2021-260.6.1.41

Palmira, 18 / Agosto / 2021

Municipio de Palmira
Área de Correspondencia y Archivo
CI2021000078 1
Fecha: 18 Agosto 2021 5:20 PM
Tipo: Correspondencia Interna
Remitente: CC 16280501 JOSE HUMBERTO PACHECO VELASCO [OFICINA DE CONTROL INTERNO]
Usuario: JPACHECO Folios:

PARA: **OSCAR EDUARDO ESCOBAR GARCÍA**
Alcalde
LUZ ADRIANA VASQUEZ TRUJILLO
Secretaria General

DE: **JOSÉ HUMBERTO PACHECO VELASCO**
Jefe Oficina de Control Interno

PARA SU INFORMACIÓN	X	ENVIAR PROYECTO DE RESPUESTA		FAVOR DAR CONCEPTO	
DAR RESPUESTA Y ENVIAR COPIA		ENCARGARSE DEL ASUNTO		FAVOR TRAMITAR	
ENTERARSE Y DEVOLVER		DILIGENCIAR Y DEVOLVER		OTRO	

Asunto: Remisión Informe De Calidad Ciclo 1 De La Vigencia 2021.

Cordial Saludo.

Por medio de la presente, en cumplimiento del Rol de esta Oficina de Evaluación y Seguimiento, hago entrega del informe de calidad ciclo 1 de la vigencia 2021 para su revisión y aprobación. De tener alguna observación sobre el informe, se establece un término de 5 días hábiles para que estas sean manifestadas.

Cordialmente.

JOSÉ HUMBERTO PACHECO VELASCO
Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: Rubén Darío Bedoya Ortiz – Profesional Universitario 02
Revisó: José Humberto Pacheco Velasco – Jefe Oficina de Control Interno
Aprobó: José Humberto Pacheco Velasco – Jefe Oficina de Control Interno

2021-260.6.1.41

Palmira, 18 /Agosto /2021

OFICINA DE CONTROL INTERNO
PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS

PRIMER INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD 2021

JOSE HUMBERTO PACHECO VELASCO
Jefe de la Oficina de Control Interno

Auditor líder:

WILMAR RUIZ ARAGON

RUBEN DARIO BEDOYA ORTIZ

PALMIRA – AGOSTO - 2021

INFORMACIÓN GENERAL **Pág.**

INTRODUCCION.....**03**

1 OBJETIVOS DE LA AUDITORIA **04**

2 ALCANCE.....**04**

3 FECHA DE LA AUDITORIA.....**04**

4 CRITERIOS.....**04**

5 TIPO DE AUDITORIA.....**04**

6 AUDITORES LIDERES.....**04**

7 GRUPO AUDITOR.....**04**

8 ACTIVIDADES DESARROLLADAS.....**06**

9 FORTALEZAS ENCONTRADAS.....**06**

10 RELACION DE LAS NO CONFORMIDADES Y O. M... POR PROCESO...**07**

11 NO CONFORMIDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA.....**09**

12 RESULTADOS DE INFORME DE AUDITORIA.....**27**

13 ANALISIS COMPARATIVO.....**29**

14 ASPECTOS A MEJORAR **30**

15 ANALISIS A LA GESTION DEL RIESGO **31**

16 CONCLUCIONES **32**

INTRODUCCION

La presente Auditoria se realizó acorde a los propósitos planteados en el Plan Anual de Auditorías Internas de Calidad y a su vez dentro de Acción de la Oficina de Control Interno, para la vigencia 2021, y enmarcado dentro de los roles definidos en el Decreto 648 de 2017, en especial al de Evaluación y Seguimiento que a través de sus Auditorías internas realiza permanentemente, promoviendo así el mejoramiento continuo de las dependencias, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos para la prevención, evaluación y de gestión del riesgo. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.

Como objetivo de auditoria se estableció "Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma, la eficacia e implementación y sostenimiento de los procesos, alineados con los requisitos legales, institucionales y del cliente e identificar oportunidades de mejora. Conforme a la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015 en la Administración Municipal", de igual manera y como uno de los criterios a auditar se determinó reforzar la revisión a los mapas de riesgos por procesos.

Para dar cumplimiento al objetivo trazado se insistió en la preparación de los auditores, proporcionándoles una (01) sensibilizaciones en temas de redacción de informes el día 31 de Marzo del 2021, de igual manera se entregó por medio del correo institucional material de trabajo, como formatos de informe, de lista de chequeo, evaluación de auditores, código de ética del auditor, tipos de auditorías y el paso a paso para ingresar al intranet, donde iban a encontrar los procesos, procedimientos, caracterización, mapa de riesgos e indicadores, toda esta información para que sirviera de apoyo a la planeación como al desarrollo de la auditoria del proceso asignado.

En el ejercicio de la presente evaluación se contó con el apoyo de los auditores externos que han sido capacitados por el Icontec y que en su mayoría son enlaces de calidad que vienen realizando auditorías internas de calidad, con el propósito de formar y fortalecer la capacidad instalada de Auditores con experiencia y recorrido en la práctica del ejercicio de auditoria se incluyó personal nuevo de la administración que contaban con la debida certificación, apoyando el ciclo que ha sido liderado por la Oficina de Control Interno.

Se ha concluido que uno de los principales objetivos es proporcionar información al SIG, sobre la efectividad, implementación y cumplimiento de los requisitos, a través de una revisión a los procesos con un enfoque basado en el riesgo, incluida la percepción hacia el empoderamiento de los líderes del proceso en donde se ejerce la primera y segunda línea de defensa, así como generar las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento continuo y optimización de los recursos hacia una prestación de servicios con calidad y oportunidad.

1 OBJETIVOS DE LA AUDITORIA:

Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma, la eficacia e implementación y sostenimiento de los procesos, alineados con los requisitos legales, institucionales y del cliente e identificar oportunidades de mejora. Conforme a la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015 en la Administración Municipal

2 ALCANCE:

Todas los Servicios y Dependencias de la Administración Central de la Alcaldía de Palmira, con los procesos y procedimientos establecidos por el SIG. Desde la Aprobación del Programa Anual de Auditorías Internas - PAA, la programación y presentación de informes y seguimientos, hasta la formulación del respectivo plan de mejoramiento.

3 FECHA DE LA AUDITORIA:

En preparación: 05 de marzo al 13 de abril del 2021
Aviso de auditoria: 24 de marzo del 2021
En campo: 16 de abril a Julio de 2021

4 CRITERIOS:

Requisitos de la Norma NTC-ISO 9001-2015, los procedimientos, caracterización, documentación, riesgos, acciones de mejora y demás normas aplicables según corresponda

5 TIPO DE AUDITORIA:

Auditoría interna de Calidad de cumplimiento denominada ciclo I 2021

6 AUDITORES LIDERES:

01	AUDITOR LIDER	RUBEN DARIO BEDOYA
02	AUDITOR LIDER	WILMAR RUIZ ARAGON

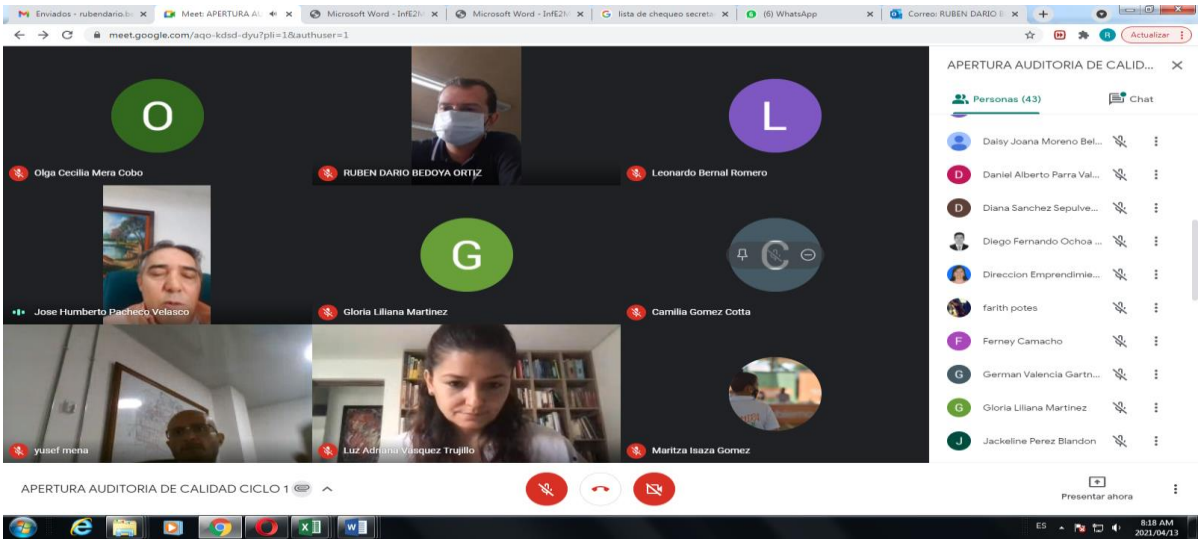
7 GRUPO AUDITOR:

