

COMUNICACIÓN INTERNA

Fecha: 24 de abril de 2018

Para: **Dr. Guillermo Durán Uribe**
Personero

Dr. Mario Montoya Vanegas
Personero Auxiliar

Directivos Personería de Medellín

CC: **Audidores Internos de Calidad – Promotores de Calidad**

Asunto: **Informe Consolidado de Auditoría de Calidad año 2018**

Respetados(as) Doctores(as):

Por medio de la presente, me permito remitir **Informe Consolidado de las Auditorías Internas de Calidad** llevadas a cabo dentro del periodo **marzo – abril de 2018**.

Los Reportes de Hallazgos correspondientes a cada subproceso fueron entregados por los Auditores Internos directamente a los Líderes o Responsables auditados, 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 labor auditora que nos corresponde,

Atentamente,

LINA MARÍA MURILLO PÉREZ
Jefe Oficina de Control Interno



INFORME CONSOLIDADO AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

Elaborado por:

**Lina María Murillo Pérez
AUDITOR LÍDER – JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO
PERSONERÍA DE MEDELLÍN**

Medellín, abril de 2018

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVO	1
3. ALCANCE	2
4. CRITERIOS DE AUDITORÍA	2
5. RIESGOS DE AUDITORÍA	3
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS	4
6.1 Distribución de Hallazgos por subproceso	4
6.2 Elementos comunes de riesgo o incumplimiento	5
6.3 Estado de los Planes de Mejora	9
6.4 Descripción de los Hallazgos	10
7. CONCLUSIONES	10
ANEXO 1. Elementos de Riesgo/Incumplimiento vs Requisitos NTC ISO 9001:2015 ..	12
ANEXO 2. Descripción de los hallazgos	13
Fortalezas	13
Observaciones	16
No Conformidades	25

1. INTRODUCCIÓN

El 31 de enero de 2018, el Comité de Coordinación de Control Interno de la Personería de Medellín aprobó el Programa Anual de Auditorías para el año 2017, 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 2018.

Es de importancia aclarar, que a diferencia de los años anteriores, se toma la decisión de adelantar las Auditorías Internas de Calidad y realizarlas dentro de los primeros meses del año 2018, dado que la Oficina de Planeación, dentro de su plan de transición para adecuar el Sistema de Gestión de Calidad a la nueva versión ISO 9001:2015, dispuso estas fechas a fin de cumplir con los compromisos de auditoría externa (ICONTEC) antes del mes de septiembre de 2018.¹

La Auditoría de Calidad fue desarrollada durante el periodo 01 de marzo de 2018 – 11 de abril de 2018² por el Equipo Auditor, conformado por 11 profesionales certificados para dicha tarea y acompañados por 6 auditores en formación. Fueron evaluados de manera independiente 20 subprocesos asociados a los 11 procesos vigentes en la Entidad. Una vez finalizadas las tareas de auditoría, la Auditora Líder (Jefe de la Oficina de Control Interno) procede a consolidar la información la cual se describe en el presente informe.

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.

¹ Compromisos adquiridos en Comité de Dirección llevado a cabo el 14/12/2017 en la U de M.

² Se presenta un retraso de dos semanas frente a las fechas estipuladas en el programa básicamente por inconvenientes que tienen algunos de los auditores de cumplir con los compromisos en las fechas asignadas

3. ALCANCE

El periodo de evaluación de la Auditoría Interna de Calidad comprendió desde el mes de Julio de 2017 hasta el mes de Marzo 2018. Fueron incluidos dentro del Programa Anual de Auditoría los todos los procesos de la Entidad y sus respectivos subprocesos como se cita a continuación:

