# **COMUNICACIÓN INTERNA**

Fecha: 11 de junio de 2021

Para: Dr. William Yeffer Vivas Lloreda

Personero de Medellín

Directivos Personería de Medellín

CC: Auditores Internos de Calidad

Asunto: Informe Consolidado de Auditorías de Calidad período Agosto

2020 a Abril 2021

\_\_\_\_\_

Respetados(as) Doctores(as):

Por medio de la presente, me permito remitir **Informe Consolidado de las Auditorías Internas de Calidad** llevadas a cabo recientemente, correspondientes al período Agosto de 2020 a Abril de2021.

Los reportes de hallazgos correspondientes a cada proceso fueron entregados por los Auditores Internos directamente a los Líderes, quienes tienen el compromiso de elaborar los Planes de Mejora y actualizar sus mapas de riesgos según las directrices y lineamientos establecidos en el proceso de Mejoramiento Continuo.

Desde la Oficina de Control Interno, instancia que lidera el proceso de "Evaluación Independiente" y dentro de éste, las Auditorías Internas de Calidad, estamos atentos a resolver cualquier inquietud frente al presente informe y a recibir la retroalimentación pertinente a fin de mejorar la labor auditora que nos corresponde,

Atentamente,

## **LUIS FERNANDO ORTIZ SANCHEZ**

Jefe Oficina de Control Interno

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO FDPI001 VERSION 8			
324	VIGENCIA 27/07/2020		
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD			
Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47			
Linea Gratuita: 018000941019  Email: info@personeriamedellin.gov.co / Pág: www.personeriamedellin.gov.co			
	FDPI001 324 ENTRO CULTURAI 101 / Conmutador Línea Gratuita	FDPI001 VERSION  324 VIGENCIA  ENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBER  101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - F  Línea Gratuita: 018000941019	

PROYECTÓ: RAI	BUITRAGO	REVISO: LFORT	IZ
CODIGO	FDPI001	VERSION	8
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020

CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD

Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47

<u>Línea Gratuita: 018000941019</u>

Email: <u>info@personeriamedellin.gov.co</u> / Pág: <u>www.personeriamedellin.gov.co</u>



# INFORME CONSOLIDADO AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

# Elaborado por:

# OFICINA DE CONTROL INTERNO PERSONERÍA DE MEDELLÍN

Medellín, junio de 2021

DROVECTÓ: DADUITRACO DEVICO: LEODTIZ	-	
PROYECTÓ: RABUITRAGO REVISO: LFORTIZ	REVISO: LFORTIZ	
CODIGO FDPI014 VERSION	7	
RESOLUCION 324 VIGENCIA	27/07/2020	

CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD
Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47
Línea Gratuita: 018000941019
Email: info@personeriamedellin.gov.co / Pág: www.personeriamedellin.gov.co

# **CONTENIDO**

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	OBJETIVO	3
3.	ALCANCE	3
4.	CRITERIOS DE AUDITORÍA	4
5.	RIESGOS DE AUDITORÍA	5
6.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	6
6.1	Distribución de hallazgos por proceso	6
6.2	Elementos comunes de riesgo o incumplimiento	8
6.3	Estado de los Planes de Mejora	11
6.4	Descripción de los Hallazgos	11
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	12
ANE	EXOS	14
ANE	EXO 1. Elementos de Riesgo/Incumplimiento versus Requisitos N	ITC ISO
900	1:2015	14
ANE	EXO 2. Descripción de los hallazgos	15
	FORTALEZAS	15
	OBSERVACIONES	18
	NO CONFORMIDADES	29

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020

## 1. INTRODUCCIÓN

El día 18 de diciembre de 2020, el Comité de Coordinación de Control Interno de la Personería de Medellín aprobó en sesión ordinaria el Programa Anual de Auditorías para el año 2021, integrando las Auditorías Internas de Calidad, las Auditorías y Seguimientos que por Ley corresponden a la Oficina de Control Interno y las Auditorías Especiales contempladas desde el PA-PO para la vigencia 2021. Lo anterior consta en Acta 04 del 18 de diciembre de 2020.

La Auditoría Interna de Calidad fue desarrollada por el Equipo Auditor, conformado por 8 profesionales certificados para dicha tarea. Fueron evaluados de manera independiente 12 procesos vigentes en la Entidad, los cuales fueron priorizados por parte de la OCI, dentro del total de 20 Procesos Institucionales.

Este documento entonces se elabora a partir de los Reportes de Hallazgos y demás registros de auditoría entregados por cada uno de los auditores internos y busca presentar de una manera abreviada los hallazgos encontrados y describir aquellos **elementos de riesgo y/o incumplimiento** más frecuentes, representativos y de mayor impacto para la Entidad.

#### 2. OBJETIVO

Evaluar la gestión de los procesos, su desempeño y el cumplimiento de los requisitos de ley, de norma técnica (ISO 9001:2015), internos y de los usuarios u otras partes interesadas.

### 3. ALCANCE

El periodo de evaluación de la Auditoría Interna de Calidad comprendió desde el mes de agosto de 2020 hasta el mes de Abril de 2021. Fueron incluidos dentro del Programa Anual de Auditoría 12 procesos de la Entidad los cuales se mencionan a continuación con su respectivo Auditor (a):

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION 7	
RESOLUCION 324 VIGENCIA 27/07/2020			
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD			

Tabla 1. Procesos auditados y Auditores asignados

Proceso	Auditor
Protección del Interés Público	Catalina Diez
Vigilancia Administrativa	Julied Marin
Gestión Documental	Ximena Pereira
Gestión del Talento Humano	Elizabeth Cuellar
Gestión Jurídica	Jaime Cardenas
Satisfacción de las partes interesadas	Hector Preciado
Penal	Juan Fernando Duque
Conciliaciones	Diego Zuluaga
Atención al Público	Catalina Diez
UPDH	Juan Fernando Duque
Disciplinarios	Ximena Pereira
Planificación Institucional	Hector Preciado

# 4. CRITERIOS DE AUDITORÍA

En el desarrollo de la Auditoría fueron considerados como criterios de auditoría:

- Requisitos de la NTC ISO 9001:2015
- Requisitos de Ley aplicables a esta Agencia del Ministerio Público, a cada uno de sus procesos y a los servicios que presta.
- Requisitos internos establecidos en las Normas, Procedimientos y Manuales del SGC.
- Atributos de calidad de los servicios establecidos en el Manual Listado de Servicios

4

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION 7	
RESOLUCION	324	VIGENCIA 27/07/2020	
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD			
Carrora 534 Nº 42 101 / Conmutador + 57/4\294 00 00			

- Plan Estratégico, Planes de Acción y Operativos
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

# 5. RIESGOS DE AUDITORÍA

En la Tabla N°2 se presentan los riesgos que se identificaron desde la definición del Programa Anual de Auditoría y las acciones emprendidas para la mitigación de los mismos.

Tabla 2. Riesgos Programa de Auditoría 2021

Control de Riesgos del Programa de Auditoría			
Riesgo	Acciones para mitigar el riesgo		
Ausencia de Auditores en el cumplimiento de las actividades de auditoría (o de difusión y formación) orientadas a cumplir con los objetivos del presente programa.	<ul> <li>Diversificación del Equipo Auditor: Formación de nuevos auditores vinculados a diferentes áreas y procesos de la entidad</li> <li>Comunicación del programa de auditoría con suficiente antelación</li> <li>Socialización Estatuto de Auditoría y Código de Ética del Auditor (refuerzo de responsabilidades y compromiso)</li> </ul>		
Inadecuada comunicación del programa	<ul> <li>Socializar el programa a través de Correo Electrónico (inmediatamente sea aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno), tanto a Líderes como a Auditores.</li> <li>Difundir de manera personal (a través de una reunión con el Equipo Auditor, el programa referente a las Auditorías Internas de Calidad) con una anticipación de mínimo una semana antes de comenzar su ejecución.</li> </ul>		
Número limitado de auditores que en algún momento se vea insuficiente para responder a toda la labor de auditoría	<ul> <li>Formación de nuevos auditores de calidad</li> <li>Establecer como requisito clave para el profesional de Control Interno (contratista o no) que sea certificado como Auditor Interno de Calidad</li> </ul>		
Interferencia de las actividades de auditoría con las actividades misionales y	<ul> <li>Elaboración del Plan de Auditoría concertando fechas y horarios con los Líderes de los procesos.</li> </ul>		

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020

CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD

Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47

<u>Línea Gratuita: 018000941019</u>

Email: <u>info@personeriamedellin.gov.co</u> / Pág: <u>www.personeriamedellin.gov.co</u>

Control de Riesgos del Programa de Auditoría		
Riesgo	Acciones para mitigar el riesgo	
operativas de la Entidad.	<ul> <li>Definición de un programa flexible (establecer rangos de fechas amplios para la ejecución de cada auditoría).</li> <li>Comunicación del programa de auditoría a los Líderes (Jefes directos de auditores) con suficiente antelación.</li> </ul>	
No logro de los objetivos de auditoría	<ul> <li>Establecer una revisión previa por parte del Jefe de Control Interno sobre el Plan de Auditorías (objetivos y criterios).</li> <li>Capacitación del equipo auditor sobre criterios y referentes de auditoría.</li> </ul>	
Hallazgos de Auditoría mal formulados y/o que carecen de valor para la entidad (poco relevantes)	<ul> <li>Capacitación al Equipo Auditor</li> <li>Establecimiento de reuniones de enlace, dentro del procedimiento de Auditoría, con el fin de retroalimentar y definir criterios para el levantamiento de hallazgo.</li> </ul>	
No inclusión dentro del programa de evaluaciones, auditorías o seguimientos que se exijan por Ley a la Oficina de Control Interno	<ul> <li>Elaboración, revisión y actualización permanente del NORMOGRAMA DE CONTROL INTERNO</li> </ul>	

## 6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como resultado de este ciclo de Auditorías Internas de Calidad, se encontraron **80 hallazgos (32 No conformidades y 48 observaciones),** los cuales se analizan en este apartado. En este aspecto, es necesario comparar con el resultado arrojado en el Informe Consolidado de las Auditorías Internas de Calidad de la pasada vigencia, donde se generaron un total de 118 hallazgos, distribuidos en 73 no conformidades y 45 observaciones.