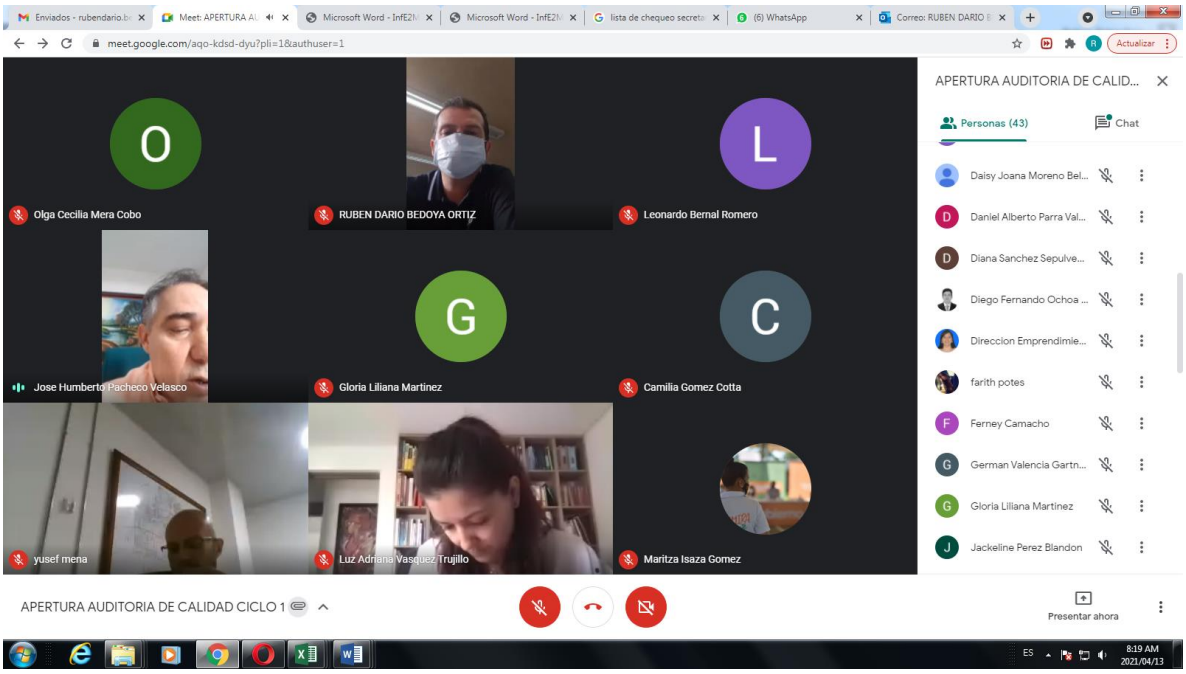
PROCESO AUDITADOS			ACOMPAÑANTE
GESTION DE PARTICIPACION COMUNITARIA	WILMAR RUIZ ARAGON	JULIAN SANCHEZ	
GESTION DESARROLLO AGROPECUARIO	ARVEY LOZANO SUELTO	OSCAR PERENGÜEZ	
BANCO DE PROYECTOS	RAUL LOPEZ CARDONA	PAOLA ARIAS	
COMUNICACIÓN PUBLICA (OFC. COMUNICACIONES)	LINA MONTENEGRO	JOSE GABRIEL TOVAR PUMALPA	
INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SALUD	RUBEN DARIO BEDOYA	ANDRES GIOVANNY GUZMAN RIVERA	EXPERTO
GESTION DEL RIESGO	YESICA VELASCO	JULIAN SANCHEZ	
GESTION AMBIENTAL	JOHANNA MORENO	RAUL LOPEZ CARDONA	
DESARROLLO ESTRATEGICO DE LA MOVILIDAD Y SEGURIDAD VIAL, REGISTRO DE TRANSITO	HEROÍNA DEL MAR ARTEAGA	PAOLA ARIAS	
(SEC MOVILIDAD)			
ADMINISTRACION SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	WILMAR RUIZ ARAGON	RUBEN DARIO BEDOYA	
GESTION DE EMPRENDIMIENTO Y DESARROLLO EMPRESARIAL	JOHANNA MORENO	ARGEMIRO GAMBOA GOMEZ	
SECRETARIA DE EDUCACION GESTION COBERTURA EDUCATIVA (GESTION CALIDAD EDUCATIVA GESTION DE INSPECCION Y VIGILANCIA EN EDUCACION)	SANDRA XIMENA MURCIA	ARVEY LOZANO	
GESTION DISCIPLINARIA	RAUL LOPEZ CARDONA		RONALD RAMIREZ
GESTION DE INFORMATICA	ARVEY LOZANO SUELTO	MIGUEL ANTONIO ZUÑIGA	
GESTION DE RECURSOS FISICOS Y TALENTO HUMANO	RAUL LOPEZ CARDONA	RUBEN DARIO BEDOYA	
GESTION DE LA SEGURIDAD Y CONVIVENCIA GESTION DE INSPECCION Y CONTROL	HEROÍNA DEL MAR ARTEAGA	JULIAN SANCHEZ	

GESTION FINANCIERA - GESTION ADMINISTRACION TRIBUTARIA - GESTION TESORERIA - GESTION DE COBRO COACTIVO	WILMAR RUIZ ARAGON	RUBEN DARIO BEDOYA	
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA(SEC RENOVACION URBANA)	RAUL LOPEZ CARDONA	JOHANNA MORENO	INGENIERO CIVIL
SECRETARIA DE CULTURA (GESTION DEL ARTE Y CULTURA GESTION DE BIBLIOTECAS GESTION DE EXTENCION DE LAS ARTES Y LOS OFICIOS)	JOSE H. PACHECO	KAREN GRUESO SINISTERRA	
GESTION SOCIAL -(SEC INTEGRACION SOCIAL)	LINA MONTENEGRO	ANDRES GIOVANNY GUZMAN RIVERA	
GESTION DE DEFENSA JUDICIAL	ARVEY LOZANO SUELTO		RONALD RAMIREZ
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO -DESPACHO ALCALDE	JOSE HUMBERTO PACHECO	JULIAN SANCHEZ	
GESTION DOCUMENTAL	PAOLA ARIAS	OSCAR GUIO RIOS	CARMEN VANESA GUZMAN
GESTION DE CONTRATACION	ARVEY LOZANO		RONALD RAMIREZ
GESTION DE PROTOCOLO	LINA MONTENEGRO	YESICA VELASCO	

8 ACTIVIDADES DESARROLLADAS

La auditoría se inició con una reunión de apertura que se realizó de forma virtual el día 13 de abril 2021, contando con la presencia del Señor Alcalde Oscar Eduardo Escobar García y la secretaria General la Dra. Luz Adriana Vásquez, en dicha reunión se explicó la metodología a emplear las fechas programadas para cada proceso y se solicitó la colaboración de los líderes para el cumplimiento de cronograma.





Conforme al programa anual de Auditoria y al Plan diseñado para el ciclo 01-2021 se llevó a cabo en terreno desde el día 16 de abril hasta el mes de Julio del 2021.

En la Ejecución de la Auditoria se presentaron dificultades que conllevaron a ampliar el plazo de ejecución de la misma, como de cambiar de Auditor Líder debido a la pandemia; a raíz de esta y en cumplimiento de todas las medidas de bioseguridad, las Auditorias se desarrollaron en gran parte de forma virtual, como ya se mencionó se presentó que el Auditor Líder Rubén Darío Bedoya O. asignado se vio gravemente afectado por la misma circunstancia al finalizar el mes de Abril, por tal motivo se tuvo que modificar el cronograma de la Auditoria como también de asignar un nuevo líder, a la vez este cronograma fue impactado negativamente por el paro, donde los auditados solicitaron suspensión de la misma para poder atender las consecuencias de orden público.

La auditoría concluye con la recopilación de la información en un informe consolidado que se socializa con la alta dirección, el señor alcalde y el líder del sistema, previamente en cumplimiento del procedimiento el informe de auditoría de cada proceso ha sido presentado y validado por los respectivos líderes donde se les comunica y da a conocer sus resultados en el que se definieron las acciones a implementar como plan de mejoramiento a cada uno de los procesos involucrados.

9 FORTALEZAS ENCONTRADAS

- Se evidencio un valioso compromiso e interés de la Alta Dirección en apoyar todas las actividades relacionadas con el SIG, una muy buena apropiación y disposición de todo el personal.

- La Intranet Corporativo donde se puede encontrar toda la información relacionada con el Sistema Integrado de Gestión, Documentación del Sistema, Organigrama. Mapa de Operación por Procesos, las Políticas Institucionales, temas relacionados con Talento Humano, Seguimiento a las Obras entre otros

- La Atención a las PQRS y el manejo del Módulo de Gestión Documental ha mejorado.

10 RELACION DE LAS NO CONFORMIDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA POR PROCESO

A continuación, se presenta un consolidado de las no conformidades, como de las oportunidades de mejora, que arrojo cada proceso auditado, el respectivo informe de cada uno de ellos, fue socializado y entregado al líder de cada proceso para la construcción del correspondiente Plan de Mejoramiento; tarea esta que fue adelantada por cada equipo auditor.

	NOMBRE DEL PROCESO	NO CONFORMIDAD	OPORTUDIDAD DE MEJORA
1	ADMINISTRACION SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	0	6
2	GESTION SOCIAL	0	1
3	TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	1	1
4	GESTION EN SALUD	0	0
5	INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD	1	0
6	GESTION DE TALENTO HUMANO	0	2
7	GESTION DE RECURSOS FISICOS	2	0
8	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	0	5
9	GESTION DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA	0	3
10	GESTION DE INSPECCION Y CONTROL	0	3
11	GESTION DE PROTOCOLO	0	1
12	GESTION DESARROLLO AGROPECUARIO	1	0
13	BANCO DE PROYECTOS	2	0
14	GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	0	5
15	COMUNICACIÓN PUBLICA	2	1
16	GESTION DE INGRESOS Y TESORERIA	0	3
17	GESTION DE COBRO COACTIVO	0	2
18	GESTION FINANCIERA	0	0
19	GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	2	2
20	SEGURIDAD VIAL	0	0
21	REGISTRO DE TRANSITO	2	2
22	DESARROLLO ESTRATEGICO DE MOVILIDAD	1	1
23	PARTICIPACION COMUNITARIA	0	4
24	GESTION DOCUMENTAL	5	3
25	GESTION CALIDAD EDUCATIVA	3	3
26	GESTION DE INSPECCION Y VIGILANCIA EN EDUCACION	4	0
27	GESTION DE COBERTURA EDUCATIVA	6	0
28	GESTION DE CONTRATACION	0	2
29	GESTION EMPRENDIMIENTO	1	4
30	GESTION DE MEDIO AMBIENTE	1	2
31	GESTION DE DEFENSA JUDICIAL	0	2

32	GESTION DISCLIPLINARIA	**3**	**4**
33	GESTION DE ARTE Y CULTURA	**0**	**1**
34	GESTION DE BIBLIOTECAS PUBLICAS	**0**	**3**
35	GESTION DE EXTENCION DE LAS ARTES Y LOS OFICIOS	**1**	**4**
	TOTAL	**38**	**70**

De acuerdo al comportamiento reflejado en el cuadro anterior, arroja un consolidado de 38 No conformidades y 70 Oportunidades de Mejora, resaltando la presencia de cero No conformidades en diecisiete (18) procesos, siete (07) procesos con una sola No Conformidad, Cinco (05) procesos con dos No Conformidades y con más de dos no conformidades hay Ocho (08) procesos, lo que impacta positivamente el proceso de madurez del sistema, la apropiación y sentido de pertenencia por parte de quienes lo lideran y ejecutan.

11 CONSOLIDADO DE NO CONFORMIDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

En el siguiente cuadro se consigna las 38 no conformidades obtenidas con fundamento en el criterio evidenciado, con el propósito de brindar una información al Sistema Integrado de Gestión para la toma de decisiones, haciendo la claridad que los informes de auditoría particular de cada proceso, ya fue, por el equipo auditor correspondiente socializado y entregado a los Lideres del proceso, para que adelanten la construcción del Plan de Mejoramiento.