Proceso/Subproceso	Auditor Asignado	Auditor en formación
Solución Alternativa de Conflictos	Andrea Quirama	Julian Valencia
Vigilancia Administrativa	Juan Fernando Gómez	
Disciplinarios	Liliana Ravagli	Juan Camilo Taborda
Observatorios e Investigaciones DDHH	Juan Fernando Duque	
Atención al Público	Maria Catalina Díez	Noelia Gallego
UPDH	Diana Patricia Guerra – Elizabeth Cuellar	
Penal	Deisy Espinoza	
Protección del Interés Público	Liliana Ravagli	
Satisfacción de las Partes Interesadas	Juan Fernando Duque	
Gestión de Comunicaciones	Diana Patricia Guerra	
Sistemas	Jaime Alberto Cárdenas	
Gestión del Talento Humano	Lina M. Murillo	Digna Tuiran
Gestión Documental	Liliana Ravagli	
Bienes Administrativos	Julied Marin	
Gestión Jurídica	Maria Catalina Díez	
Planificación Institucional	Jaime Alberto Cárdenas	Maria Ximena Pereira
Gestión Recursos Financieros	Deisy Espinosa	Mónica Tobón
Gestión Contractual	Lina M. Murillo	Maria Ximena Pereira
Mejoramiento Continuo	Andrea Quirama – Elizabeth Cuellar	
Evaluación Independiente	Julied Marín	Carlos Bayer

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
- Plan Estratégico, Planes de Acción y Operativos

5. RIESGOS DE AUDITORÍA

En la Tabla N°1 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 1. Riesgos Programa de Auditoría 2018

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 style="list-style-type: none"> • Acordar agendas para actividades de Auditoría con los Jefes respectivos • Diversificación del Equipo Auditor: Formación de nuevos auditores vinculados a diferentes áreas y procesos de la entidad
Inadecuada comunicación del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Socializar el programa a través de Correo Electrónico (inmediatamente sea aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno), tanto a Líderes como a Auditores. • 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.
Número limitado de auditores que en algún momento se vea insuficiente para responder a toda la labor de auditoría	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un programa para la formación de nuevos auditores de calidad • Establecer como requisito clave para el profesional de Control Interno (contratista o no) que sea certificado como Auditor Interno de Calidad
Interferencia de las actividades de auditoría con las actividades misionales y operativas de la Entidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del Plan de Auditoría concertando fechas y horarios con los Líderes de los procesos • Definición de un programa flexible (establecer rangos de fechas amplios para la ejecución de cada auditoría.
No logro de los objetivos de auditoría	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una revisión previa por parte del Jefe de Control Interno sobre el Plan de Auditorías (objetivos y criterios) • Capacitación del equipo auditor sobre criterios y

	referentes de auditoría
Hallazgos de Auditoría mal formulados y/o que carecen de valor para la entidad (poco relevantes)	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación al Equipo Auditor • Establecimiento de reuniones de enlace, dentro del procedimiento de Auditoría, con el fin de retroalimentar y definir criterios para el levantamiento de hallazgo.
No inclusión dentro del programa de evaluaciones, auditorías o seguimientos que se exijan por Ley a la Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración, revisión y actualización permanente del NORMATIVO DE CONTROL INTERNO

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como resultado de este ciclo de Auditorías Internas de Calidad, se encontraron **133 hallazgos (90 No conformidades y 43 observaciones)** los cuales serán analizados en el este capítulo.

6.1 Distribución de Hallazgos por subproceso

En la Tabla N° 2 se presenta el número de hallazgos según el tipo (No Conformidad u Observación) en cada uno de los subprocesos auditados.

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.