# 6.1 Distribución de hallazgos por proceso

En la Tabla N° 3 se presenta el número de hallazgos según el tipo (No Conformidad u Observación) en cada uno de los procesos auditados.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION 7	
RESOLUCION	RESOLUCION 324 VIGENCIA 27/07/2020		27/07/2020
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD			

Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47

<u>Linea Gratuita: 018000941019</u>

Email: <u>info@personeriamedellin.gov.co</u> / Pág: <u>www.personeriamedellin.gov.co</u>

Resulta indispensable advertir, que el número de hallazgos no siempre será reflejo de la conformidad o eficacia de un proceso, pues este número se vuelve subjetivo si consideramos entre otros aspectos; el criterio del auditor, la experiencia del auditor, el tiempo de desarrollo de la auditoría, los procesos de muestreo, etc.

Tabla 3. Distribución de Hallazgos por Tipo de Hallazgo y proceso

PROCESO	TOTAL HALLAZGOS	NO CONFORMIDADES	OBSERVACIONES
Planificación Institucional	7	2	5
Atención al Público	6	3	3
UPDH	19	6	13
Penal	9	3	6
Protección del interés público	3	2	1
Vigilancia Administrativa	3	1	2
Disciplinarios	10	5	5
Conciliaciones	4	0	4
Gestión Talento Humano	4	3	1
Gestión Jurídica	1	0	1
Gestión Documental	9	5	4
Satisfacción de las Partes Interesadas	5	2	3
TOTAL	80	32	48

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020

CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD

Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47 Linea Gratuita: 018000941019
Email: info@personeriamedellin.gov.co / Pág: www.personeriamedellin.gov.co En el Gráfico N° 1 se puede visualizar que el 67% de los hallazgos encontrados provienen de los procesos de Prestación del Servicio.

Hallazgos Por Tipo De Proceso

Prestación del servicio
Direccionamiento
Institucional
Procesos de gestión
Medición análisis y mejora

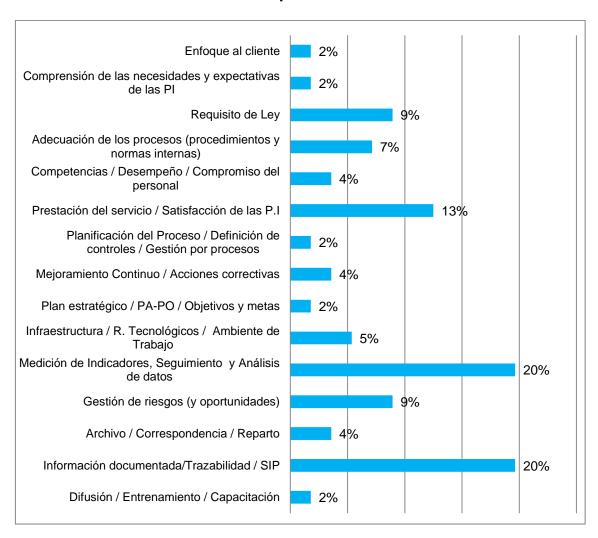
Gráfico 1. Distribución de los hallazgos por misión del proceso

# 6.2 Elementos comunes de riesgo o incumplimiento

A fin de facilitar la comprensión de los resultados de auditoría por parte de los usuarios de este informe, y buscando dimensionar los diferentes impactos de los hallazgos, se presenta en el Gráfico N° 2, la distribución de los mismos clasificados por una serie de elementos comunes de riesgo o incumplimiento. La correspondencia de cada uno de estos elementos con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 se describe en el *Anexo 1. Elementos de Riesgo/Incumplimiento Versus Requisitos ISO 9001:2015.* 

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020

Gráfico 2. Distribución de los hallazgos según Elemento de Riesgo o Incumplimiento



Se puede concluir de los hallazgos analizados, que el 23% de estos, se refiere a riesgos o incumplimientos relacionados a la Planificación del proceso, Prestación del servicio, incumplimiento del Plan Estratégico y desarrollo del Talento Humano.

Dentro de estos hallazgos se incluyen aquellos alusivos a la falta o el inadecuado registro de los datos de los servicios y procesos en el Sistema de Información de la entidad, SIP, evidenciándose en un 20%.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD			
Carrera 534 Nº 43	2-101 / Conmutador	+57(4)384 99 99 - F	av +57(4) 381 18 47

Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 1/ <u>Línea Gratuita: 018000941019</u>

Email: info@personeriamedellin.gov.co / Pág: www.personeriamedellin.gov.co

Cabe destacar que un 20% de los hallazgos están relacionados con la falta de medición de los indicadores institucionales en la forma y periodicidad establecida por el SGC.

Igualmente, el 7% de los hallazgos cita algún riesgo o incumplimiento frente a la falta de adecuación de los procesos, es decir, que las directrices internas establecidas dentro de los documentos del SGC (normas, manuales y procedimientos) no se ajustan a la realidad de muchos procesos, o bien porque estos se encuentran desactualizados o, porque aun estableciéndose las actividades y directrices correctas y pertinentes, estas no son acatadas por los líderes, funcionarios y contratistas.

Es de relevancia anotar que un 9% de los hallazgos advierten sobre riesgos o incumplimientos de requisitos legales que aplican a la entidad y a sus procesos. Entre otros, se encuentra inobservancia de uno o más artículos relacionados a las siguientes normas:

- Decreto 1083 de 2015
- Ley 1712 de 2014
- Decreto 1080 de 2010
- Ley 1437 de 2011
- Ley 594 de 2000
- Plan Institucional de Archivos PINAR
- Acuerdo 004 de 2019 emitido por el Archivo General de la Nación.
- Circular 4 de 2003 emitida por el Archivo General de la Nación.
- Ley 1409 de 2010
- Decreto 1080 de 2010
- Ley 136 de 1994
- Ley 734 de 2002

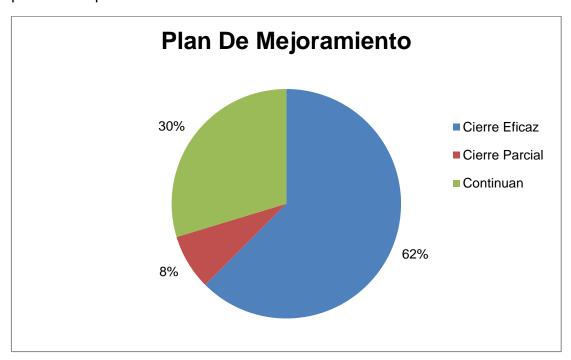
De lo anterior se puede concluir que debemos ser mucho más rigurosos en la exigencia del cumplimiento de ley en el ejercicio diario de nuestras funciones, así como del desarrollo de los procesos Institucionales, en aras del mejoramiento continuo, razón de ser del SGC.

,			
PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION 324 VIGENCIA 27/07/2020			
CENTRO CHI TURAL DI AZALA LIBERTAR			

# 6.3 Estado de los Planes de Mejora

Dentro de las actividades de auditoría, se realizó seguimiento de los planes de mejora establecidos como respuesta a los hallazgos de la auditoría de calidad de la vigencia anterior. Cada uno de los auditores internos, reportó en los respectivos informes de hallazgos el estado de las acciones correctivas planteadas por los líderes el año 2020.

Según los resultados de este monitoreo, se concluye, que de **64 acciones vigentes** generadas por auditoría interna de calidad en el año 2019, 40 se pueden cerrar de manera eficaz. En otras palabras, aproximadamente el 62% de las desviaciones encontradas en la auditoría de calidad del 2019, se pudieron superar de manera efectiva.



# 6.4 Descripción de los Hallazgos

En el *Anexo 2. Descripción de Hallazgos*, se transcriben de manera literal, la totalidad de los hallazgos por cada proceso, incluyendo además de las No Conformidades y Observaciones, las fortalezas registradas en los reportes, por los Auditores Internos de Calidad.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORT	IZ
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD			
Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47			
	Línea Gratuita	a: 018000941019	

Email: info@personeriamedellin.gov.co / Pág: www.personeriamedellin.gov.co

## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

#### En cuanto a la eficacia del SGC:

De acuerdo al análisis de los hallazgos de auditoría se puede concluir de manera general, que los objetivos de los procesos pueden alcanzarse mediante la aplicación del SGC.

#### En cuanto a la adecuación del SGC:

Tal y como se observa en el análisis de hallazgos, muchos de estos (20%) se refieren a la falta de seguimiento y aplicación de los lineamientos establecidos en la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.

## En cuanto a la conveniencia del SGC:

Si bien la documentación del SGC, de manera general, pareciera ser suficiente y pertinente, se evidencian algunos hallazgos por su no actualización o no consideración de requisitos de Ley que la entidad debe cumplir. Es así que se requiere revisar y tomar las acciones pertinentes a fin de garantizar la conveniencia total del sistema y de las directrices que este dicta, para lo cual la OCI recomienda trabajar permanentemente en la socialización del SGC entre el total de servidores y contratistas de la Personería de Medellín, a fin de introyectar en cada uno de ellos la filosofía y objetivos de dicho sistema y así lograr su consolidación y conocimiento pleno en la Institución.

Se puede concluir que se vienen alcanzando en buena medida los objetivos establecidos en el SGC y en los procesos Institucionales (Eficacia), faltando aún por adecuar algunos procesos que siguen presentando lineamientos desactualizados o no acordes con las actividades desarrolladas, ejecución de actividades no documentadas, lo mismo que reprocesos como en el caso de la UPDH y Atención al Público, lo cual deriva en la necesidad de implementar una revisión y adecuación al SGC, en aras de su fortalecimiento.

Se propone por parte de la OCI, adelantar una campaña de socialización del SGC y del Mapa de Procesos entre todos los miembros de la Institución, dirigida por la Oficina de Planeación, ya que se denota desconocimiento del tema en Servidores y Contratistas. Así mismo se recomienda promover y adelantar una campaña de actualización de normas y caracterización por parte de cada uno de los líderes de Procesos con sus respectivos equipos, atendiendo exigencias del SGC.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION 324 VIGENCIA 27/07/2020			
CENTRO CHI THRAL DI AZALA HREDTAD			

En el tema de Gestión de Riesgos, falta actualizar la Política y Mapa de Riesgos, donde no sólo se tengan en cuenta los riesgos de gestión y de corrupción, sino lo referente a la situación social y de salud que se vive actualmente con ocasión de la Pandemia del Covid19.

Se sugiere proceder de inmediato con la actualización de las Tablas de Retención, las cuales se encuentran desactualizadas hace ya varios años, violando con ello normas de obligatorio cumplimiento.

