medina Cárdenas, Juan Fernando Arango Piedrahita, Claudia Andrea Restrepo Bermúdez, Juan Manuel Castrillón Mora, María Elena Gómez Valencia, Wilver de Jesús Henao, Lisett Vanesa Gallego Muñoz, Ángela María Tamayo Lopera.

Auditores