En total se consolidaron 70 Oportunidades de Mejora, se deja dentro del consolidado para análisis y al igual que las no conformidades se les debe establecer Plan de Mejoramiento, aunque no incumplen el requisito, si genera una alerta de materializarse un riesgo de desviación que debe ser tratada para ser erradicada de fondo.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	O.M	6,1	Se evidencia que se está cumpliendo con el seguimiento por ser este un proceso crítico para el cumplimiento de las políticas y planes, se observa una oportunidad de mejora en generar una dinámica que permita en tiempos cortos actualizar y priorizar la matriz de oportunidades y de riesgos que refleje la materialización, tratamiento y gestión a los mismos. Pues se identificó que está muy estática; pues su última actualización se reporta al sistema es del 16 de octubre del 2020, lo que puede conducir a que en el corto tiempo se identifique una no conformidad a la política de la gestión de riesgo. Establecida por la administración a través de la Resolución municipal No.087 de marzo 26 de 2019 y al numeral 6.1 de la norma ISO 9001 de 2015. Con ello se puede estar privando de aprovechar oportunidades que permitan efectos deseables como también de perder de vista los eventos materializados con sus respectivos controles y la eficiencia de las acciones implementadas	José Humberto Pacheco Velasco	Julián Andrés Sánchez Vidal
	O.M	9,1,1	Se identificó que se está operando a través de una metodología para hacer seguimiento al plan de desarrollo, pero confrontado con lo establecido en el Acuerdo Municipal No.003 de junio 4 de 2020 en su artículo 11 establece el proceso de seguimiento y control, donde uno de los pasos es el comité técnico de seguimiento. No se evidencio la operatividad de esta instancia por lo tanto se debe de ajustar el actuar de la operatividad de seguimiento al que se ha dado la administración con el fin de dar cumplimiento al criterio de la organización, garantizando la integración de otros actores que robustece el análisis		

			para una buena toma de decisión. Lo anterior podría colocar en riesgo además de cumplimiento del acuerdo en mención lo del numeral de la norma 9.1.1 apartados b y c.		
	O.M	10,1	Se pudo observar que se realiza rigurosamente un seguimiento y monitoreo a través de los indicadores y tableros de control al plan de desarrollo, así mismo se producen reportes a la alta dirección; No obstante se identifica una debilidad pues no se evidencia seguimiento a las decisiones tomadas por la línea de defensa de dirección estratégica a través de la segunda línea como líder de seguimiento al plan de desarrollo, lo que genera alto riesgo de cumplimiento efectivo y eficaz de las acciones correctivas de manera oportuna, privando un mejor reflejo de cumplimiento del plan de desarrollo con ello a la vez no atender lineamientos determinados en MIPG especialmente en la dimensión 2 y 7 como también del numeral de la norma 10.1 apartados b y c; y el ciclo PHVA de la caracterización del proceso en lo referente al Actuar que son las acciones de mejora producto de la toma de decisiones de la evaluación del seguimiento.		

	O.M	9,1,1	Se observó que se tiene establecido un plan y se ha desarrollado acciones para actualizar el plan de ordenamiento territorial-POT, han determinado un indicador denominado POT actualizado, donde la variable del numerador son las actividades desarrolladas o ejecutadas en la actualización del POT y la variable del denominador corresponde al total de actividades programadas. Las cuales según las variables no dan claridad y certeza al cumplimiento del nombre del indicador ya que las acciones adelantadas no necesariamente pueden dar un peso de actualización del plan si no que están midiendo una gestión en relación con lo planificado, tal como está establecido es un indicador de gestión mas no mide el impacto en el POT, por lo tanto, se considera debe revisarse tomando en cuenta el numeral de la norma 9.1.1 punto a).		
	O.M	4,4,1	Al revisar los procedimientos que están documentados en el sistema se puede identificar y de acuerdo con los resultados de la anterior auditoría interna de calidad, que se continua con la necesidad de que se defina un nuevo proceso o se integren a otro acorde a las características de ellos, los procedimientos que no son concordantes dentro del objetivo y características del Proceso de Direccionamiento estratégico.		

GESTION DE LA SEGURIDAD Y CONVIVENCIA	O.M	5.1	se observa por parte de la dependencia responsable, el seguimiento de la política de calidad al interior del proceso a través de las reuniones del comité del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia, sin embargo, no se identifica que haya sido precedida por el jefe del área líder del proceso. Por lo tanto, se debe fortalecer la trazabilidad del liderazgo y compromiso que se viene dando con respecto al sistema de gestión de la calidad. De esta manera evitar futuro riesgo incumplimiento en la norma.	HEROÍNA DEL MAR ARTEAGA	Julián Andrés Sánchez Vidal
	O.M	6.1	Se evidencia el seguimiento de este proceso para el cumplimiento de las metas, políticas y planes, pero se observa una oportunidad de mejora en generar una dinámica que permita en tiempos cortos actualizar y publicar en el sistema la caracterización y la matriz de riesgos que refleje tratamiento y gestión a los mismos. Pues se identificaron que están muy estáticos; pues su última actualización se reporta al sistema en septiembre 2 de 2020 para la caracterización y junio 19 del 2020 para la matriz de riesgos, lo que puede conducir a que en el corto tiempo se identifique una no conformidad a la política de la gestión de riesgo. Establecida por la administración a través de la Resolución municipal No.087 de marzo 26 de 2019 y al numeral 6.1 de la norma ISO 9001 de 2015. Con ello se puede perder la prevención anticipada de eventos no deseables con sus respectivos controles y la eficiencia de las acciones implementadas. Así mismo privándose del aprovechamiento adecuado del Ciclo PHVA.		

	O.M	4.4.1	Se identificó una caracterización del proceso acorde a la política de calidad establecida por la entidad, en la cual se observa en el ciclo PHVA la construcción, ejecución y seguimiento del PISCC teniendo como salidas el “diagnostico" en el Planear, el "Plan" en el Hacer y el "Documento Consolido Con avances" en el verificar. Pero en concordancia con la norma ISO punto 4.4.1 a) no se identifica los productos y/o servicios característicos como tal que PISCC brindar a las partes interesadas después de su ejecución. Por lo tanto, se considera debe revisarse la caracterización tomando en cuenta el numeral de la norma.		
GESTION DE INSPECCION Y CONTROL	O.M	4.4.1	El proceso durante la auditoria presento el tablero de control de comparendos y multas (Indicadores de Gestión inspección 2021) pero se identificó la falta claridad en los datos mostrados lo que dificulta el análisis pertinente en los indicadores relacionadas con Archivos de Expediente. Es necesario se revise los resultados para tener información precisa que permita surtir de manera adecuada los datos exactos para la realización de las actividades asociadas a la remisión de los cobros coactivos de multas y sanciones.	HEROÍNA DEL MAR ARTEAGA	Julián Andrés Sánchez Vidal
	O.M	6.1	Se identifica en el mapa de riesgos vigente a la fecha de la auditoria descripciones muy similares y contenidos inadecuados por lo que se requiere que el mapa de riesgos se actualice o se ajuste respecto a las definiciones y enfoques, así se garantice acciones concretas para prevenir o reducir efectos no deseados.		

	O.M	8.1	Se puede observar que no se cuenta con un diagnóstico sobre el espacio público del municipio, establecido como actividad del hacer del ciclo PHVA en la caracterización del proceso versión 7 de noviembre de 2020 vigente en el sistema. Pero se identifica que es parte del proyecto de la política de espacio público que actualmente esta construcción. El diagnóstico junto con las peticiones o quejas de la comunidad y la línea base de inspecciones son una batería de instrumentos que sirve para la determinación de los requisitos del servicio de control. Se sugiere tenerlo, de esta manera se pueda contar con una herramienta vital para la toma de decisiones respecto a planes y estrategias.		
REGISTRO DE TRANSITO	H	10.1.C	No se han actualizado los indicadores de acurdo a oportunidad de mejora. Por ser proceso misional sus indicadores deben ser de impacto que reflejen la gestión.	HEROÍNA DEL MAR ARTEAGA	PAOLA ARIAS
	H	7.5.2.C - 7.5.3.2. C	Se evidencia cambios y actualizaciones realizadas en caracterización y mapa de riesgos los cuales no se han actualizado ante el SG, la última actualización reportada de acuerdo a documentos en la intranet en listado maestro registra vigencia 2019.		
	O.M	9.1.1.B	Se deben implementar controles que permitan llevar un acertado seguimiento financiero al recaudo reflejado en cuenta de destinación específica para recaudo de servicios de transito prestados por el CTP vs los informes de recaudo diario reportados por el CTP, así como a la dispersión diaria de estos recursos desde cta. de recaudo a cuentas destino. Solicitar apoyo de portal bancario para mayor acceso a información diaria.		

	O.M	9.1.3.D	Se debe conformar un comité de seguimiento a los cobros coactivos, para llevar un control de los cobros realizados, la cartera recuperada que permita evidenciar la efectividad de la gestión realizada. Llevar actas de reunión e informes de gestión con medición.		
SEGURIDAD VIAL	0	0	0	HEROÍNA DEL MAR ARTEAGA	PAOLA ARIAS
DESARROLLO ESTRATEGICO DE LA SEGURIDAD VIAL	H	7.5.2.C - 7.5.3.2. C	Se evidencia cambios y actualizaciones realizadas en caracterización y mapa de riesgos los cuales no se han actualizado ante el SG, la última actualización reportada de acuerdo a documentos en la intranet en listado maestro registra vigencia 2019.	HEROÍNA DEL MAR ARTEAGA	PAOLA ARIAS
	O.M	6.1.2	Se debe revisar el mapa de riesgos e incluir nuevos riegos ya materializados como la perdida de bicicletas del programa Palmi-bici, por daños, deterioro y robo.		
PARTICIPACION COMUNITARIA	O.M	8.1	Plan de Acción respecto al análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción.	WILMAR RUIZ	Julián Andrés Sánchez Vidal
	O.M	6.1.2.A	Tener un plan de contingencia implementado en cuanto a la atención presencial en recepción.		
	O.M	8.7	Mejorar tiempo de respuesta en los planes de mejora.		
	O.M	7.4	Publicar encuesta de satisfacción.		

INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD	H	8.5.1Control de la Producción y de la provisión del servicio	Se Continúa evidenciando falla en la prestación del servicio bajo condiciones controladas, la implementación de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen con los criterios para el control de los procesos o sus salidas.Se evidencio toma de muestra de agua del Bolo Barrio Nuevo donde la muestra del agua sale alcalina superior a 250 pero no se evidencio comunicación de lo observado, así como también se evidencia muestra de agua de Amaime la cual tampoco se comunicó las observaciones, incumpliendo con el procedimiento de toma de muestras de agua en el Numeral 17	Rubén Darío Bedoya	Ronald Ramírez
GESTION EN SALUD	0	O		Rubén Darío Bedoya	Ronald Ramírez
GESTION DE COBRO COACTIVO	O.M	4.4.2	El reglamento interno de recaudo de cartera no se ha actualizado.	Wilmar Ruiz	Ronald Ramírez
	O.M	6.1.2.A	Documentar el Plan de contingencia y ser más propositivos ante la alta Dirección en cuanto a la gestión para contribuir a la gestión de cartera.		
GESTION FINANCIERA	0	0			
GESTION DE INGRESOS Y TESORERIA	O.M	6.1.1	Se observa en Tesorería que pese a que se actualizo la DOFA esta misma actualización no se realizó en el mapa de riesgos, la informaron que se actualizo por última vez fue en Agosto del 2020.	WILMAR RUIZ	Ronald Ramírez
	O.M	8.1	Se recomienda realizar un cronograma de los procesos que permita evidenciar los tiempos en los cuales se deben ejecutar las acciones dentro de cada uno de los procesos como control para evitar la configuración de vencimientos de términos (Tributaria).		