Se observa que el SIP se maneja de forma inadecuada en múltiples ocasiones, incumpliendo requisitos establecidos, lo cual amerita una profunda y detallada revisión, lo mismo que el establecimiento de requisitos obligatorios para su adecuado funcionamiento.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020

# **ANEXOS**

ANEXO 1. Elementos de Riesgo/Incumplimiento versus Requisitos NTC ISO 9001:2015

Elemento de Riesgo / Incumplimiento	Numeral ISO 9001:2015 relacionado
Difusión / Entrenamiento / Capacitación	7.2, 7.4, 8.4.3
Información documentada/Trazabilidad / SIP	7.5, 8.5.2
Archivo / Correspondencia / Reparto	7.4, 8.1, 8.5.2, 8.5.3
Gestión de riesgos (y oportunidades)	6.1, 6.2
Medición de Indicadores, Seguimiento y Análisis de datos	9.1
Infraestructura / R. Tecnológicos / Ambiente de Trabajo	7.1
Plan estratégico / PA-PO / Objetivos y metas	6.2, 6.3
Mejoramiento Continuo / Acciones correctivas	10.2, 10.3
Planificación del Proceso / Definición de controles / Gestión por procesos	4.4, 6.2, 8.1, 8.4
Prestación del servicio / Satisfacción de las P.I	8.2, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.2
Competencias / Desempeño / Compromiso del personal	7.1.2, 7.1.4, 7.2
Adecuación de los procesos (procedimientos y normas internas)	4.4
Requisito de Ley	4.4, 8.2
Comprensión de las necesidades y expectativas de las PI	4.2
Enfoque al cliente	5.1.2

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020

CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD
Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47
<u>Línea Gratuita: 018000941019</u>
Email: <u>info@personeriamedellin.gov.co</u> / Pág: <u>www.personeriamedellin.gov.co</u>

# ANEXO 2. Descripción de los hallazgos1

# **FORTALEZAS**

# Conciliaciones

- Se destaca que el proceso de Conciliaciones, tiene un papel preponderante en el desarrollo de la Estrategia de la Organización y su gestión desarrolla parte del Plan Estratégico 2020-2024. Donde el Señor Personero William Yeffer Vivas Lloreda ha destacado sus proyectos de cambio e innovación y en ese orden de ideas el proceso de conciliaciones asume unos retos importantes.
- El equipo de trabajo, donde los conciliadores, profesionales con experiencia desarrollan una labor importante y con sentido de pertenencia, acompañados del personal administrativo donde se conjuga el inicio de experiencia en este proceso. Y una gran receptividad y cooperación para con el proceso de auditoría interna
- El liderazgo ejercido por quien actualmente está al frente del proceso demostrando capacidad y trabajo en equipo.
- La gestión adelantada por el proceso a la fecha, donde se evidencia un aporte significativo al logro del objetivo del proceso y de la estrategia de la organización. Además de preservar su certificación Icontec como centro de conciliaciones

#### Atención al Público

Se exalta la labor realizada por el líder del proceso, y los funcionarios y contratistas que trabajan en el mismo, toda vez que sean adaptado adecuadamente a las nuevas realidades que nos ha traído la pandemia del Covid 19 y fueron el canal de interrelación entre la comunidad y la Institución durante el confinamiento total presentado en el 2020.

<sup>1</sup> Los hallazgos aguí contenidos son una transcripción **idéntica y exacta** de los hallazgos presentados por los Auditores Internos, es decir, no presentan ninguna variación frente a la redacción y ortografía respecto a los reportes de hallazgos originales

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION 324 VIGENCIA 27/07/2020		27/07/2020	
_	CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD		

#### Unidad Permanente DDHH

- El compromiso de los responsables del proceso para que los servicios se lleven a cabo a pesar de la emergencia social y salud que se está viviendo.
- El reconocimiento que recibe de la comunidad, lo cual se convierte en posicionamiento institucional por las actividades que se realizan dentro del proceso UNIDAD PERMANENTE DE DDHH.

#### Unidad Protección del Interés Público

- En el proceso de Protección del interés público se puede evidenciar y resaltar la importancia en el cambio y la implementación de normas, procedimientos y formatos necesarios para la labor que cumplen de una manera integrada permitiendo de esta manera una mayor efectividad y eficacia en los procedimientos a su cargo.
- Se exalta la labor realizada por la promotora de calidad del proceso y la líder de este con el SGC, capacitando permanentemente a funcionarios y contratistas, realizando actividades que generan sentido de pertenencia de la entidad.

#### Penal

- El conocimiento que se tiene del proceso y la forma como se adecuaron a la virtualidad como consecuencia de la emergencia que vivimos, lo cual permitió los servicios que se continuarán prestando sin afectación alguna.
- Las habilidades y competencias del personal asignado al proceso penal.
- El seguimiento permanente que se le hace al proceso penal que le permite cumplir el ciclo PHVA.

# Disciplinarios

Ninguna.

## Vigilancia Administrativa

 Se destaca el interés del Líder del Proceso por dar cumplimiento con el Sistema de Gestión de la Calidad, así mismo, extender dicho

16

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION 324 VIGENCIA 27/07/2020			
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD			

Carrera 53A N° 42-101 / Commutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47

compromiso a todo el equipo de trabajo, para que reconozcan la importancia de obedecer con lo establecido en el Sistema, permitiendo con esto lograr de forma efectiva la consecución del objetivo del proceso.

## Planificación institucional

 El proceso de Planificación Institucional cuenta con un equipo de trabajo empoderado de la norma Internacional NTC ISO 9001:2015, lo que permite la rigurosidad de lo planificado con el cumplimiento de los requisitos generales del sistema de Calidad, objetivos de la calidad y la integridad del sistema de gestión de la calidad, No obstante, es necesario y determinante el convencimiento y actitud de la alta dirección para su implantación exitosa.

## Gestión Documental

- Los Profesionales-Contratistas del proceso demuestran un importante conocimiento técnico en archivística y un alto sentido de compromiso con el proceso.
- En el proceso se ha establecido un mecanismo que garantizan la transparencia del consecutivo de los actos administrativos (resoluciones) a través de la implementación de un sistema de generación automática e inmodificable del número y fecha de un acto administrativo.
- En entrevista con los Profesionales-Contratistas se advierte que las labores de transferencias documentales, desde las unidades funcionales de la entidad al archivo central, se han reportado una reducción en el tiempo (Principio de Celeridad), debido al acompañamiento por parte de los Contratistas del proceso antes y durante las transferencias, haciendo que incluso las labores de verificación de los elementos transferidos cada vez es más ágil y menos reprocesos.

## Satisfacción de las partes interesadas

• El proceso ha tenido una importante evolución en desarrollo de las expectativas y necesidades relevantes en las que, cada una de las partes interesadas cuidan por ser de su interés, manteniéndose actualizado normativamente, tanto en la norma técnica, como en el procedimiento.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
CENTRO CHI TURAL DI AZALA LIBERTAD			

#### Gestión del Talento Humano

Con la expedición de la Resolución 465 del 11 de noviembre de 2020, Talento Humano se catalogó como un Proceso de Gestión con el liderazgo de la Asesora del despacho, ubicación que le da relevancia a su labor y que aunada a su alineación con la Alta Dirección, ha permitido que la Gestión Humana se asuma como prioridad, que su rol entorno al bien estar y desarrollo de los colaboradores sea visible en la inmediatez de las respuestas, en la proactividad y en la dedicación al proceso, reconocimiento que han realizado tanto los servidores como la Asociación de empleados.

## Gestión Jurídica

- El equipo de Profesionales asignado al proceso con conocimientos en la materia, se ha fortalecido, en la medida que ha incrementado en número.
- La implementación del documento de prevención de daño antijurídico, que se viene proyectando.
- Las permanentes reuniones tendientes a verificar los avances de las acciones del plan de mejoramiento.

# **OBSERVACIONES**

#### Conciliaciones

- Es procedente la revisión y actualización si es del caso de la caracterización del proceso CSCO001 vigente mediante resolución 570 diciembre 21 de 2020, en consonancia con los numerales 4.4.1 y 4.4.2 de la norma Iso 9001 versión 2015, al igual que de la norma interna NSCO001 versión 15 en lo atinente a las posibles atenciones virtuales o por medios no presenciales.
- Es necesario fortalecer la realización de los círculos de calidad como oportunidad de mejora y el diligenciamiento de los documentos referidos para el mismo. Como parte integrante del capítulo 10 MEJORA de la norma Iso 9001 versión 2015.

DDOVEDTÁ DA		DE1//00   E0DT	
PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
OFNITO OUR TUDAL DI AZALA LIDEDTAD			

- Se debe propender por el fortalecimiento del análisis de datos como herramienta gerencial para lograr los objetivos de conformidad con el numeral 9.1.3 Análisis y evaluación de la norma de certificación
- La búsqueda de herramientas para la medición y satisfacción del cliente externo y de los participantes del proceso pueden ser mejoradas en cumplimiento del numeral 9.1.2 Satisfacción del cliente y el numeral 7.1.2 Personal.

## Atención al Público

- Se evidencia en la información publicada en el SGC que se nombran procedimientos que no son realizados por este proceso: Brigada socio jurídica, gestión en favor de persona desaparecida, verificación de derechos humanos, verificación de alertas tempranas. Se presenta la misma situación con los formatos que no pertenecen al proceso como: Cronograma recolección de información alertas tempranas, contexto alertas tempranas, informe recolección de información alertas tempranas, informe final alertas temprana, ficha técnica alertas tempranas, verificación de derechos humanos, entre otros.
- Establecer mecanismos de medición que permitan calcular los tiempos de espera que tienen los ciudadanos, con el fin de definir acciones de mejora que permitan prestar un mejor servicio.
- Revisar norma interna NS (AP-UP-PE)001 NORMA GUARDA Y PROMOCION DE LOS DERECHOS HUMANOS para adecuarla con los canales dispuestos por la entidad para la recepción de las solicitudes realizadas por los usuarios.

#### Unidad Permanente DDHH

- Se recomienda por las múltiples actividades que se realizan en cumplimiento del proceso, que se asigne personal necesario que consolide la información pertinente de seguimiento al proceso UNIDAD PERMANENTE DE DDHH, en forma permanente y de esta manera se consolide la operación y control evidenciando el cumplimiento de todos los compromisos del SGC.
- Es pertinente reconsiderar el nombre del proceso, pues cuando se habla de UNIDAD PERMANENTE DE DDHH, generalmente se hace alusión a

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD			
Carrera 53A Nº 43	2-101 / Conmutador	+57(4)384 99 99 - F	ax +57(4) 381 18 47

un grupo de personas "talento humano" que cumplen una labor o actividad y que se relacionan de inmediato con la estructura organizacional de la entidad, para el caso son temas inherentes a los DDHH.