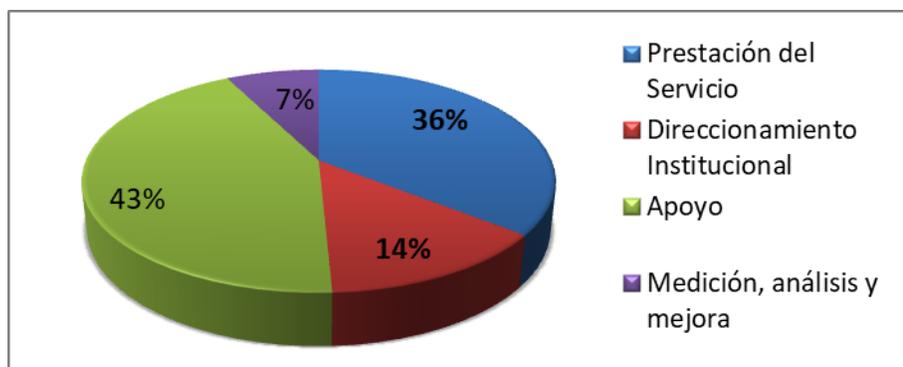
Tabla 2. Distribución de Hallazgos por Tipo de Hallazgo y Subproceso

PROCESO/SUBPROCESO	TOTAL HALLAZGOS	NO CONFORMIDADES	OBSERVACIONES
Planificación Institucional	8	6	2
Observatorios e Investigaciones DDHH	3	2	1
Gestión de Comunicaciones	3	2	1
Atención al Público	7	5	2
UPDH	7	6	1
Penal	6	3	3
Solución Alternativa de Conflictos	8	5	3
Vigilancia Administrativa	4	3	1

Disciplinarios	8	3	5
Protección del Interés Público	7	6	1
Gestión Recursos Financieros	3	2	1
Gestión Contractual	8	6	2
Gestión del Talento Humano	22	17	5
Gestión Documental	14	9	5
Bienes Administrativos	6	4	2
Gestión Informática	4	2	2
Gestión Jurídica	4	2	2
Mejoramiento Continuo	3	2	1
Satisfacción de las Partes Interesadas	4	2	2
Evaluación Independiente	4	3	1
TOTAL	133	90	43

En el Gráfico N° 1 se puede visualizar que aproximadamente el 80% de los hallazgos encontrados provienen de los procesos de Apoyo y de Prestación del Servicio.