	O.M	8.7.1	A la fecha hay partidas conciliatorias a pesar que están identificadas se requiere respuesta del contribuyente, por lo tanto, se debe articular con Contabilidad para remediar el tema, y que estas no afecten los estados financieros. (Tesorería y Contabilidad).		
GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	O.M	5.2.1	El plan de calidad debe estructurarse de forma adecuada conforme a la interrelación con los actores del proceso y los criterios de requisitos asociados.	Yessica Velasco	Julián Andrés Sánchez Vidal
	O.M	8.2.1	Se requiere fortalecer la retroalimentación de las actividades realizadas o lideradas desde la dependencia, en torno a la gestión del riesgo de desastre.		
	O.M	4.1	Se evidenció que la normatividad relacionada en el nomograma y los documentos para la gestión del riesgo se encuentran desactualizados. Se requiere actualizar conforme a la actualidad normativa (acuerdo del POT Vigente) acorde al propósito de la proceso.		
	O.M	7.5.1 Procedimiento Información Documentada EASPR 001	En la revisión documental se evidencia en el "MRDPR-001 Procedimiento Conocer, Reducir", un alcance muy extenso lo que no permite que se identifique las actividades asociadas con claridad.		
	O.M	6.1.1	Se requiere que en el mapa de riesgos, cuando se evidencia la materialización, se tenga en cuenta la gestión asociada al tratamiento determinado para dichos riesgos, para prevenir o reducir efectos no deseados.		

GESTION DE MEDIO AMBIENTE	H	7.5.3.2. c y d	No se evidenció control de los cambios de la información documentada que se aplica al proceso, considerando que se presentaron 2 registros diligenciados en formatos obsoletos: 1. MPAFO-001, Versión 03 de 03/11/2017: Encuesta de satisfacción al ciudadano realizada sobre la asesoría de canastas de basura el 3 de marzo del 2021. Este formato se encuentra en la versión 4 del 13/09/2020. 2. MMAFO-005, versión 01 de 01/08/2018: Evaluación de servicios DGMA realizada el 26 de marzo de 2021. Este formato se encuentra en la versión 2 del 13/03/2020.	Johanna Moreno	Raúl López
	O.M	7.1.6	Se debe fortalecer el conocimiento y aplicación de todos los procedimientos y formatos en el equipo de la Dirección de Gestión del Medio Ambiente, incluyendo personal de planta y contratistas.		
	O.M	8.1	Actualizar Plan de Calidad MMAPL-001 acorde a los demás documentos del proceso para dar cierre a plan de mejoramiento de la Vigencia 2020		
ADMINISTRACION SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	O.M	4.4.1	Al realizar la caracterización se observó que el objetivo del proceso en relación con el alcance y la operatividad del mismo está muy limitado pues, solamente considera la función de apoyo, cuando este (el proceso) su funcionalidad abarca otros aspectos más ambiciosos, como son construcción de lineamientos, programas, políticas, estrategias de implementación y sostenimiento del sistema, como de acciones de seguimiento y verificación del cumplimiento de ellas como insumo a toma de decisión por la Dirección para la mejora continua, con ello se corre un riesgo que no se cumpla a cabalidad la finalidad de este proceso, por lo que se considera revisar el objetivo y adecuarlo a la realidad.	José Humberto Pacheco Velasco	Wilmar Ruiz

	O.M	9.3.1	Se observa que la revisión por la Dirección se viene realizando anual, se considera que es un intervalo de tiempo muy extenso que conduce a un riesgo de toma de decisiones inoportuna, que siendo coherentes con la Norma numeral 9.3.1 se debe planificar intervalos de revisión por la Dirección más cortos con el fin de garantizar un mejor aseguramiento de la eficacia y lineamientos continuos con la Dirección estratégica de la entidad, que garantice de forma razonable, tomas de decisiones oportunas.		
	O.M	4.1	Con conformidad en lo observado en el contexto estratégico de la organización, se recomienda implementar una política, estrategia, metodología o dinámica que garantice de forma razonable observar en periodo de tiempo casi real los cambios del entorno que afecten los procesos, y no como se presenta en el momento que cada año es que se consolida el ejercicio de monitoreo al direccionamiento del proceso estratégico, esto como mecanismo de poder atender oportunamente competencias, oportunidades, riesgos y toma de decisiones eficientes.		
	O.M	5.3	No se observa una acción o estrategia que garantice de manera razonable la implementación de un liderazgo hacia los otros procesos que conforman todo el sistema de Gestión de Calidad de la entidad, que se identifique los tiempos , momentos y característica de la acción según los eventos de fortalecimiento, inducción al sistema u otros.		

	O.M	6.1.2	No se está realizando el seguimiento a la gestión y a la administración de los riesgos a los demás procesos como segunda línea de defensa, que permita evaluar la eficiencia de los controles y acciones de la primera línea, y a la vez poder alertar o escalonar hacia la línea estratégica de defensa para la toma oportuna de decisiones que conduzca a acciones correctivas en tiempo real que beneficie de mejor manera al logro de los objetivos.		
	O.M	10.2.1. Numeral D	De conformidad con l Norma el principio es la mejora continua tomando las acciones correctivas sin demora, para tal fin dentro del ciclo PHVA y Las líneas de defensa se debe garantizar desde la segunda una consolidación y seguimiento de la operatividad de la primera línea sobra las acciones de mejora, situación está que se debe fortalecer la dinámica ya que no se evidencio documento o gestión al respeto.		
GESTION DOCUMENTAL	H	6.1.2	Se evidenció en el Mapa de Riesgos del proceso dos riesgos: No. 3 y el No. 5 donde las acciones para abordar los riesgos del primero fue TRANSFERIR y del segundo COMPARTIR, pero no se evidenció las acciones para informar a las dependencias responsables de esto que se les transfiere y comparte el riesgo, para ser incluidos y poder controlarse estos riesgos en los mapas de estas dependencias. Incumpliendo así el numeral de la norma 6.1.2. La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades; b) la manera de: 1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.4.); 2) evaluar la eficacia de estas acciones. Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades	Paola Arias	Oscar Guio

			deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y los servicios.		
	H	8.1	Se evidenció que el plan de acción no refleja todas las actividades necesarias que el proceso debe desarrollar, como lo es la elaboración del Cuadre de Clasificación documental, el cual es requisito para cumplir con la actividad de elaboración de Tablas de Retención Documental. La omisión de actividades en el plan de acción tiene como consecuencia la falta de control y seguimiento a las mismas. De acuerdo a la norma en el numeral 8.1: La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas en el Capítulo 6.		
	H	6.1.1	Se evidenció las variables contempladas en el contexto estratégico externo del proceso pertinentes y actualizadas, sin embargo, las amenazas están parcialmente identificadas en el mapa de riesgos del proceso, tal es el caso de la variable "Paro Nacional", no se evidenció ni en la descripción ni en las causas del riesgo del riesgo No. 9. Teniendo en cuenta el numeral de la norma 6.1.1 .Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos, el proceso parcialmente cumple con este requisito.		

	H	9.1.1	La Alcaldía de Palmira posee un software para la generación de consecutivos para la producción documental de cada dependencia, teniendo en cuenta que el proceso GD es el responsable de esta actividad no se evidencia el control del cargue de los archivos a los cuales se les genera el consecutivo, es importante realizar acciones de articulación con TyCS de manera que esta herramienta se efectiva en el control y seguimiento. De acuerdo en el numeral 9.1.1. l La organización debe determinar: a) qué necesita seguimiento y medición; b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición; d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.		
	H	9.1.3	Se evidenció la medición y el seguimiento de acuerdo a la frecuencia de medición de los indicadores del proceso, sin embargo, el análisis de los datos no conlleva a información relevante que permita la toma de decisiones. Incumpliendo de forma parcial el numeral de la norma 9.1.3. La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición. Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: a) la conformidad de los productos y servicios; b) el grado de satisfacción del cliente; c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad; d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz; e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades; f) el desempeño de los proveedores externos;		

			g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.		
	O.M	7.2. B;C;D	Se evidencia que el proceso cuenta con personal que no tiene la competencia requerida de acuerdo a la Ley 1409 de 2010, para realizar las funciones del proceso y no se evidencia un plan de capacitación para el cierre de brechas de conocimiento, a pesar que la líder del proceso manifiesta que se piensa adelantar un plan de capacitación con el SENA; incumpliendo así el Requisito de la Norma NTC ISO 9001:2015. 7.2. B, C, D: La Organización debe: b). asegurándose que estas personas sean competente, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas, c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas, d) conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia.		
	O.M	7.5.3.1. A	Se evidencia cambios y actualizaciones realizadas en caracterización y mapa de riesgos los cuales no se han actualizado ante el SG, la última actualización reportada de acuerdo a documentos en la intranet en listado maestro registra vigencia 2018.Incumpliendo así el requisito de la norma 7.5.3.1. La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.		

	O.M	9.1.3	Se evidencia que los indicadores de los planes priorizados en el PINAR no cuenta con la medición, el análisis de los resultados, ni las acciones tomadas para el cumplimiento de estos, incumpliendo así el requisito de la Norma NTC ISO 9001:2015. 9.1.3. La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.		
GESTION DE EMPRENDIMIENTO	H	9.1.2 9.1.3b	Se evidencia la aplicación parcial de las encuestas específicas definidas en los formatos MEMFO-006 Empleo, MEMFO-012 Emprendimiento y MEMFO-013 Turismo, que son fuente de verificación en la caracterización MEMCP-001 versión 8 del 5/11/2020, debido a la situación del contexto que afecta la continuidad o canal de prestación de los servicios. Lo anterior se debe a que el proceso no ha detallado en los procedimientos los métodos para diligenciar las encuestas que detallen los tiempos y condiciones de aplicación, realizar el seguimiento y revisar el grado de satisfacción. Las encuestas presentadas no cuentan con un análisis que consolide un nivel de satisfacción del servicio. Con esta situación se ratifica el hallazgo presentado en la vigencia 2020, permaneciendo abierto: "Se evidencia que no se cuenta con medición de la satisfacción al cliente lo cual no permite seguimiento a los servicios y productos entregados". Si bien el Proceso adelantó el plan de mejoramiento, el hecho que se presente la interrupción en la aplicación y análisis de las encuestas en la vigencia 2021, evidencia que la acción no fue eficaz, tal vez se presentó una corrección, pero no una acción correctiva que elimine la causa	Johanna Moreno	Raúl López