- Al indagar por los servicios que se prestan en el Proceso UNIDAD PERMANENTE DE DDHH, muchos son realizados por el grupo de investigadores. Estos conforme al manual de calidad (V-30) es un proceso de Direccionamiento institucional (ver aparte 4.10.1) y en consecuencia no cumplen actividades de carácter misional y tienen como objetivo el fortalecimiento de los procesos internos de la entidad contribuyendo a la formulación de políticas públicas, en consecuencia estas actuaciones a pesar de cumplirse generalmente no se registran en el SIP y son difusas. Se recomienda que se haga el análisis de causa y determinar la pertinencia de su registro como actuación del proceso UNIDAD PERMANENTE DE DDH para los casos en que se presta el servicio por parte del grupo o unidad de investigadores.
- En el PAPO, al verificar las actividades con sus compromisos del proceso de UNIDAD PERMANENTE DE DDHH, VICTIMAS, existen varias actividades que se deben replantear las metas, pues son actuaciones que se realizan día a día, pero las mismas no se registran en el SIP, sino que generan un informe al final del mes en consecuencia, no reflejan la realidad del que hacer misional.
- Al consultar el Manual de Servicios, en materia de VICTIMAS solo se evidencia el servicio que se presta a las víctimas el REGISTRO VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO y los RECURSOS. Se recomienda alinear su alcance con los compromisos del PAPO. De igual manera, también se debe definir las formas de su prestación pues son actividades asignadas misionales asignadas por la ley y que se traducen en servicios obligatorios que como personería debemos de prestar en óptimas condiciones-
- Dentro de las actividades del círculo de calidad, es pertinente hacer seguimiento a las tareas y compromisos adquiridos. Por lo general las tareas se deben verifican su cumplimiento en el siguiente círculo de calidad y no existen en los círculos de calidad realizados en el presente año evidencia de ello. Con esta actividad se asegura su cumplimiento.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
OFNITO CHI TUDAL DI AZALA LIDEDTAD			

Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +5 (4)384 99 99 - Fax +5 (4) 381 18 4/
<u>Línea Gratuita: 018000941019</u>

Email: info@personeriamedellin.gov.co / Pág: www.personeriamedellin.gov.co

- Al indagar por los servicios que se encuentran relacionados en el MANUAL LISTADO DE SERVICIOS, y al buscar los servicios que presta el Proceso UNIDAD PERMANENTE DE DDHH, no existe un criterio para identificarlos e individualizarlos de los otros servicios existentes en el manual Listado de servicios, esto afecta el enfoque por proceso y permite los reprocesos, pues los que se encuentran allí hacen relación a la unidad para la Guarda y Promoción de los derechos Humanos que es un área de la entidad, igual ocurre con la norma interna, que no es del proceso, sino del área.
- Se debe replantear el objetivo del proceso e incorporar las otras actividades que realiza el proceso como es el caso de VICTIMAS, pues en forma permanente se realiza acompañamiento y otras labores, también a las actividades de CODIGO DE POLICIA. De igual manera se tengan en cuenta todos los requisitos aplicables y que además que sea medible de conformidad con el numeral 6.2 de la norma 9001-2015.
- En aras de la trazabilidad de la información, se debe identificar, parametrizar y definir para efectos de registro SIP que es una ATENCION AL PUBLICO, QUE ES UNA ACTIVIDAD y COMO SE GENERAN LAS MISMAS, pues se ha encontrado en varios registros que en las atenciones se ingresan todo lo actuado y que la solicitud que realizó el usuario, no se evidencia. Generando confusión en el responsable, la trazabilidad en el seguimiento y el registro de lo actuado para el seguimiento al PAPO. Es caso de los servicios VERIFICACION DERECHOS HUMANOS ATENCION Nro. 859068624 y 859081411, las cuales ha pesar de existir solicitud de usuario, esta no se registró como tal.
- Establece la caracterización del proceso 9. CSUP001 UNIDAD PERMANENTE DERECHOS HUMANOS V2. En la secuencia del HACER como parte de sus actividades lo siguiente: "Atender la solicitud del usuario a través de los diferentes canales de atención: Personal, correspondencia, telefónica o por info; determinado y ejecutando acciones a seguir para la protección de derechos humanos. -Repartir o archivar la atención". De la entrevista se identificó que en la UNIDAD PERMANENTE DE DDH, se viene prestando otros servicios no identificados como es el amparo de pobreza y solicitud de defensor, entre otros. Estos servicios también son responsabilidad del proceso de ATENCION AL PUBLICO, quedando los mismos con dos líderes responsables, es pertinente dar claridad, pues esto ca en contra del

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
OFNITO CHI TUDAL DI AZALA LIDEDTAD			

principio establecido en la norma "ENFOQUE A PROCESOS", siendo la oficina de permanente otro punto más de atención al usuario como lo son los corregimientos y casas de justicia existentes.

- Al verificar las actuaciones dentro de los registros AP: 859065455 Y 859066740, son actuaciones registradas como DERECHO DE PETICION INTERNO, al revisar la información caso 859066740, encontramos que esta es una solicitud de acción de Tutela y la otra una verificación DDHH.
- Se recomienda generar parámetros Generales para el diligenciamiento del SIP, el uso de los formatos y el registro de la actuación SIP. Como evidencia se puede decir que la AP 859085460, es un derecho de petición, cuyo tema es CODIGO DE POLICIA, al revisar el documento que contiene la atención se trata de una petición con destino a sanidad tema de pensión. A I revisar las AP 859068273 y 8559068284, no tienen asociado informe. E usuario que se registra se llama VISITA DE VERIFICACION DE DDHH y/o PERSONERIA DE MEDELLIN en la atención al usuario. La atención AP: 859082350 se usa ell formato y el tipo de letra diferente al establecido por el SGC.
- Al ver las AP 859078494, 859085256, 859084973, se encuentra que son declaraciones de víctimas, que es uno de los principales servicios que se prestan en la entidad es el registro de víctimas, el cual se realiza la atención en primera instancia en forma virtual, además dice el procedimiento de atención Personal que puede ser manual a través del formato "Formularios Único de Declaración de Víctima" Pese a que se tratan de formatos que se utilizan en cada una de las atenciones de la entidad, los mismos no han sido controlados.

#### Unidad Protección del Interés Público

• Se evidencia en la norma interna NSIP001 de Protección del Interés Público, Acompañamiento a las sesiones Concejo de Medellín en el numeral 1.11.2 "Desde la UPIP, de acuerdo con el tema o la directriz del señor Personero(a), Personero(a) delegado(a) o responsable del servicio, se designa el proceso o servidor/ contratista que deberá realizar el acompañamiento y/o responder el cuestionario (si lo hubiera). La persona delegada, deberá elaborar conforme al SGC el informe de la reunión en el que incluye aquello que sea de interés de la entidad en caso de eventos de control político o donde se pronuncie la entidad de acuerdo a sus competencias y, en los eventos en que no sea de control

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
CENTRO CHI TURAL DI AZALA LIBERTAD			

Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47 <u>Línea Gratuita: 018000941019</u> Email: <u>info@personeriamedellin.gov.co</u> / Pág: <u>www.personeriamedellin.gov.co</u> político o no se pronuncie la entidad, se dejará registro en el formato determinado en el SGC, procediendo no solo a subirlo al sistema de información, sino también, a remitirlo al responsable del servicio cuando sea delegado.".

Al revisar el procedimiento PSIP004 Cubrimiento sesiones Concejo Municipal, nos encontramos en la secuencia 1: Determinar sesión a cubrir. Responsable Asesor del Personero y secuencia 2: Realizar reparto manual al funcionario asignado. Responsable Asesor del Personero; se observa una contradicción con los responsables de quienes deben iniciar este procedimiento con la norma interna del proceso.

#### Penal

- Al indagar por los servicios que se prestan en el Proceso Penal como son: VISITAS VERIFICACIÓN ADULTO MAYOR, REVISION DEBIDO PROCESO JUDICIAL y/o ADMINISTRATIVO, entre otros, es pertinente identificar en el manual listado de servicios las otras formas de prestación de los servicios.
- En el servicio de Asistencia a Cárceles, se debe reconsiderar las metas planteadas en el PAPO, pues las mismas no reflejan la realidad del que hacer del servicio. Lo mismo que para las intervenciones en Despachos judiciales.
- Dentro de las actividades del círculo de calidad, se debe hacer seguimiento a las tareas. Por lo general las tareas se deben verifican su cumplimiento en el siguiente círculo de calidad y no existen en los círculos de calidad realizados en el presente año evidencia de ello. Con esta actividad se asegura su cumplimiento.
- Al indagar por los servicios que se encuentran relacionados en el MANUAL LISTADO DE SERVICIOS, y al buscar los servicios que presta el Proceso penal, no existe un criterio para identificarlos e individualizarlos de los servicios existentes en el manual. Esto afecta el enfoque del proceso, pues los que se encuentran allí hacen relación a la Unidad para la Guarda y Promoción de los derechos Humanos que es un área de la entidad, igual ocurre con la norma interna, que no es del proceso, sino del área.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
CENTRO CHI TURAL DI AZALA LIBERTAR			

Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47

<u>Línea Gratuita: 018000941019</u>

Email: <u>info@personeriamedellin.gov.co</u> / Pág: <u>www.personeriamedellin.gov.co</u>

- Se debe replantear el objetivo del proceso y como hacerlo medible y que el mismo este articulado con la Norma Interna. La norma en su descripción legal señala que su origen es Constitucional y se actúa ante las autoridades judiciales o administrativas, cuando sea necesario en defensa del orden jurídico, del patrimonio público, o de los derechos y garantías fundamentales y además agrega que su política de intervención es como garantes de los derechos humanos y representantes de la sociedad, pero al revisar el objetivo del proceso, no están alineados.
- Es pertinente y en aras de la trazabilidad de la información identificar y diferenciar y definir para efectos de registro SIP que es una ATENCION AL PUBLICO, QUE ES UNA ACTIVIDAD y COMO SE GENERAN LAS MISMAS, pues se ha encontrado en varios registros que son ATENCIONES Y ACTIVIDADES con el mismo registro, lo cual genera confusión en el responsable de la trazabilidad en el seguimiento y el registro de lo actuado para el seguimiento del PAPO. Es caso del servicio VERIFICACION DERECHOS HUMANOS ADULTO MAYOR 859086983 v ATENCION 859071119 CONCEPTO PARA LA VENTA DE BIENES INTERDICTO.