Gráfico 1. Distribución de los hallazgos por tipo de proceso

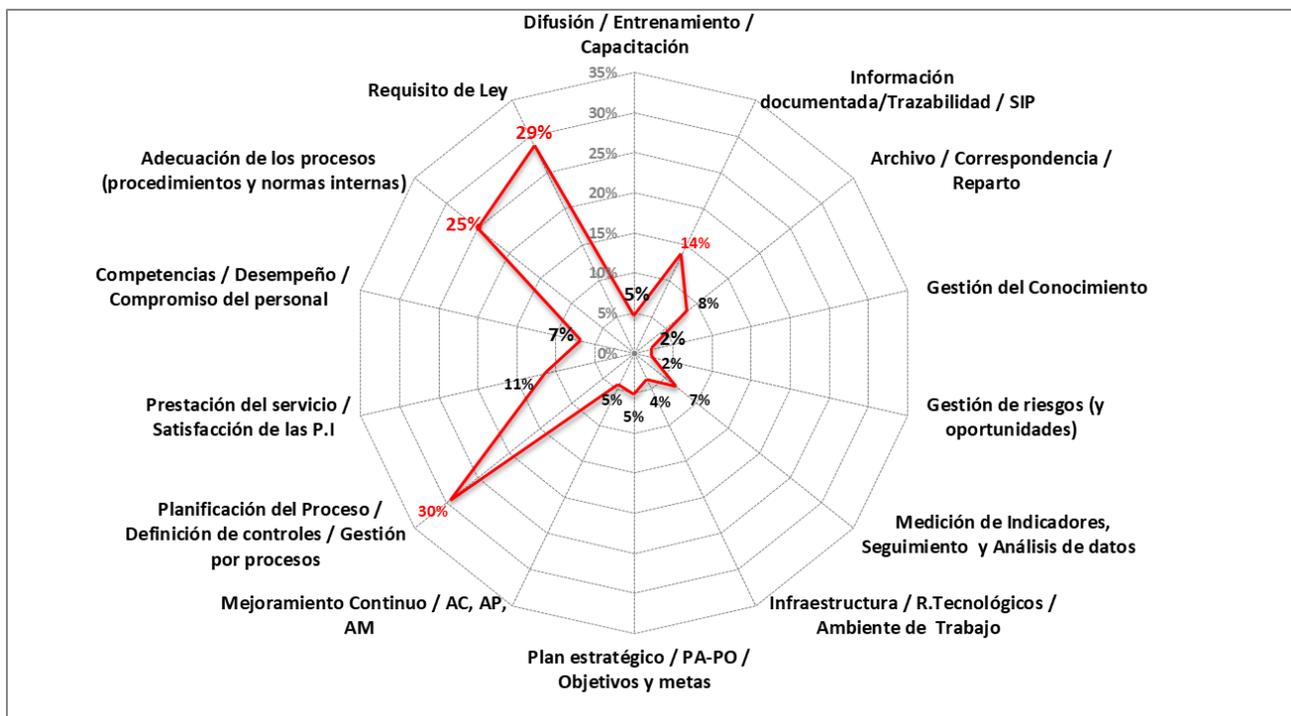


6.2 Elementos comunes de riesgo o incumplimiento

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

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



Se puede concluir de la ilustración anterior, que el 30% de los hallazgos encontrados hace referencia a la “**Planificación del Proceso y/o Definición de Controles**”. Este tipo de No Conformidades u Observaciones, están relacionadas en su mayoría a:

- Falta de definición y/o implementación de controles que garanticen el logro de los objetivos y cumplimiento de los requisitos internos, técnicos o legales
- Inadecuada/desactualizada caracterización del proceso
- No identificación/definición/actualización de la normativa legal que le aplica al proceso
- Falta/inadecuada definición de procedimientos, protocolos, indicadores u otros controles

Se evidencia también un porcentaje alto de hallazgos (29%) que sugieren incumplimiento o alto riesgo de **incumplimiento de requisitos de ley** que aplican a esta Entidad y sus procesos. Dentro de los más relevantes, se encuentran:

- Ley 489 de 1998 art.11 (Delegación aprobación Manual de Contratación)

CITese : 20180126524172EI

- Ley 1581 de 2012 (Protección de Datos Personales)
- Ley 1755 de 2015 (Tiempos de respuesta a las Peticiones)
- Ley 1437 de 2011(art.58 y 59: Archivo electrónico de documentos)
- Ley 909 de 2004 (Plan de vacantes, plan de previsión de recursos humanos, informes y actuaciones de la Comisión de Personal)
- Ley 1712 de 2014 (Ley de Transparencia)
- Decreto 1080 de 2015 (Programa de Gestión Documental)
- Ley 594 de 2000 y Acuerdo 060 de 2001 (Correspondencia y archivo)
- Acuerdo 565 de 2016 (Concertación de compromisos y evaluación de desempeño)
- Circular 04 de 27 de septiembre de 2005 (Fecha informe de Evaluación por Dependencias OCI)
- Decreto 1083 de 2015 (Informe de Comisiones de Servicio – Estatuto de Auditoría)
- Decreto 1227 de 2015 (Acuerdos de Gestión, Selección mejores empleados)
- Decreto 1228 de 2015 (Comisión de Personal)
- Decreto 1567 de 1998 (Plan Institucional de Capacitación)
- Ley 1594 de 2000 (Acta de entrega de cargos)
- Decreto 415 de 2016 (Plan Estratégico de Tecnología y Sistemas de Información -PETI)

Otra importante proporción de los hallazgos (25%) se refieren a la falta de adecuación de los procesos, es decir, que las directrices establecidas dentro de los documentos del SGC (normas, manuales y procedimientos) no se ajustan a la realidad de muchos procesos, o bien, por que estos se encuentran desactualizados o porque, aun estableciéndose las actividades y directrices correctas y pertinentes, estas no son acatadas por los líderes, funcionarios o contratistas.