			raíz del hallazgo y evite una nueva configuración de este		
	O.M	4.1	Basar en datos históricos la influencia de las variables externas del contexto en el proceso. Por ejemplo: En la variable de Desempleo, detallar el comportamiento anual de la tasa para definir su incremento		
	O.M	6.3	Documentar en el formato de Gestión del Cambio, las acciones establecidas para adaptar el proceso a los cambios del contexto. Por ejemplo: lo relacionado con la Resolución del SIMEP y el Manejo de Información (bases de datos, tablas dinámicas y demás)		
	O.M	4.2	Revisar el cumplimiento de los métodos de retroalimentación de las partes interesadas establecidas en la matriz.		
	O.M	6.1 Res. 087 de 2019	Mejorar el seguimiento de los controles de los riesgos en las actas mensuales, de manera que se pueda actualizar oportunamente el Mapa de Riesgos.		
GESTION DE EXTENCION DE LAS ARTES Y LOS OFICIOS	H	NTC 5664 4.6.3 Seguimiento a Egresados 8.3.4 D ISO 9001 2015	No cumple con respecto a lo requerido en la norma ISO 9001 2015 en el numeral 8.3.4 punto D. alineado con la norma NTC 5664 en el numeral 4.6.3 que exige que el seguimiento a los egresados de los programas de formación en las áreas de arte y cultura, que permita producir información relacionada con el impacto del proceso de formación en lo que se refiere a: certificación de la competencias laborales, procesos de actualización, continuidad de los procesos formativos en entidades de educación superior, satisfacción al usuario y valoración del desempeño laboral de sus egresados, ya que al solicitarlo solamente se pudo evidenciar en etapa de ideación el plan de seguimiento a egresados de la EMA a pesar de tener varias promociones	j	Karen Grueso

			teniendo insumo para hacer este ejercicio con lo cual no han podido tener información pertinente para la toma de decisiones y verificación del diseño del servicio según los criterios del mercado.		
	O.M	7.2 ISO 9001 2015 4.5.1 NTC 5664	Se observa que hay un buen ejercicio para identificar brechas de personal docente y adelanta la gestión respectiva, se presenta un posible riesgo por la debilidad de herramientas que permita identificar y controlar la trazabilidad enlazada con los requisitos mínimos de ley priorizando las actividades y el seguimiento al personal docente, en cumplimiento de los requerimientos mínimos que generen de forma efectiva salidas conformes de la EMA, con el propósito de prever un incumplimiento del numeral 4.5.1 de la norma NTC 5664 Requisitos Personal Docente alineándose con el numeral 7.2 literal C de la norma ISO 9001 2015 que exigen que unos requisitos mininos y las competencias que debe cumplir el personal docente validando la eficacia de las acciones tomadas.		
	O.M	10.3 ISO 9001 20154. 9.3 NTC 5664	Se observa que hay una buena ejecución del análisis y aplicación de acciones de mejora continua dentro del proceso de la gestión de extensión de artes y oficios, se presenta la no evidencia documentada de cada uno de los procesos, acciones y gestiones ejecutadas en la metodología y formatos determinados para tal fin por la administración conforme a las políticas de calidad y la prestación eficiente del servicio, con el propósito de prever un incumplimiento del numeral 10.3 de la ISO 9001 2015 alineada con la norma NTC 5664 numeral 4.9.3 donde exige que la organización debe conservar información		

			documentada como evidencia de las acciones dentro del plan de mejoramiento.		
	O.M	8.3.2 ISO 9001 2015 4.1 NTC 5664	Se observa un proceso y planeación del diseño de los productos y servicios ofertados por la EMA, el planteamiento de las distintas etapas y las acciones a realizar pero se presenta debilidad en la documentación de un plan general que contenga las etapas, acciones y los momentos que se van a realizar las actividades de validación y verificación del diseño dentro del Plan de Acción, en el que se pueda conocer si es el diseño ha sido efectivo o requiere plan de mejora con el propósito de prever un incumplimiento de la norma ISO 9001 2015 en el numeral 8.3.2 alineado con la norma NTC 5664 numeral 4.1 que refiere a la planeación, determinando cada una de las etapas y controles del diseño del servicio ofertado así mismo la documentación de la misma.		
	O.M	7.1.3 ISO 9001 2015 4.10 NTC 5664	Se observa herramienta de inventario de equipos e instrumentos necesarios para la prestación del servicio del proceso de extensión de las artes y otros oficios, sin embargo se presenta riesgo en la debilidad de mantenimiento y mejoramiento de equipos donde debe ser documentada la planeación y ejecución que describa etapa de diagnóstico, responsables, costos, materiales o elementos que impliquen y la priorización de acciones que se puedan realizar de manera inmediata y cuales necesitan presupuestos lo anterior se expresa con el propósito de prever un incumplimiento en la norma ISO 9001 2015 en los numerales 7.1.3 alineada con la norma NTC 5664 numeral 4.10 que exige que la dependencia mantenga la infraestructura (equipos e instrumentos)		

			necesaria para la operación y desarrollo de sus procesos logrando la conformidad de los servicios.		
GESTION DE ARTE Y CULTURA	O.M	10.3 ISO 9001 2015	Se observa planeación y ejecución de acciones de mejora continua dentro de la dependencia se recomienda documentar aspectos identificados de mejora continua y gestión ejecutadas dentro de la Matriz de Plan de Mejora con el fin de prevenir el riesgo de la debilidad en el cumplimiento de la norma ISO 9001 2015 numeral 10.3 donde exige que la dependencia debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SIG aunque bien se están ejecutando la evidencia debe tener soporte documental dentro de las matrices estipuladas por la Administración municipal en el Sistema Integrado de Calidad.		
BIBLIOTECAS PUBLICAS	O.M	8.1 ISO 9001 2015	Se observa una buena ejecución y prestación de los servicios ofertados a través de la Biblioteca Municipal, se recomienda una planeación y documentación de un programa de preservación de los materiales bibliográficos para la mitigación del riesgo de pérdida, con el propósito de prever la posibilidad de materialización del riesgo de la alianza estratégica con la Biblioteca Departamental que tiene como objetivo el mantenimiento de estos elementos no se pueda ejecutar en la fecha estipulada e incumpla con la norma ISO 9001 2015 en el numeral 8.1 que exige que la dependencia debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.		

	O.M	6.1 ISO 9001 2015	Se observa que la dependencia periódicamente autoevalúa y analiza sus oportunidades, debilidades, partes interesadas y demás aspectos importantes para la prestación del servicio, como oportunidad de mejora se recomienda definir mejor la causa e identificación de riesgos en la matriz, teniendo en cuenta según el ejercicio adelantado una definición de riesgo que es más una causa con ello las acciones no garantizan de manera razonable la mitigación o erradicación del riesgo, en cumplimiento de la norma ISO 9001 numeral 6.1 que exige abordar los riesgos y oportunidades alineado con los requisitos y la planificación de las acciones para abordarlos.		
	O.M	9.1.2 ISO 9001 2015	Se observa acciones ejecutadas en torno a la mejora continua y la adaptación a los cambios generados por el Covid-19 recomendándose dar trazabilidad entre las acciones de mejora, plan de seguimiento a las PQRS y el plan de mejoramiento de forma documentada evidenciando las acciones ejecutadas con el propósito de prever un incumplimiento del numeral 9.1.2 de la norma ISO 9001 2015 la cual exige el seguimiento a las percepciones de los usuarios, el grado de cumplimiento a las necesidades y expectativas de los mismos.		
GESTION DISCIPLINARIA	H	7.1.2 Personas	Se identifica dificultades por la falta de personal, lo que impide una mejor operatividad del proceso.	Ronald Ramírez	Raúl López
	H	7.5.3.1 Control de la información	No se evidencia durante la Evaluación, la tabla de retención documental. Toda la información documentada requerida por el Sistema de Gestión de Calidad se debe controlar para asegurarse de que es esté disponible cuando se necesite.		

		documentada			
	H	8.5.1 Control de la Producción y de la provisión del servicio	Se confirmó el vencimiento de términos en 27 Procesos Disciplinarios del año 2019, los cuales deben ser Archivados. Lo anterior, por falta continuidad en el proceso de Gestión Disciplinaria y deficiencia en el seguimiento a los procesos disciplinarios.		
	O.M	8.2.3.1 Revisión de los requisitos para los productos y servicios	Se evidencia que en el Normo grama no se ha contemplado el contexto normativo Departamental y Municipal del Proceso de Gestión Disciplinaria, como el Decreto 213 de 2016 donde se establecen las funciones de la Dirección de Control Interno Disciplinario en la Ciudad de Palmira.		
	O.M	6.1.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	En el mapa de riesgos no se ha contemplado el riesgo del no cumplimiento de uno de los objetivos inherentes de la Gestión Disciplinaria, que es garantizar el debido proceso.		
	O.M	8.5.2 Identificación y trazabilidad	El proceso de Gestión Disciplinaria no cuenta con una herramienta digital institucional que les permita hacer el seguimiento a los procesos Disciplinarios, aunque se ha implementado una matriz donde realizan los seguimientos de sus productos, herramienta que puede ser utilizada para desarrollar junto con la Dirección de TIyC una herramienta institucional más completa para identificar		

			con más precisión el estado de las salidas en cuanto a la trazabilidad.		
	O.M	8.5.4 Preservación	No se cuenta con las herramientas necesarias para garantizar la preservación de la información que se maneja de forma digital, se recomienda implementar junto con la Dirección de TIyC un servicio de almacenamiento en la nube relacionado con los correos institucionales y Google Drive.		
BANCO PROYECTOS	H	7.5.2 Creación y actualización	En cuanto a la medición, los indicadores se encuentran actualizados tal cual se describe en el plan de acción; sin embargo, no se encuentran alineados en los formatos que el sistema tiene dispuesto para estas fichas.	Raúl López	Paola Arias
	H	7.5.2 Creación y actualización	La caracterización del proceso no se encuentra actualizado con los cambios realizados a los indicadores, en el intranet tenemos la versión de 2019.		
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	H	6.3 Decreto 213 de 2016 No	No se evidenció la documentación ni ejecución de acciones relacionadas con la aplicación del Decreto 009 de 2020, que incide en la contratación de obras públicas, las cuales ya pueden ser desarrolladas por todas las dependencias de la entidad. En este sentido es importante tener en cuenta: 1. El Decreto 213 de 2016 en el numeral 4 del artículo 19 establece como función de la SIRUV "Proyectar para aprobación del Alcalde y ejecutar las políticas de infraestructura física, relacionadas con el diseño, construcción, mejoramiento y	Johanna Moreno	Raúl López

			conservación de la infraestructura física que demande el progreso y desarrollo del Municipio" 2. La actividad certificada es "Gestión del Diseño y de Ejecución de obras de Infraestructura para vivienda, saneamiento básico, vial e infraestructura de servicios" 3. El Manual de Contratación vigente no cuenta con lineamientos claros sobre el plan de diseño y desarrollo en procesos de diseño ni el plan de calidad en procesos de obra pública. Por todo lo anterior, no se evidenció que el proceso desde su rol técnico cuente con una guía, procedimiento o lineamiento claro para que toda la entidad cumpla con los requisitos de diseño y ejecución de obras, evitando poner en riesgo la actividad certificada por no garantizar el cumplimiento de los requisitos del capítulo 8 de la Norma ISO 9001:2015 en las obras que desarrolle la Alcaldía de Palmira. Acorde a este numeral es importante que el proceso debió considerar este cambio y sus consecuencias potenciales, la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades, la integridad de la actividad certificada independientemente de qué dependencia diseñe, contrate o ejecute una obra pública.		
	H	9.1.3	Se evidenció el retraso en cumplimiento de metas de los siguientes indicadores de gestión y del Plan de Desarrollo Municipal que inciden en la ejecución y misionalidad del proceso: Indicadores de Gestión • Estudios y diseños elaborados y/o actualizados para la ejecución de obras públicas y/o saneamiento básico y agua potable. • Obras de infraestructura construidas o mejoradas Indicadores de PDM, en 0% de avance acorde al SEGUIMIENTO DETALLADO METAS I		