# Disciplinarios

Dentro de la entrevista llevada a cabo con el líder del proceso y los personeros delegados 17D que lo acompañaron en las entrevistas, salen a flote, riesgos/oportunidades de relevante impacto para el mismo, como los siguientes:

- El proceso auditado ha recibido insumos o herramientas tecnológicas que no son usadas, lo cual implica el riesgo de violación de los principios de eficiencia de los recursos públicos y eficacia en la consecución de los logros y objetivos que se pretende obtener, tales como unas tabletas para firma digital que fueron adquiridas desde el año pasado, pero que aún no se han empezado a utilizar; también en años pasados se construyó una plataforma de consulta de procesos en línea que no se usó y que tomaba más importancia en el periodo de trabajo en casa y de las medidas de prevención de contagio del COVID 19.
- El sistema SIP del proceso de disciplinarios, tiene contemplado un sistema de alarmas del cual según la Norma Interna del proceso (NSDS001) es el personero Delegado 17D, el responsable de la

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD			

programación, verificación y atención, sin embargo, no se están usando adecuadamente y es desatendido, implicando la perdida de la eficacia del instrumento.

- En entrevista con los auditados, se señalan unos ajustes en documentos del SGC, a manera de ejemplo: PSDS001 DECISION INHIBITORIA en el cual se incluye un aparte de Definiciones, se menciona "Resolución inhibitoria" pero no la define, entre otros. Y además se hacen unas observaciones frente pertinencia de unas normas incluidas en el normograma del proceso contenido en la caracterización del proceso (CSDS007), lo cual sugiere un incumplimiento del numeral 7.5.2 de la NTC 9001: 2015.
- En la revisión del listado de formatos del proceso se observa una duplicidad de formatos que inducen a error, ejemplo de ello es: formatos FSDS010 SOLICITUD DE INFORMACIÓN DISCIPLINARIA, el FSDS031 SOLICITUD DE INFORMACION FSDS017 SOLICITUD INFORMACIÓN OFICINA DE TALENTO HUMANO, entre otros. Sumado esto, a que se crearon unos formatos durante la contingencia por el COVID19, que no fueron introducidos en los procedimientos del proceso.
- Revisado el SIP, se encuentran cerca de 450 repartos pendientes por realizar que incluso algunos presenta fecha de recepción los años 2015 y 2016, lo cual no da aplicación al atributo de la calidad OPORTUNIDAD del proceso.

## Vigilancia Administrativa

- Al realizar el análisis de los Negocios seleccionados aleatoriamente, ubicados es el Sistema de Información SIP, se pudo evidenciar la ausencia del análisis a los planes de mejoramiento, los cuales permiten evaluar si dicho plan de mejoramiento remitido por la dependencia, secretaria, o entidad no permite una posible materialización del hallazgo, igualmente, si las acciones a implementar están acorde al hallazgo u observación detectado, asimismo, conocer la eficacia de las mismas. Revirtiendo la Norma técnica ISO 9001:2015 requisito 6.1.2 literales b) numerales 1 y 2.
- En los Negocios 859030118, 859037004, 859015698, 859008162, 859014101, 859060221, 859060750, 859069521 revisados en el SIP, no se evidencia en las comunicaciones, soporte de correo electrónico o guía

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD			

de envío para el usuario y/o demás entidades, los cuales comprueben su remisión, aunque se podrían obtener en los expedientes físicos, es conveniente que dichos soportes sean vinculados en el SIP con el objetivo de tener una conservación segura de las constancias o comprobantes al requerirse en un momento determinado. Contraviniendo la Norma Técnica ISO 9001:2015 requisito 7.4 literales b) y d).

## Planificación institucional

Durante la verificación de las normas, procedimientos y requisitos que aplican al Proceso Planificación Institucional, se evidenció que:

- La Norma de planificación NDPI003, tiene codificado o clasificado bajo una lista multinivel así
  - 1. "GRUPOS DE TRABAJO Y CÍRCULOS DE CALIDAD", de donde se desprenden:
  - 1.1 Grupo Primario por Proceso
    - 1.2 Círculos de Calidad
    - 1.3 Otros equipos
    - 1.4 Aspectos Generales
  - 2. GESTIÓN DEL RIESGO
  - FORMULACIÓN DE LOS DIFERENTES PLANES.
  - 4. PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN PARA ACTUALIZACIÓN DE LA PAGINA WEB

A renglón seguido, la descripción y definición de cada uno de ellos dejan entrever una incomprensión frente a los Círculos de Calidad, pues no es claro, si están dentro del multinivel de los Grupos de trabajo o serían un numeral a parte porque son una herramienta del proceso que le permite a quienes intervienen en él, trabajar en busca del mejoramiento continuo.

Las codificaciones en la descripción de los procedimientos no guardan las secuencias numéricas, es decir no son ordenados según una regla fija que permitan seguir una secuencia para hallar los siguientes números ascendente o descendente, lo anterior aplica también par los demás documentos como en la descripción de los formatos; por ello la organización debe determinar la secuencia, los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que, tanto la operación como el control de los procesos sean eficaces.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
CENTRO CHI TURAL DI AZALA LIBERTAR			

- En el procedimiento PDPI001, Elaboración de Documentos, numeral 6 HISTORIAL, versión 1, Resolución 303, en el espacio de la naturaleza del cambio se encuentra en blanco, por lo tanto, es necesario determinar si aun aplica o de lo contrario retirar la versión.
- Dentro del procedimiento PDPI008, el objetivo no es coherente con el título y método, razón por la cual es necesario mejorar la redacción para una mejor comprensión en la información documentada que la entidad debe tener de acuerdo con la norma internacional ISO NTC 9001-2015.
- La norma internacional ISO NTC 9001-2015, dice que la Alta Dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con el SGC; debe establecer, implementar y mantener un política de calidad y esta debe estar disponible, ser comunicada, entendida y aplicada en la organización, si bien los cambios presentados dentro del SGC han sido comunicados y se encuentran disponibles, ha faltado asegurarse que los mismos sean entendidos, por lo que se recomienda unas jornadas pedagógicas de Dirección sensibilización donde la Alta asegure responsabilidades pertinentes atribuidas, sean comunicadas ٧ entendidas en la organización.

## Gestión Documental

Dentro de la entrevista llevada a cabo con los profesionales-contratistas que gestionan el proceso, salen a flote, riesgos/oportunidades de relevante impacto para el mismo, como los siguientes:

- El sistema interno de información de la Entidad (SIP) actualmente no cumple con requisitos que soporta las actividades de gestión documental, lo cual lo hace vulnerable a un posible incumplimiento del principio de Modernización del proceso documental. Por otro lado, las áreas y dependencias no actúan coordinadamente en torno al acceso y manejo de la información que custodian con miras a garantizar la no duplicidad de acciones frente a los documentos de archivo y el cumplimiento de la misión de estos, lo cual conlleva el riesgo de violación del principio de Coordinación y acceso que rige el proceso documental; principios contemplados en el artículo 2.8.2.5.5. del Decreto 1080 de 2010.
- Actualmente se adelanta la adopción e implementación del Manual interno de PQRSD y la ventanilla única, actividades que comprenden

PROYECTÓ: RAI	BUITRAGO	REVISO: LFORT	IZ
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD			

Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 4

acciones de diferentes áreas de la Entidad, pero que impactan al proceso auditado, sin embargo, a la fecha el Manual no ha sido implementado ni socializado en la Entidad, sugiriendo un riesgo de incumplimiento de la ley 1712 de 2014 y el artículo 22 de la Ley 1437 de 2011 (sustituida por artículo 1 de la Ley 1755 de 2015).

- Se presenta una deficiencia en el personal del proceso, tanto porque los servidores adscritos al mismo no están prestando sus labores por la contingencia sanitaria como por la falta de personal de planta responsable del archivo central, y que dicha labor se encuentre solo bajo la responsabilidad de contratistas, los cuales tienen una alta rotación dada el corto plazo de los contratos. Esta situación se presenta como un riesgo a la normatividad archivística vigente.
- Dado las amenazas identificadas en el proceso que son persistentes, las no conformidades de auditorías internas de calidad y la realidad de la gestión archivística la entidad tiene un alto riesgo a ser objeto de las sanciones por parte de organismos de control, por el incumplimiento de la normatividad archivística vigente, contempladas en el artículo 35 de la Ley 594 de 2000 y el régimen disciplinario.

#### Gestión del Talento Humano

Se evidenció que el proceso ha incluido nuevos formatos en el SGC tales como: certificación laboral para servidores (FGTH044), 3 sobre teletrabajo (FGTH039 al FGTH041), uno sobre evaluación de provisionales (FGTH004), uno sobre practicantes (FGTH016) al revisar el motivo sólo indica mejoramiento, y al verificar a que procedimiento se asocia, no se encuentra relación, lo cual podría generar riesgo en cuanto a Control de información documentada numeral 7.5.3.2 de la norma ISO 2001-2015.

## Gestión Jurídica

 Mejora en los sistemas de alertas, que se viene implementando para el cumplimiento efectivo de los términos de respuesta.

## Satisfacción de las partes interesadas

 Dentro de la entrevista llevada a cabo con el líder del proceso y la contratista que se asignó para hacer seguimiento al proceso Satisfacción

PROYECTÓ: RA	BUITRAGO	REVISO: LFORT	IZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7	
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020	
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD				
Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47				

Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 4'
Línea Gratuita: 018000941019
Email: info@personeriamedellin.gov.co / Pág: www.personeriamedellin.gov.co

de las partes interesadas, salen a flote, riesgos/oportunidades relevantes para el mismo, tales como: determinar más sitios de Atención donde estarán ubicados los buzones, así como la asignación del servidor público que se encarque del seguimiento toda vez que la entidad cuenta con varios puntos de atención personal, o puede incluirse para el seguimiento de las percepciones del usuario, las encuestas que sirven como retroalimentación del usuario que interactúa con la entidad, posible evidenciándose que puede hacerlo vulnerable а un incumplimiento a la norma Internacional NTC ISO 9001:2015. del numeral 9.1. Por lo que se comprometen en gestionar ante Personería Auxiliar y comunicaciones.

- Actualizar las diferentes formas de atención de las (PQRSRD), teniendo en cuenta que en la actualidad se tiene como una de las formas de atención, el fax, y este se encuentra en desuso
- En entrevista, se evidenció que las tareas de implementación del Manual interno de PQRSD comprenden acciones de diferentes áreas de la entidad, además del proceso auditado, lo que trae como consecuencia que a la fecha el Manual no ha sido implementado ni socializado en la entidad, generando un riesgo para la entidad, contrariando los numerales 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, Enfoque al cliente y 7.5.3, de la NTC ISO 9001:2015 Control de la información documentada.