			TRIMESTRE DE 2021 • Red de alcantarillado construida: Se ha presentado dificultad en la revisión de los procesos de contratación. • Plantas de tratamiento de aguas residuales construidas: con el contrato de construcción de la primera fase de la PTAR urbana se ha presentado inconvenientes de incumplimiento por parte del contratista • Estudios o diseños realizados para proyectos estratégicos de saneamiento básico • Red de distribución construida • Redes de alumbrado público construidas (Redes y/o paneles solares): No se han determinado los sitios a los cuales se les realizará la expansión del alumbrado público • Vía terciaria mejorada (placa huella y/o construcción de pavimentos): Se presentó demora en la incorporación de los recursos del Invias y por parte del Municipio para la ejecución del proyecto • Vía terciaria con mantenimiento: No se ha presentado dificultad. Durante este primer trienio se han estado realizando visitas, diagnósticos. Lo anterior evidencia una deficiente toma de acciones para mitigar los efectos adversos del retraso en el cumplimiento de las metas y la baja eficacia en la implementación de lo planificado. Es importante desarrollar una acción correctiva que elimine o mitigue la causa raíz que el bajo cumplimiento de los indicadores.		
	O.M	6,3 Decreto 213 de 2016	Verificar la aplicación de los controles descritos en el Mapa de Riesgos, de manera que se garantice que se ejecutan para prevenir la materialización de estos.		

	O.M	8,3	Garantizar la aplicación y completa documentación del Procedimiento de Diseño y Plan de Diseño y Desarrollo en el proceso "ELABORACIÓN DE LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS DEFINITIVOS DEL SISTEMA DE ALCANTARILLADO PLUVIAL Y SANITARIO, LA ESTACIÓN DE BOMBEO DE AGUAS LLUVIAS Y SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUAS RESIDUALES (STAR) DEL CORREGIMIENTO LA DOLORES PALMIRA, VALLE DEL CAUCA CON APROBACIÓN POR PARTE DE LA CVC, PRESENTACIÓN Y GESTIÓN DEL PROYECTO ANTE EL MINISTERIO DE VIVIENDA, CIUDAD Y TERRITORIO", tanto en el contrato principal como en la interventoría		
GESTION DE RECURSOS FISICOS	H	7.5.3	Se pudo evidenciar que el proceso tiene reportado al sistema una caracterización no actualizada. En momento de la auditoria estaba publicada con fecha de agosto 21 de 2019 y presentaron otra caracterización con fecha 18 de mayo de 2021, la cual no se encontraba en publicación, aduciendo que llevaban buen tiempo gestionando la aprobación por parte del sistema.	Raúl López	Julián Andrés Sánchez Vidal
	H	7.1.3	Se identifica que el Comité de Bienes e inmuebles tienen funciones establecidas, pero se evidencia que no ha iniciado su dinámica puesto que su resolución está en revisión de viabilidad jurídica.		

GESTION DE TALENTO HUMANO	O.M	6.1	Se evidencio en el reporte del sistema una matriz de riesgos con fecha de 18 de junio de 2020. Se requiere que revise y se actualice. Para que más adelante no se identifique como una no conformidad a la política de la gestión de riesgo. Adoptada por la administración a través de la Resolución municipal No.087 de marzo 26 de 2019 y al numeral 6.1 de la norma ISO 9001 de 2015. Con esto se puede estar perdiendo de vista, así como también de documentar de manera oportuna los eventos materializados con sus respectivos controles y la eficiencia de las acciones implementadas.	Raúl López	Julián Andrés Sánchez Vidal
	O.M	7.1.6	En la revisión de los documentos del proceso se pudo observar que se cuenta con una de una guía (vigencia 2019) y una matriz para la gestión del Conocimiento, además que se articula con el proceso a través procedimiento de ATHPR-001 administración del talento humano, sin embargo, no se identifica en la metodología utilizada, actividades de socialización que permita a los funcionarios tener a disposición la información referente de donde pueda encontrar los conocimientos que la entidad tiene apropiados y almacenados resaltados en la matriz. Ni tampoco el uso de la evaluación de la gestión del conocimiento o de las acciones. Que garanticen la reducción de brechas y la no perdida del conocimiento. Lo anterior de acuerdo a los lineamientos a la dimensión 7 del MIPG y al numeral 7.1.6 de la norma ISO 9001: 2015. Por lo que se puede estar privando de aprovechar mejor los conocimientos en la operación de los procesos asimismo de enriquecer adecuadamente la gestión institucional.		

GESTION AGROPECUARIA	H	9.1.3	La auditoría identificó que el seguimiento a los indicadores de la gestión del Sistema Integrado de Gestión del Proceso Gestión del Desarrollo Agropecuario; aunque, se tienen documentados, no fueron revisados ni analizados. a) El indicador Porcentaje de atención a solicitudes de asistencia técnica agropecuaria, no se encontraba analizado ni revisado desde el mes de agosto de 2020. b) El indicador denominado nivel de satisfacción de los usuarios de asistencia técnica agropecuaria ATA, frente al servicio ofertado por la dependencia, no se evidenció analizado para la vigencia 2020. c)El indicador porcentaje de las solicitudes atendidas de inspección ocular, no se evidenció analizado desde junio de 2020 y, d)El indicador porcentaje de postulaciones, según términos de referencia se encontraba analizado, sino, a fecha junio de 2020; incumpliendo el punto 9.1.3 de la norma ISO del desempeño: Análisis y evaluación.	Arvey Lozano	Oscar Perenguez
COBERTURA EDUCATIVA	H	4.1	Se identificó que se contaba con un documento contexto del proceso al año 2020 que se encontraba sin la actualización ni la aprobación respectiva en el Sistema Integrado de Gestión	Arvey Lozano	Sandra Murcia
	H	4.4.1	No se encontró el mapa de riesgos debidamente actualizado como herramienta que permita prevenir y mitigar materializaciones y aprovechar oportunidades de mejoramiento.		
	H	7.5.1	Al verificar el proceso se identificaron la caracterización, los procedimientos, que están documentados y sin embargo no estaban debidamente, formalizados ante el Sistema Integrado de Gestión		

	H	8.1	Al indagar acerca del Plan de Calidad como elemento fundamental en la planificación y control del proceso se encontró el Plan de Calidad correspondiente al año 2018 sin la debida aprobación		
	H	8.4.1	Se encontró que solo hasta abril 28 de 2021, fueron nombrados los docentes para estudiantes con necesidades especiales, como él es caso de los que tienen discapacidades auditivas y requieren comunicarse a través del lenguaje de señas. El Año lectivo se había iniciado en febrero de 2021.		
	H	10.2	No se identificaron las acciones correctivas ante el incumplimiento en oportunidad, en el nombramiento de docentes para estudiantes con necesidades especiales.		
CALIDAD EDUCATIVA	H	4.1	Se identificó que se contaba con un documento contexto del proceso al año 2020 que se encontraba sin la actualización ni la aprobación respectiva en el Sistema Integrado de Gestión	Arvey Lozano	Sandra Murcia
	H	7.5.1	Al verificar el proceso se identificaron la caracterización, los procedimientos, que están documentados y sin embargo no estaban debidamente, formalizados ante el Sistema Integrado de Gestión		
	H	8.1	Al indagar acerca del Plan de Calidad como elemento fundamental en la planificación y control del proceso se encontró el Plan de Calidad correspondiente al año 2018 sin la debida aprobación		
	O.M	8.5.6	En la prestación de los servicios, se realizaron cambios, sin embargo, no se evidenció el diligenciamiento del formato de Control de Cambios		

	O.M	9.1	Al verificar los indicadores de proceso, no se evidencia que los mismos eran limitados y no me dan los aspectos relevantes del desempeño del proceso.		
	O.M	10.3	En el proceso se evidenciaron mejoras que fueron introducidas, sin embargo, las mismas, no se reflejaron documentalmente.		
GESTION INSPECCION Y VIGILANCIA EDUCATIVA	H	4.1	Se identificó que se contaba con un documento contexto del proceso al año 2020 que se encontraba sin la actualización ni la aprobación respectiva en el Sistema Integrado de Gestión	Arvey Lozano	Sandra Murcia
	H	4.4.1	No se encontró el mapa de riesgos debidamente actualizado como herramienta que permita prevenir y mitigar materializaciones y aprovechar oportunidades de mejoramiento.		
	H	7.5.1	Al verificar el proceso se identificaron la caracterización, los procedimientos, que están documentados y sin embargo no estaban debidamente, formalizados ante el Sistema Integrado de Gestión		
	H	8.1	Al indagar acerca del Plan de Calidad como elemento fundamental en la planificación y control del proceso se encontró el Plan de Calidad sin la debida aprobación		
TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	H	6.1	Al verificar la Gestión de los Riesgos de Proceso, existía mapa de riesgos, sin embargo, no estaban debidamente actualizados y reportados.	Arvey Lozano	
	O.M	8.1	El proceso desarrolla actividades de cara a la comunidad como es el servicio que se presta en los puntos Vive Digital y no se evidenció un Plan de Calidad para los mismos.		