## **NO CONFORMIDADES**

#### Conciliaciones

No se evidenciaron

#### Atención al Público

Se evidencia en las siguientes atenciones incumplimiento al atributo seguridad, que se contempla en Manual listado de servicios MDPI006: "Se garantiza la conservación de la información en copia electrónica.

Se digita correctamente y claramente todas las ventanas del sistema de información

PROYECTÓ: RA	BUITRAGO	REVISO: LFORT	IZ
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD			

Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47 Línea Gratuita: 018000941019
Email: info@personeriamedellin.gov.co / Pág: www.personeriamedellin.gov.co

Se radica en el sistema de información el documento generado en la atención.

Se verifican los datos del destinatario del documento, para un correcto direccionamiento"

Atención 859049029 Se trata de una asesoría y se diligencia como acción de tutela

Atención 859085720 Se trata de una asesoría y se diligencia como acción de tutela

Atención 859084357 Se trata de una acción de tutela y se diligencia como derecho de petición

Atención 859080895 Se trata de una asesoría y se diligencia como acción de tutela

Atención 859082555 Se trata de una asesoría y se diligencia como acción de tutela

Atención 859091184 Se trata de una asesoría y se diligencia como acción de tutela

Atención 859085018 No está vinculado derecho de petición al sip Atención 859091397 No se vincula acción de tutela al sip, ni se llena información en comprometidos, solución, resumen del proceso, actividades.

- Se evidencia no cumplimiento de la norma NDPI003 Norma planificación Institucional en el numeral 1.2 Círculos de calidad Programación (# sesiones, responsable programar reuniones) Los círculos de calidad, sesionarán de manera mensual y podrán ser presenciales o virtuales. El líder del proceso es responsable de programar reuniones. En este proceso solo se han realizado 2 círculos de calidad en el año 2021 (acta 1 del 5 de febrero del 2021 y acta 2 del 14 de mayo del 2021). De igual manera se utilizó para el acta 01 del 2021 formato FDPI008 versión 8, siendo el formato correcto el FDPI061 versión 5 Acta Circulo de calidad.
- Se evidencia que, a la fecha de la auditoria, día 26 de mayo del 2021, no se encontraba medido el indicador del segundo bimestre del 2021 del proceso de atención al Público, ni se observa plan de mejoramiento por el no cumplimiento del mismo, presentándose incumplimiento del numeral 9.1 Seguimiento medición análisis y evaluación de la ISO 9001-2015.

PROYECTÓ: RAI	BUITRAGO	REVISO: LFORT	IZ
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
OFFITTO OUR TURN, BUATALA LIBERTAR			

#### Unidad Permanente DDHH

Por la contingencia que se está viviendo en salud y social, la prestación del servicio se ha afectado, lo cual se ha visto reflejado en el cumplimiento del PAPO.

Al indagar como se gestionó el riesgo y como se identificó, trató los mismos por la presente emergencia en salud y social por las protestas (datos e informes), no se evidencia identificación de acciones para abordar los riesgos y oportunidades con el fin de prevenir y reducir efectos no deseados que se generaron con la presente emergencia y tampoco la eficacia de las mismas, incumpliendo con ello el numeral 6.1.1 Lit. C) y 9.1.3 Lit e), tampoco se identifica ni tratan los riesgos anticorrupción y de atención al ciudadano, a pesar de que el proceso está basado en la atención al público.

- Las atenciones al público Nros. 859068624, 859081411 y 859068619, entre otros, son registros con actuaciones de servicios referentes al código de policía. Al consultar el PAPO existe una hoja cuya actividad principal tiene que ver con el servicio de código de policía, siendo asignado al proceso UNIDAD PERMANENTE DE DDH, pero al revisar los diferentes documentos del SGC, en ninguna parte este servicio se encuentra identificado y definido los requisitos para prestar el servicio a pesar que nuestras actividades son definidas en la ley, en especial en la ley 1801 de 2016 y art. 178 numeral 7 del a ley 136 de 1994. Lo anterior contraria el numeral 8.2.2 literal a) numerales 1 y 2. Igual sucede con los servicios de: Visitas de reacción, reacciones, recorridos de ciudad, acompañamiento a los plantones, no están identificadas y definidas dentro del SGC y sse deben de realizar a través del procedimiento establecido dentro del proceso de planificación institucional en el sistema de gestión denominado creación de un nuevo servicio (PDPI006).
- Atendieron las entrevistas de las auditoria interna las abogadas designadas por el líder del proceso, ellas son: Marileydi Rengifo Mosquera - Abogada, Maria Clara Sierra Serna - Abogada, Beatriz Eugenia Zuluaga Jaramillo – Abogada, Sonia Peña Rentería – Abogada. Al indagar por su vinculación y cual era su actividad manifestaron que no tienen contrato, incumpliendo con lo señalado en el numeral 7.1.2. Personas que la organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de calidad y para la operación y control de su proceso.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ		
CODIGO	FDPI014	VERSION	7	
RESOLUCION 324 VIGENCIA 27/07/2020				
CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD				

- De la entrevista realizada, se evidenció la conformación de la conformación física de carpeta por el usuario de los usuarios Yirley Atheortua CC 1017142502; Raul de Jesus Zapata Valdes CC 98571539 y Raul de Jesús Zapata CC 98571539, entre otros. Al preguntar por las evidencias que soportan esta actividad no existe soporte sobre ello contrariando el numeral 7.5.3.2 Lit. b) de igual manera de diligencia un registro sin control para recibirlos en el archivo de gestión.
- Al indagar por los círculos de calidad del presente año, se evidencia que no se hace seguimiento y medición al proceso, a pesar de que el numeral 9.1.1 de la norma ISO 9001-2012 lo establece.
- Al indagar por los planes de mejoramiento no se evidencia acciones de seguimiento a los mismos, incumpliendo con el numeral 10.2.1 literal d) de la norma ISO-9001-2015

## Unidad Protección del Interés Público

Se evidencia en las siguientes atenciones, violación a los atributos de la calidad del servicio en el procedimiento efectividad al derecho de petición (pertinencia, legalidad, confiabilidad, seguridad): Se observa que no cuentan con ningún evento, no tienen documentos

vinculados, no se conoce la solución dada al caso, no se cumplen los términos establecidos en este procedimiento.

#### Atenciones:

859062597 inicio 21-12-2020 859054062 inicio 10-11-2020 859055231 inicio 17-11-2020 859059982 inicio 09-12-2020

En las atenciones incumplimiento siguientes se presenta procedimiento Efectividad al derecho de petición PSIP001 en la secuencia 9: "Archivar la atención en el sistema de información de la Personería al haber transcurrido tres (3) meses desde la elaboración o recepción del derecho de petición en la Personería de Medellín". Lo que a su vez es una violación al atributo legalidad.

#### Atenciones:

859056579 inicio 23-11-2020 859056331 inicio 20-11-2020

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION 324 VIGENCIA 27/07/2020			
CENTRO CHI THRAL DI AZALA HREDTAD			

```
859056277 inicio 20-11-2020
859055628 inicio 18-11-2020
859055231 inicio 17-11-2020
859051725 inicio 30-10-2020
859051514 inicio 29-10-2020
859050957 inicio 28-10-2020
859050320 inicio 26-10-2020
859049942 inicio 31-10-2020
859049061 inicio 20-10-2020
859049039 inicio 20-10-2020
```

Se evidencia en las siguientes atenciones incumplimiento procedimiento reclamación y seguimiento a derechos del consumidor PSIP 003 en su secuencia 4:

"Vencido el término de quince (15) días hábiles para que la persona natural o jurídica de respuesta, comunicarse telefónicamente con el usuario o proveedor para obtener información referida al trámite y/o solución del reclamo". Observándose incumplimiento en el término que aquí se propone.

Atención 859063583 se reparte el 30 de diciembre del 2020 se contacta a la usuaria el 15-03- 2021.

Atención 859067406 se reparte el 26-01-2021 se realiza llamada telefónica a la usuaria el 14-04-2021

Atención 859068371 se reparte el 29-01-2021 y se establece comunicación el 25-03-2021

#### Penal

Por la contingencia que se está viviendo en salud y social, la prestación del servicio se ha afectado, lo cual se ha visto reflejado en el cumplimiento del PAPO. Por ello al indagar como se gestionó el Riesgo dentro del mapa de Riesgos del proceso y como se identificó y tratamiento los mismos por la presente emergencia en salud y social por las protestas (datos de informes), no se videncia identificación de acciones para abordar los riesgos y oportunidades con el fin de prevenir y reducir efectos no deseados que se generaron con la presente emergencia y tampoco la eficacia de las mismas, incumpliendo con ello el numeral 6.1.1 Lit. c) y 9.1.3 lit. e).

PROYECTÓ: RAI	BUITRAGO	REVISO: LFORT	IZ
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
OFFITTO CHILTIPAL DI ATALA LIDERTAR			

CENTRO CULTURAL PLAZA LA LIBERTAD

Carrera 53A N° 42-101 / Conmutador +57(4)384 99 99 - Fax +57(4) 381 18 47

- Las atenciones al Público Nros. 859065274 y 859067588, son registros de derecho de petición interno, De la lectura de cada uno de ellos, se infiere que se trata de registros referentes al servicio de CAPACIDAD LEGAL DE LAS PERSONAS establecidas en la ley 1996 de 2017, como de competencia de la Personería. Pese a que el Personero en comité de alta Dirección ordenó prestar el servicio y efectivamente se hace. Resulta que la ley lleva dos años de expedida y a la fecha no se han definido los requisitos legales ni los necesarios por la organización, para ofertar el servicio. Lo anterior contraviene el Numeral 8.2.2 Lit a). de la Norma ISO 9001-2015, que exige que los mismos deben ser determinados.
- Para determinar los requisitos del servicio de Asistencia e intervención en Despachos Judiciales y Administrativos, Señala la Norma interna NS(AP-UP-PE)001 NORMA GUARDA Y PROMOCION DE DERECHOS HUMANOS (5) V-21 en el numeral 10.3 dice: "Toda intervención del Personero Delegado 17D o 20D, dentro del proceso de Asistencia e intervención en Despachos Judiciales, debe registrarse en el sistema de información como "ACTIVIDADES" Al consultar por las actividades que garantizan la preservación del proceso penal durante el año 2021, no existen actividades. al indagar las razones por la no existencia señalan que las mismas se vienen registrando como atenciones al Público, cuando este servicio esta reglamentado que se presta como actividades, lo anterior contraviene el numeral 8.2.2 y 8.5.2 de la Norma ISO-9001-2015. el cual señala que la organización debe asegurarse que cumple con la reglamentación de sus servicios que presta y se garantiza única de las salidas para controlar su trazabilidad.