DEFENSA JUDICIAL	O.M	7.5	La información documentada es una actividad que aporta valor a la defensa judicial del Ente Territorial, en ese sentido, se desarrollaron actividades para seguimiento y control de las carpetas de expedientes judiciales; no obstante, no se evidenció un lineamiento socializado para su seguimiento y control.	Arvey Lozano	Ronald Ramírez
	O.M	9.1.1	Los indicadores de gestión de un proceso se constituyen en hitos de cumplimiento que permiten, no solo, medir si se alcanzan los objetivos; sino, que permiten cuantificar el mejoramiento. El indicador de Éxito Procesal que ya superó el límite del 70% establecido por el proceso, llegando incluso al 90%. Esta auditoría sugiere que se revise el límite del indicador; para evidenciar, la mejora que se alcanzó.		
GESTION DE PROTOCOLO	O.M	4.1 Comprensión de la Organización y de su contexto	Se evidenció que el contexto estratégico, aunque se encuentra actualizado, existe una falencia en la redacción de algunas de las variables identificadas, se debe enfocar en la determinación de las cuestiones internas y externas, que afectan de forma directa o indirecta en la planificación estratégica y en el objetivo del proceso.	Yessica Velasco	Lina Montenegro
GESTION SOCIAL	O.M	7.5 Información Documentada.	Aunque se evidencia la información documentada requerida, se presenta demoras en la presentación de la evidencia, Fortalecer el medio (soporte escrito, papel, formato electrónico), etc. donde se tiene la información documentada para un correcto control, mantenimiento, disponibilidad y acceso de la información documentada.	Lina Montenegro	

COMUNICACIONES	H	9.1	Se revisa el módulo de gestión documental correspondiente a la dirección de comunicaciones donde se evidencia 4 PQR vencidas las cuales no se les ha realizado la gestión respectiva se anexan, soportes generados el día 16 de abril. 1. PQR20210005806 petición, Solicitud encuentro virtual Alcalde vs Alumnos Fecha: Fecha de Inicio 10/03/2021 Fecha Limite 05/04/2021.Estado: vencido. Funcionario encargado: Melissa Arciniegas Castillo. Dependencia actual del funcionario: Dirección de Comunicaciones. 2. PQR20210005848 petición, Solicitud resultado de la prueba Covid. Fecha: Fecha de Inicio 10/03/2021 Fecha Limite 05/04/2021.Estado: vencido. Funcionario encargado: Rodrigo José Triviño Loaiza. Dependencia actual del funcionario: Dirección de Comunicaciones. 3. PQR20210006624 petición, Inclusión vacunas Covid Fecha: Fecha de Inicio 18/03/2021 Fecha Limite 13/04/2021.Estado: vencido. Funcionario encargado: Rodrigo José Triviño Loaiza. Dependencia actual del funcionario: Dirección de Comunicaciones. 4. PQR20210006909 petición, solicitud asistencia prueba Covid. Fecha: Fecha de Inicio 23/03/2021 Fecha Limite 15/04/2021.Estado: vencido. Funcionario encargado: Rodrigo José Triviño Loaiza. Dependencia actual del funcionario: Dirección de Comunicaciones.	Lina Montenegro	José Gabriel Tovar

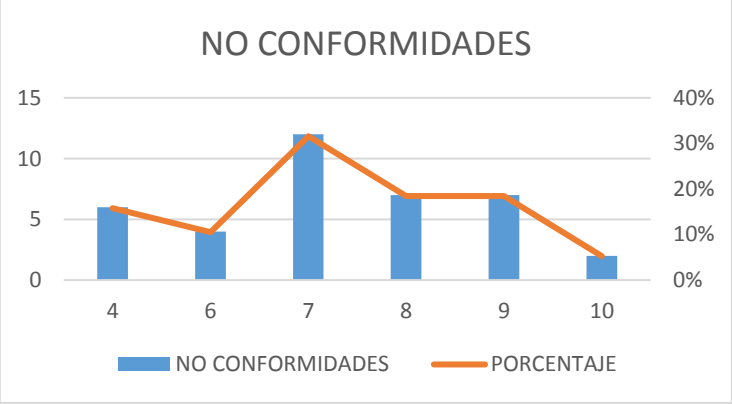
	H	9.1	En la Caracterización se relacionan 5 indicadores.1. Índice de información al público externo.2. Índice de información al público interno.3. presupuesto de Comunicación.4. Ausentismo 5. Frecuencia accidentes laborales.Se evidencia que no se realiza seguimiento a los indicadores de ausentismo y frecuencia de accidentes laborales, por lo cual no se puede ver la trazabilidad y medición de los mismos para la toma de decisiones.		
	O.M	4.1	Incluir en la matriz de partes interesadas los entes de control ya que afecta al proceso teniendo en cuenta que el proceso de gestión pública se encontraron hallazgos de la Contraloría, de igual forma para generar un mejor seguimiento y control se requiere incluir en los Planes de mejoramiento las auditorias, internas y externas como lo es el Icontec y los entes de control		
CONTRATACION	O.M	4.1	Se evidenció que el proceso mantiene y administra los riesgos; sin embargo, no se contempla el riesgo relacionado con el proceso sancionatorio contractual que, es una de las actividades fundamentales de la Contratación Estatal, se sugiere que se revise ese riesgo y se realicen los ajustes pertinentes.	Arvey Lozano	Ronald Ramírez
	O.M	8.1	Se encontró que la Dirección de Contratación expide lineamientos relacionados con la Gestión Contractual de la Administración, para todas las dependencias, incluso a aquellas que no tienen un profesional del Derecho. Para esta últimas la auditoría sugiere que se redacten las directrices en lenguaje que pueda ser comprendido por profesionales que, incluso no sean abogados.		

12 RESULTADOS DE INFORME DE AUDITORIA

Informe ejecutivo de auditoria

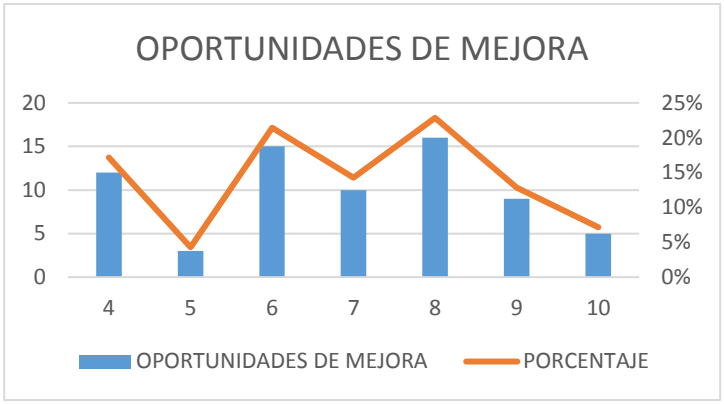
Ítem	Cantidad
No conformidades de auditoria	**38**
Oportunidades de mejora	**70**
Total Hallazgos de Auditoria	**108**

NUMERAL	NO CONFORMIDADES	PORCENTAJE
4	6	16%
6	4	11%
7	12	32%
8	7	18%
9	7	18%
10	2	5%
TOTAL	38	100%



Como se puede observar en la gráfica, encontramos que los numerales más incumplidos se concentran en los numerales Siete (07) con 12 No Conformidades, representando el 32% del total de las no conformidades; le siguen con un 18% de participación con 7 No Conformidades los numerales ocho (08) y nueve (09), con 6 No Conformidades los numerales Cuatro (04) que representa un 16% de las no conformidades, y del numeral Seis (6) con cinco (4) No conformidades siendo este el 11% del total de los hallazgos y del Numeral 10 con dos (02) no conformidades; estos Numerales impactan directamente los procesos en cuanto a la Planeación, riesgos, operación del producto, como el de seguimiento y medición. Aspecto este de gran interés para la toma de decisiones e implementación de acciones que conduzcan a minimizar la presencia e incidencia de estos en una auditoria de seguimiento por el ente certificador, que garanticen de manera razonable la sostenibilidad y conservación de la certificación.

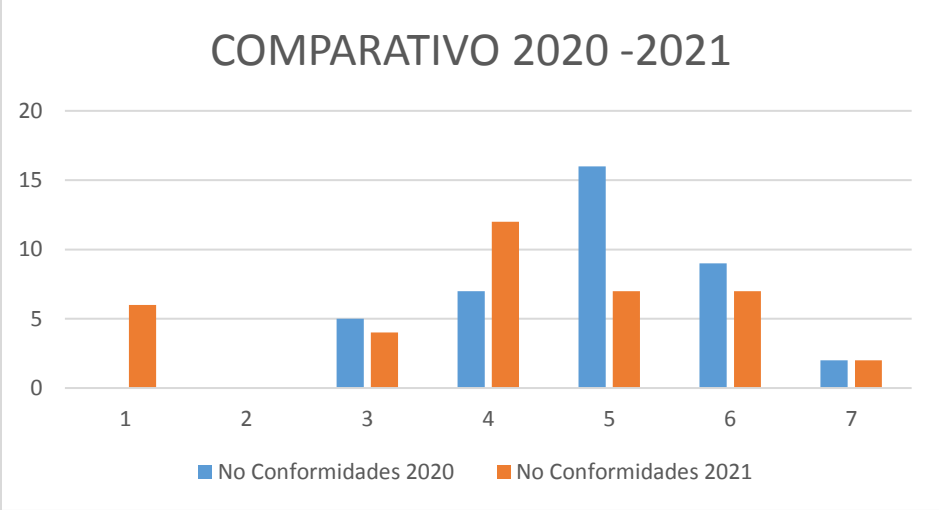
NUMERAL	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PORCENTAJE
4	12	17%
5	3	4%
6	15	21%
7	10	14%
8	16	23%
9	9	13%
10	5	7%
TOTAL	70	100%



Las oportunidades de mejora son un factor constante en la organización, siempre va a existir la posibilidad de obtener mejores resultados, por lo cual la cantidad que se puede detectar periódicamente es muy alta y teniendo en cuenta que los recursos disponibles en la misma la mayoría de las veces son limitados, es vital contar con criterios claros que permitan valorar y priorizar los posibles beneficios de cada oportunidad de mejora, así como los costes de llevarla a cabo, siendo los más representativos lo numerales Ocho (08) con 16 oportunidades de mejora, el numeral Seis (06) con 15 oportunidades de mejora y el numeral Cuatro (04) con 12 oportunidades de mejora.

13 ANALISIS COMPARATIVO VIGENCIA 2020-2021

Numeral de la Norma	No Conformidades 2018	No Conformidades 2019	No Conformidades 2020	No Conformidades 2021
4	28	11	0	6
5	6	5	0	0
6	14	10	5	4
7	12	10	7	12
8	30	19	16	7
9	11	8	9	7
10	13	4	2	2
total	114	71	39	38



Es de aclarar, se hace confrontación de resultados de estos dos periodos auditados, ya que conservan el mismo parámetro base de criterio de auditoria cual es la NTC ISO versión 2015.

Durante la última vigencia se ha identificado que se sigue presentando una cantidad significativa y constante en el número de no conformidades, por lo que se podría inferir que no se ha presentado un mejoramiento continuo, ya que, si observamos el comportamiento de las vigencias anteriores, estas venían disminuyendo significativamente, lo que demuestra una afectación en la mejora de los procesos.

Es así como para los años 2018 se presentaron 114 No Conformidades, para la vigencia 2019 que se incluyó en la auditoria un nuevo proceso, el número de No conformidades bajo a 71, mientras para la vigencia 2020 el número de No conformidades fue de 39, y para la vigencia 2021 se presentó 38 No conformidades.

Todo lo anteriormente expuesto, refleja que el sostenimiento del sistema se ha venido realizando, pero en cuanto a la presencia de hallazgos de vigencia a vigencia, esta no ha sufrido un cambio significativo, como se venía presentando de año a año, siendo el objetivo de las Auditorias, de quienes lideran el sistema y operativizán los procesos, que este alcance una maduración donde la variación de presencia de no conformidades sean mayor cada vez , reflejándose la apropiación que incide en que presenten una mejora continua como también la eficacia e implementación y sostenimiento de

los mismos. Situación está, que pudo estar condicionada por factores externos como pandemia y paro nacional.

14 ASPECTOS A MEJORAR

Del consolidado de las 38 No Conformidades realizamos un resumen de las principales inconsistencias detectadas durante la Auditoria y que sirven de información para toma de decisiones por parte de los Administradores del SIG:

Numeral 4 (6 No Conformidades).
Dentro de las no conformidades y las oportunidades de mejora encontramos recurrencia en el hallazgo al incumplimiento del numeral 4.1 Comprensión de la organización y de su contexto, es importante mencionar que la administración se vio afectada por el cambio de personal por el concurso 437 del 2017 que pudo generar traumatismos en algunas dependencias.