# Disciplinarios

- De las 10 atenciones revisadas físicamente y confrontadas con el SIP 859028049. 859050196. (858939941. 858970948. 859025488. 859076298, 859071565, 858941307, 859009925 y 859031485), donde se vinculan procesos disciplinarios, en la totalidad de ellas se encuentran las inconsistencias en referencia al control de las versiones:
  - a) Todas las atenciones presentan formatos vinculados (registros), asociados a eventos como Auto de indagación preliminar, Citación para notificar, notificación personal, solicitud de información, auto que decreta prueba, entre otros, contienen el cuadro al pie de página con una versión no vigente según la fecha de prestación del servicio.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION 324 VIGENCIA 27/07/			
CENTRO CULTURAL DI AZALA LIBERTAD			

(Ejemplo: auto de indagación preliminar 858939941 del 22 de mayo 2019 el cuadro de control indica que es la versión 2, Res. 304 del 16/06/2016; Solicitud de información 859028049 del 12 de feb de 2021 se ejecuta en versión 3 Res. 271 del 12/06/2018 cuando estaba vigente la versión 6 Res. 570 del 21/12/2020; 859050196 citación a notificación 1 de febrero 2021 se usó versión 2 Res. 304 del 14/6/2016 cuando la versión vigente era 7 Res. 570 del 21/12/2020; 859071565 Citación a declaración servidor público 27 de abril de 2021 se realizó en versión 2 Res. 304 del 14/6/2016, pero la vigente era la versión 6 Res. 570 del 21/12/2020; 859031485 2 formatos de Notificación personal del 15 y 18 de septiembre de 2020, se utiliza formato en versión 2 Res. 304 del 14/6/2016, cuando la vigente es la versión 6 Res. 324 del 27/7/2020)

- b) En tres (3) de diez (10) procesos revisados se encuentra el uso de formatos errados en eventos como en la atención 858970948 Solicitud de información en la atención del 6 de mayo y del 10 de sept. de 2019 FSVC021, Citación a diligencia disciplinaria del 10 de sept 2019 citando FSVC021 cuando el indicado era FSVC036; en la atención 859076298 Auto Que Decide Sobre Acumulación Procesos del 20 de mayo de 2021 formato errado FSVC009, formato indicado FSDS035 versión 7 Res. 570 del 21/12/2020; en la atención 858941307 se citó el formato FSVC039 (V.2 Res.304 del 14/6/2016) cuando el indicado era FSVC041 versión 6 Res. 324 de 27/7/2020.
- c) Se presentan formatos sin cuadro de control de cambios como evidencia de ello, se presenta 858939941 notificación personal del 16 de agosto de 2019; 859071565 Auto que decreta pruebas; 858941307 Constancia de no comparecencia, 859031485 Auto de indagación preliminar 15 sept 2020.

Estas situaciones evidencian incumplimiento de la norma NTC ISO 9001:2015 específicamente del numeral 7.5.3. Control de información documentada.

 En la revisión física de procesos, se advierte que en los 10 procesos revisados se presenta un incumplimiento al requisito de la Norma Interna del proceso NSDS001 en el capítulo CONFORMACION Y TRATAMIENTO DE EXPEDIENTES que señala "La Averiguación disciplinaria se debe llevar en original y copia electrónica. En todo momento los expedientes deben coincidir en cuanto al número de folios y

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION 324 VIGENCIA 27/07/2020			
CENTRO CHI THRAL DI AZALA HIBERTAD			

contenido de los mismos. (...) Siempre que se produzca un documento en la averiguación disciplinaria debe anexarse el original al expediente, y escanearlo a fin de vincular la imagen al expediente para confirmar la copia electrónica. Cuando se trate de documentos recibidos externos, se deberá proceder a escanear el documento con el fin de vincularlo al expediente electrónico". Evidencia de lo anterior, se tiene que en atención 859076298 no está escaneado el auto de indagación preliminar que tiene la firma del Delegado 17D; 858939941 no se encuentra vinculada al SIP documentación recibida el 24/07/2019 20190140737709RE, atención 858970948 Auto que ordena continuar el trámite de una averiguación disciplinaria (29 sept 2020) solo existe en el SIP; 859028049 no se escanearon documentos entregados en Versión libre; 859050196 en el SIP se encuentra creado un evento "Solicitud a METROSALUD" pero no existe en el expediente original (físico); 859025488 existen unos documentos sin radicado ni están vinculados en el SIP; 859071565 no se vincula al SIP el documento que da inicio a la actuación (queja o informe); 859009925 tiene documentación recibida que no está vinculada al SIP y se encuentra un CD suelto, entre otros.

- En la atención 859009925, se dictó el 13 de mayo de 2021 el Auto que decreta y niega unas pruebas pedidas por el investigado o su apoderado, pero señaló que contra dicha decisión no procedía recurso lo anterior se presenta como un incumplimiento al artículo 113 de la ley 734 de 2002.
- En entrevista con los auditados se advierte que el proceso cuenta con un único usuario plataforma Google para la (disciplinarios@personeriademedellin.co) por la cual se realizan las diligencias de manera remota (virtualidad) durante la contingencia por el COVID 19, sin embargo, se encuentra que en los videos de dichas diligencias quedan en una bandeja de correo electrónico al cual tiene acceso todos los delegados e incluso personas externas al proceso, violando la reserva legal de los procesos disciplinarios y el requisito de la Norma Técnica 9001:2015 numeral 7.5.3.1 literal b)
- Actualmente tanto las audiencias de procesos verbales como las diligencias de práctica de pruebas realizadas virtualmente, no se pueden vincular al SIP, con un alto riesgo de pérdida. Esto incumple con la Norma Técnica 9001:2015 numerales 7.5.3. y 7.1.3

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
OFNITO OUR TUDAL DI AZALA LIDEDTAD			

## Vigilancia Administrativa

Al revisar los Negocios 859030118, 859037004, 859015698, 859008162, 859014101, 859060221, 859060750, 859069521 ubicados en el Sistema de Información SIP, se observan las siguientes situaciones: no se encuentran la comunicación al usuario traslado de comunicación a la entidad vigilada, comunicación al quejoso sobre resultado de la vigilancia, comunicación al usuario inicio de la vigilancia, traslado de comisión vencido el término inicial y el de la prórroga y asignación de nueva prórroga al nuevo profesional Universitario designado, versiones desactualizadas en los documentos. Revirtiendo la Norma Interna NSVA001 y la Norma Técnica ISO requisito 7.5 literal b).

## Planificación Institucional

- Se evidencia que, a la fecha de la auditoría, día 20 de mayo de 2021, los indicadores de algunos procesos no se encontraban medidos. presentándose incumplimiento del numeral 9.1 Seguimiento Medición Análisis y Evaluación de la NTC ISO 9001: 2015, y del numeral 6 de la norma MDPI003, Manual Indicadores de Gestión.
- Se evidencia que los formatos relacionados con hipervínculos no dejan manipularse, poniendo en riesgo la información documentada y contraviniendo la norma internacional NTC ISO 2015:2015 numeral 4, y la Norma NDPI001.

## Gestión Documental

- Se evidencia falta de actualización de las tablas de Retención Documental (TRD) que actualmente se aplican en la entidad, lo cual sugiere un incumpliendo lo dispuesto en el Plan Institucional de Archivos PINAR y el artículo 23 del acuerdo 004 de 2019 emitida por el Archivo General de la Nación.
- Se presenta un incumplimiento de lo señalado en el artículo 13 de la Ley 594 de 2000, relacionado con las obligaciones que tiene la Administración de garantizar los espacios y las instalaciones necesarias para el correcto funcionamiento de sus archivos, de acuerdo a especificaciones técnicas existentes sobre áreas de archivos, evidencia de ello:

PROYECTÓ: RAI	BUITRAGO	REVISO: LFORT	IZ
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
OFFITTO OUR TURN BUATALA URERTAR			

- a. En entrevista con los Profesionales-Contratistas del proceso, estos indicaron, que en su concepto técnico, los espacios e instalaciones actuales (sede central de la Personería y sótano de la Alcaldía) no cumplen con las condiciones necesarias como capacidad de almacenamiento, humedad y temperatura adecuadas, se trata de espacios en sótano, expuestos a emisión de residuos de humo de vehículos, entre otras amenazas.
- b. Igualmente, manifestaron que en relación con el archivo de gestión se encuentra que con el cambio de módulos de trabajo, las áreas y dependencias de la entidad no tienen espacio para la custodia del archivo de gestión durante el término señalado en las TRD de forma que se garantice la seguridad y con un alto riesgo de pérdida o destrucción.
- Se evidencia un incumplimiento de lo dispuesto en el parágrafo del artículo 11 de la Ley 1409 de 2010, en cuanto no se exhibe en sitio visible en un lugar visible del archivo el Código Deontológico o Código de Etica, para conocimiento de sus Funcionarios y Usuarios en general.
- De los nueve (9) instrumentos archivísticos para la gestión documental, establecidos en el artículo 2.8.2.5.8 del Decreto 1080 de 2010, el proceso de Gestión Documental se desarrolla sin cuatro de ellos, a saber: El Programa de Gestión Documental (PGD), los bancos terminológicos de tipos, series y sub-series documentales, los Flujos documentales y las Tablas de Control de Acceso para el establecimiento de categorías adecuadas de derechos y restricciones de acceso y seguridad aplicables a los documentos. Sumado a ello, el modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos. Esta situación además de incumplir el Decreto compilatorio, contraviene lo dispuesto en el PINAR de la Entidad.
- La actividades a corto plazo de los planes y proyectos contenidos en el Plan Institucional de Archivos PINAR, presentan retrasos en los plazos allí estipulados, entre ellas: Elaborar el Programa de Gestión documental (PGD) (2 enero a 31 de diciembre de 2020); actualizar tablas de retención documental (2 de enero a 30 de junio de 2020); elaboración del diagnóstico integral de conservación (2 febrero a 30 junio de 2020); Formulación de los planes del sistema integrado de conservación (30

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION 324 VIGENCIA 27/07/2020			
CENTRO CHI THRAL DI AZALA HIBERTAD			

junio a 31 de diciembre de 2020); y Adopción del sistema integrado de conservación a través de acto administrativo (31 diciembre 2020).

## Gestión del Talento Humano

- El 27 de abril de 2021, en entrevista a la líder de gestión del Talento humano, se evidenció que en la Caracterización del proceso CGTH001 (versión 2 del 21 de diciembre de 2020) en el objeto y alcance no se incluye lo relacionado con la desvinculación del personal, así mismo se evidenció que en el normograma se encuentran cuatro (4) documentos derogados y en documentos asociados, cuatro (4) procedimientos relacionados carecen de vigencia dentro del SGC, lo cual genera incumplimiento a los numeral 4.4.1 y 7.5.3 de la norma ISO 2001-2015.
- En la entrevista, al indagar sobre las actividades establecidas para el proceso Gestión del Talento Humano, se compartió documento que se encuentra publicado en el SGC con el nombre "PA-PO Talento Humano 2021", en el que se evidenció la ausencia de actividades que se encuentran a cargo del proceso, tales como: Reporte de información en SIGEP (OCI en INFORME DE EVALUACION GESTION POR DEPENDENCIAS 2020) y Gestión Transparente; registro de información en SIMO; registro de información de comisión de Personal en aplicativo de la CNSC y de comisiones de servicios ante Presidencia de la República, expedición de certificados, tramite de Derecho de Petición Interno, prácticas laborales, entre otras, lo cual genera incumplimiento al numeral 6.2.2 de la norma ISO 2001-2015.
- En la Auditoria 2021 al proceso Gestión del Talento Humano, producto de las entrevistas realizadas y de la revisión de la información recibida a través del correo, se evidenció que:
  - a) La Hoja de Control de las historias laborales carece de actualización. falta el Inventario Unico Documental de los expedientes de historias laborales bajo su custodia y en los documentos del SGC falta incluir las disposiciones del Archivo General de la Nación respecto a las historias laborales, tal como se afirmó en correo del 6 de mayo de 2021 9:57 a.m. con asunto RV: Evidencias auditoria Alejandra Chamorro Auditoria Talento Humano 2021, tal como lo especifica la Circular 004 de 2003 del Archivo General de la Nación:

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ	
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020
CENTRO CLUTURAL DI AZALA LIBERTAR			

- b) Se expidió la Resolución 460 de 2020 (mejor auditor) tomando como base el artículo 61 de la Resolución 063 de 2019 (considerando 5), sin tenerse en cuenta que el mismo fue derogado por el artículo segundo de la Resolución 196 de 2019;
- c) De las historias laborales digitales recibidas por correo el viernes, 30 de abril de 2021 9:27 a. m. con asunto Evidencias auditoria Alejandra Chamorro Auditoria Talento Humano 2021, uno (1) de los tres (3) expedientes revisados (Jesús Albeiro Mesa Andrade) carece de documento que dé cuenta de la aceptación del cargo por parte de la persona nombrada, al indagar se constató que no se cuenta con éste, en inobservancia de lo establecido en el numeral 1.2 Selección y vinculación de servidores de la Norma del proceso (NGTH001);
- d) Se implementó en el SGC formato para la evaluación de los provisionales (FGTH004) actualmente en versión 3 fechado con Feb 5 del 2021, sin que en sus cinco (5) hojas se haga la indicación específica de que en ningún caso la aplicación de este instrumento genera los privilegios que la ley establece para los servidores de carrera administrativa, tal como se indica en el criterio unificado de la CNSC "evaluación funcionarios vinculados en nombramiento provisional" del 5 de julio de 2016;
- e) Del documento "5. Consolidado reconocimientos entregados enero a diciembre de 2020", al indagar en la entrevista se constató que seis (6) de los once (11) estímulos a la educación superior reconocidos en el 2020 mediante resolución, carecen de la verificación posterior del cumplimiento del artículo 26 de la Resolución 063 de 2019, en especial lo relacionado con la exigencia de acreditar al finalizar el semestre la aprobación de todas las materias matriculas (Ej. Resolución 063 de 2020- funcionario que no continuó en la entidad);
- f) Del documento "5. Consolidado reconocimientos entregados enero a diciembre de 2020", al indagar dos (2) de los cuatro (4) reconocimientos por Capacitación individual a realizarse en fecha posterior al pago, entregados mediante resolución entre agosto y diciembre de 2020, no cuentan con la verificación del cumplimiento de asistencia al 80% de la capacitación programada, establecido en artículo 9 de la Resolución 063 de 2019.

PROYECTÓ: RAI	BUITRAGO	REVISO: LFORT	IZ
CODIGO	FDPI014	VERSION	7
RESOLUCION 324 VIGENCIA 27/07/2020			
OFNITO OUR TUDAL DI AZALA LIDEDTAD			

- g) Del Procedimiento de Selección y vinculación de servidores públicos (PGTH001), al constatar con informado en la entrevista, se encontró que siete (7) de veintidós (22) secuencias no se ejecutan tal como está determinado: un formato no se diligencia, el Personero no firma el acta de posesión, ni la novedad, desde talento humano no se remite correo a todos los servidores con bienvenida al nuevo servidor, no hay evidencia de correo a recursos logísticos, ni correo al conmutador, entre otras (1-FGTH036, 9 Acta de posesión Personero, 14 novedad a Personero, 17 correo con bienvenida, 18, 19, 21);
- h) En la vigencia 2021, se han realizado sólo dos círculos de calidad (001- 12 de febrero y Acta 002 del 14 de abril de 2021), contrario a la establecido en la norma de Planificación Institucional (NDPI003) en su numeral 1.2;
- i) Se expidieron cinco (5) de siete (7) comunicaciones internas entre abril y mayo de 2021 relacionadas con Medidas Contención Covid 19, en versión diferente a la vigente y sin la debida vinculación en el sistema de información de la entidad;
- j) De un total de siete (7) resoluciones revisadas, se encontró que: tres (3) de nombramiento (81, 92 y 103 de 2021) se elaboraron en formatos (FDPI022 y FDPI032) diferentes al establecido en la secuencia 3 (PGTH001) del Procedimiento de Selección y vinculación de servidores públicos (FGTH001); una (1) resolución de capacitación (381 de 2020) el formato en que se elaboró (FDPI022) tiene versión no vigente (6 y ya estaba aprobada la v8 desde julio de 2020); y tres (3) resoluciones sobre vacaciones, licencia remunerada por luto y permiso remunerado (003, 029, 097 de 2021) fueron suscritas por el (la) Personera Auxiliar, contrario a lo establecido en el procedimiento Vacaciones y licencias (PGTH009) donde se indica que éstas las firma el Personero.
- k) En el procedimiento del Programa de entrenamiento (PGTH003) en la secuencia 8 se relaciona un formato del que no se encontró registro (FAHJ017), caso igual sucede en el procedimiento Plan anual de bienestar social (PGTH005) donde figuran documento que no se encuentran dentro del SGC (Ej: FAHJ029, PARF001, FAHJ053, FATH030..);

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ		
CODIGO	FDPI014	VERSION	7	
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020	
CENTRO CLUTURAL DI AZALA LIDERTAR				

Línea Gratuita: 018000941019

- I) Como registro de la ejecución del Plan Institucional de Capacitación 2020 se recibió por correo con asunto: "el informe final plan institucional de capacitación (FGTH011) e informes finales de un programa de capacitación (FGTH007)", en el que se verificó el diligenciamiento del formato FGTH011, tomando como base la información de diferentes Informes finales de programas de capacitación (FGTH007), sin embargo, en el procedimiento vigente Plan institucional de capacitación (PGTH004) la realización de éste informe no se encuentra relacionada en las secuencias; de igual manera se constató que se la elaboran resoluciones de reconocimientos de capacitación individual, actividad que no se encuentra en las secuencias del procedimiento mencionado;
- m)Respecto a la evaluación de desempeño laboral de los servidores en periodo de prueba o carrera administrativa, se hace seguimiento en documento "EVALUACION DE DESEMPEÑO 2020-2021", sin embargo, 1 de 51 servidores carecen de evaluación del 2do semestre y definitiva del periodo 2020-2021 y, 1 de 57 servidores se registran sin concertación de compromisos 2021-2022, ambos con vencimiento del 19 de febrero de 2021 (Acuerdo 617 de 2018);
- n) Las historias laborales que se digitalizan sólo se ubican en carpeta compartida, sin vincularse en el Sistema de Información de la Personería- SIP, a pesar de que se cuenta con el módulo Talento Humano del SIP (sólo hasta 2017 se realizó la actualización) y que el procedimiento Vacaciones y licencias (PGTH009) en su secuencia 24 lo establece.
- o) A través del correo electrónico de la líder del proceso se remite a la Alcaldía archivo con reportes para pago en nómina de los reconocimientos de bienestar, sin embargo, en el procedimiento Plan anual de bienestar social (PGTH005) se indica que el trámite se hace a través de financiera:

Todo lo anterior, genera incumplimiento a los numerales 8.2.2 (determinación de los requisitos), 8.2.3 (Revisión) y 9.1.3 (análisis y evaluación) de la norma ISO 2001-2015.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ			
CODIGO	FDPI014	VERSION	7		
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020		

## Gestión Jurídica

No se evidenciaron

## Satisfacción de las partes interesadas

- Se evidencia que, en la fecha de la entrevista al líder del proceso y a la contratista asignada para la auditoría, el día 4 de mayo de 2021, los indicadores del proceso Satisfacción de las partes Interesadas al primer bimestre se encontraba medidos, pero la rendición de información a la oficina de Planeación, no se hizo dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de vencimiento del periodo consagrado en cada indicador; presentándose incumplimiento del numeral 9.1 Seguimiento Medición Análisis y Evaluación de la NTC ISO 9001-2015, y del numeral 6 de la norma MDPI003, Manual Indicadores de Gestión que, establece 10 días calendario.
- No se evidencia la secuencia de la apertura de los buzones, ni la rigurosidad de seguimiento al proceso de satisfacción del usuario en sus distintas modalidades o formas con las que cuenta.

Estas situaciones evidencian incumplimiento de los numerales 9.1 y 9.1.2 de la norma internacional NTC ISO 9001:2015, igualmente un incumplimiento a los Numerales 1.1.1 y 1.1.15 de la NMSM001 NORMA INTERNA SEGUIMIENTO A LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS.

PROYECTÓ: RABUITRAGO		REVISO: LFORTIZ		
CODIGO	FDPI014	VERSION	7	
RESOLUCION	324	VIGENCIA	27/07/2020	