Numeral 6 (4 No Conformidades).
Dentro de las no conformidades y las oportunidades de mejora encontramos recurrencia en el hallazgo al incumplimiento del numeral 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades de mejora. Como en el caso que se están materializando riesgos a los cuales no se evidencia el tratamiento en la matriz de riesgos, así como la debilidad en la consolidación de los planes de mejora establecidos.

Numeral 7 (12 No Conformidades).
Se evidencio que existen debilidades en la Información documentada Numeral 7.5 de la norma NTC ISO 9001:2015, en gran parte no se evidenció control de los cambios de la información documentada que se aplica al proceso, actualizaciones realizadas en caracterización y mapa de Riesgos son distintos a los que se encuentran conservados como evidencia por el SIG.

Numeral 8 (7 No Conformidades).
En este numeral se encontraron siete números de recurrencias de no conformidades, en su mayoría detectaron falta de seguimiento, incumplimiento de cronogramas, falta de seguimiento evaluación a los proveedores, inexistencia de Planes de Calidad y falta de cronogramas que permita controlar las actividades a desarrollar y sus tiempos de respuesta.

Numeral 9 (7 No Conformidades).
En este numeral Se observó que los indicadores se encuentran sin análisis o no tenían la información que permitan medir eficientemente la gestión del proceso y a su vez tomar decisiones oportunas para

mejorar permanentemente la Gestión de las Dependencias, acorde a lo dispuesto en la Cartilla para la Construcción de Indicadores de Gestión de la DAFP.

Numeral 10 (2 No Conformidades).
Es el numeral con menos hallazgos y básicamente hacen referencia al no cierre de los planes de mejoramiento y a la no documentación de las mejoras implementadas en los procesos.

15 ANALISIS A LA GESTION DEL RIESGO

Según la Guía de administración del riesgo, la Administración Municipal debe darle un carácter prioritario a la identificación de los riesgos, por esta razón la identificación, análisis y valoración de los riesgos se circunscriben a los objetivos de cada proceso, se deben establecer las fuentes o factores de riesgos, sus causas y sus consecuencias, para el análisis se pueden involucrar datos históricos, análisis teóricos u opiniones informadas, se debe tener en cuenta también el análisis de contexto tanto interno como externo.
El proceso de la identificación del riesgo debe ser permanente e interactivo basado en el resultado del análisis del contexto estratégico, en la planeación institucional y debe de partir de la claridad de los objetivos estratégicos de la institución para la obtención de resultados.

La Administración del riesgo en la Alcaldía de Palmira, ha evidenciado avances significativos en todas las líneas de defensa; no obstante, la auditoría permitió identificar debilidades, respecto del monitoreo de segunda línea de defensa porque no se evidencia que los riesgos institucionales, presentes en el mapa de riesgos hayan modificado su nivel, producto de las acciones planeadas y ejecutadas que variaran el mapa de calor, manteniéndose estáticos, sin demostrar gestión.

La segunda línea de riesgos de seguridad de la información no presenta evidencias de la aplicación en su totalidad de la metodología de administración de esa tipología de riesgos, careciendo de control eficaz de segunda línea de manera que, los procesos como primera línea, comprendan y apliquen instrumentos de administración de riesgos informáticos

Se evidencian riesgos materializados en forma repetitiva lo cual indica que el tratamiento realizado no contribuye a su mejoramiento o que no ha sido eficiente, la segunda línea de defensa que debe contribuir para monitorear la administración de los riesgos, no presentó evidencia de los seguimientos realizados y, que sirvieran de insumo para dinamizar los mapas de riesgo y constituirse en una herramienta para facilitar la gestión de la alta dirección, ya que con ello, la gestión de riesgo se está

llegando al límite de materializarse otros daños, que pueden ocasionar problemas tanto para la administración, como de carácter personal al funcionario, por lo que se recomienda evaluar las políticas y controles para evitar llegar al límite.

En la primera línea de defensa, se ha interiorizado la política de riesgos; no obstante, no se evidenció que la totalidad de los líderes la hubieran apropiado, como una herramienta eficaz, la administración del riesgo, de modo que, no fuera solamente un elemento meramente indicativo, sino que se dinamizara y sirviera para el aseguramiento de los logros de los objetivos de servicio y las metas del proceso. Igualmente, los procesos evaluados, evidenciaron que mantenían sus mapas de riesgo.

Se encontraron un total de Cuatro (4) no conformidades y quince (15) Oportunidades de mejora del numeral 6, referentes al seguimiento a los mapas de riesgos y al evaluar la eficacia de estas acciones a la primera y segunda línea de defensa. Es relevante mencionar que la gestión del riesgo en la Alcaldía de Palmira, aunque, ha evidenciado avances significativos en todas las líneas de defensa; a pesar de ello, presenta debilidades.

Es importante resaltar la mejora y madurez que ha presentado la gestión de riesgos de corrupción, pues la metodología implantada garantiza de manera razonable, el seguimiento, operativización de controles como líneas de reporte y el cumplimiento a criterio de la organización y de las partes interesadas, en oportunidad y calidad de la misma, como se observó en el seguimiento al PAAC (Plan de Anticorrupción y atención al Ciudadano).

Por último como uno de los riegos asociados al cumplimiento de los objetivos de la auditoria se destaca el tratamiento aplicado a uno de los riesgos de auditoria de falta de experiencia en la aplicación de auditorías virtuales y de tener toda la documentación a la mano de los auditores a pesar en algunos casos de encontrarse trabajando desde casa, riesgo que fue tenido en cuenta y que oportunamente se planteó que para minimizar este riesgo era necesario que se dictara un capacitación o taller para que el auditor al momento de abordar la auditoria lo hiciera de la mejor manera, también es de aclarar que se materializo un riesgo de la auditoria que fue el cumplimiento del programa inicial, ya que se presentaron dificultades tanto de orden público (Paro Nacional desde Abril del 2021) y a causa de la pandemia al momento de desarrollar las auditorias, ya que incluso uno de los Auditores líderes se vio afectada su salud a causa de la misma , por lo que este riesgo se dejó como materializado dentro de la oficina de control interno, por otro lado otro riesgo materializado fue la entrega oportuna de los informes de auditoría del equipo auditor al auditado, ya que la presencia de este evento ocurrió en varios procesos.

16 CONCLUSIONES GENERALES:

Se puede concluir que el Sistema de Gestión de la Calidad Implementado en la Administración Municipal bajo la Norma Técnica de Calidad ISO 90001-2015 durante la última vigencia se ha identificado que se sigue presentando una cantidad significativa y constante en el número de hallazgos, por lo que se podría inferir que se ha sostenido el S.I.G. su mejoramiento continuo frente al número de no conformidades de la vigencia 2020, no ha sido significativo, ya que si observamos el comportamiento de las vigencias anteriores, estas venían disminuyendo significativamente, lo que demuestra un leve impacto en la mejora de los procesos, a pesar que la Administración ha realizado la implementación de los nuevos requisitos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, sus tres líneas de defensa como herramienta de Control que la estructura maneja para garantizar razonablemente el aseguramiento de recursos con la mejora continua del Sistema.

Se identificó que al hallazgo que más fue recurrente fue del numeral 7 con 12 N.C. donde en gran parte no se evidenció control de los cambios de la información documentada que se aplica al proceso, actualizaciones realizadas en caracterización y mapa de Riesgos son distintos a los que se encuentran conservados como evidencia por el SIG.

Se han identificado una considerable cantidad de hallazgos, donde la Realización del Producto o Prestación del Servicio y la Planificación y Control Operacional (Planes de Calidad) representado en los numerales 8.1 al 8.7. Es el más reiterado con 7 N.C. Este hecho es importante que sea considerado por el administrador de sistema, para la toma de medidas correspondientes.

Del ejercicio se desprende 70 oportunidades de mejora, como valor agregado al SIG. Para que minimicen posibles riesgos, de que estas conduzcan en futuras auditorías a no conformidades, como también incidan en una mejor manera de alcanzar resultados en los procesos. Así estas con las no conformidades se convierten en factor crítico de éxito ante una auditoria externa del ente certificador, dependiendo de nivel de tratamiento que se le dé a ello.

En términos generales el Sistema tiene la capacidad para cumplir los requisitos establecidos en la normatividad aplicable, los especificados en la ISO 9001:2015, sin embargo, debe adoptar las acciones para corregir las oportunidades de mejora, las no conformidades y sus causas. En tal sentido y como se ha mencionado los líderes de procesos ya conocen previamente acordado, como discutido con ellos los respectivos informes de auditoría, a los que deben de generar los correspondientes planes de mejora, presentarlos al líder del Sistema Integrado de Gestión, para que sean consolidados y generen las actividades de seguimiento y control a ellos, como también según los resultados integrados en este informe se planten un Plan de Mejora estratégico para que se cierren brechas, con orientaciones desde el sistema.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que a pesar de las circunstancias actuales que vive la humanidad en el mundo entero debido a la pandemia, donde la operatividad administrativa ha tenido que adaptarse a una nueva realidad, en cumplimiento de la normatividad y condiciones de bio seguridad como el evento acontecido del paro nacional desde el mes de Abril del 2021, donde la capacidad instalada del recurso humano ha tenido que operar en gran parte de este periodo desde casa, y en otro momento con una ocupación física, se ve que este riesgo se ha podido administrar de forma positiva donde su impacto en el sistema según los resultados de auditoría no ha sido relevantes en aspectos negativos sino que se ha conservado y madurado, garantizando en forma razonable la prestación del servicio bajo los criterios de la norma.

De conformidad con la finalidad de la norma ISO 9001:2015, que, para garantizar un servicio de calidad, busca que el sistema se esté controlando, autoevaluando y genere mejora continua, bajo la máxima de gestionar riesgos y oportunidades, es pertinente que se establezca como política operativa ciclos de revisión por la alta dirección con periodos de tiempos más cortos, donde en una vigencia fiscal se realicen dos o tres, los que pueden ser concordantes e integrales con los seguimientos a los avances del Plan de Desarrollo, como de las políticas que determina y se operativizan a través del MIPG, con ello se beneficia el Sistema Integrado de Gestión, con la toma de decisiones oportuna, que redunda en una mayor sostenibilidad, madurez y mejores resultados bajo criterios de la norma.

RUBEN DARIO BEDOYA ORTIZ
Auditor líder

WILMAR RUIZ ARAGON
Auditor líder.

VoBo. JOSE HUMBERTO PACHECO VELASCO.
Jefe Oficina de Control interno

Elaboró: Rubén Darío Bedoya Ortiz. Profesional Universitario G-2
Revisó: José Humberto Pacheco Velasco, Jefe Oficina Control Interno
Aprobó: José Humberto Pacheco Velasco, Jefe Oficina Control Interno