El 14% de los hallazgos representa incumplimientos o riesgos relacionados a la **información documentada y/o la trazabilidad de la misma** (incluye falta o inadecuado registro en el Sistema de Información SIP)

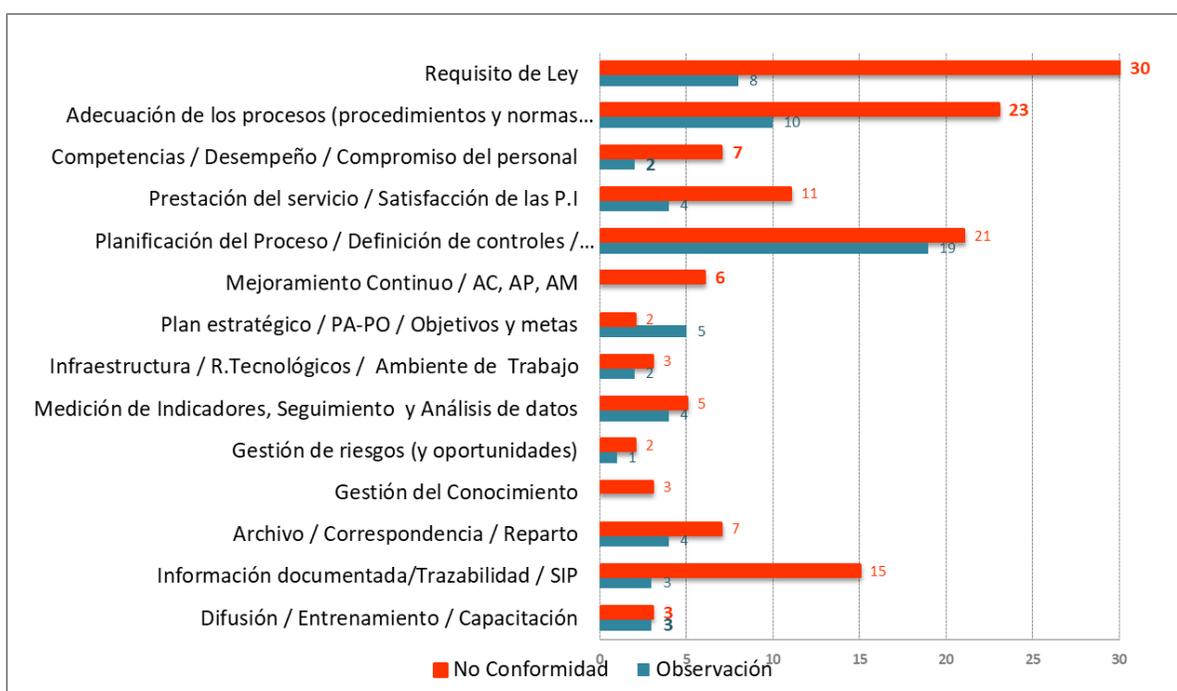
Con menor frecuencia de aparición, pero no menos relevante o impactante, se presentan otros incumplimientos/riesgos relacionados a los siguientes requisitos/elementos:

- Prestación del servicio o satisfacción de las partes interesadas (en 11% de los hallazgos)
- Archivo, correspondencia o reparto (en 8% de los hallazgos)
- Medición de indicadores, seguimiento y análisis de datos (en 7% de los hallazgos)
- Competencias y desempeño del personal (en 7% de los hallazgos)

- Difusión, entrenamiento y capacitación (en 5% de los hallazgos)
- Plan estratégico. PA-PO (en 5% de los hallazgos)
- Mejoramiento continuo (en 5% de los hallazgos)
- Gestión del conocimiento (en 2% de los hallazgos)
- Gestión de riesgos y oportunidades (en 2% de los hallazgos)

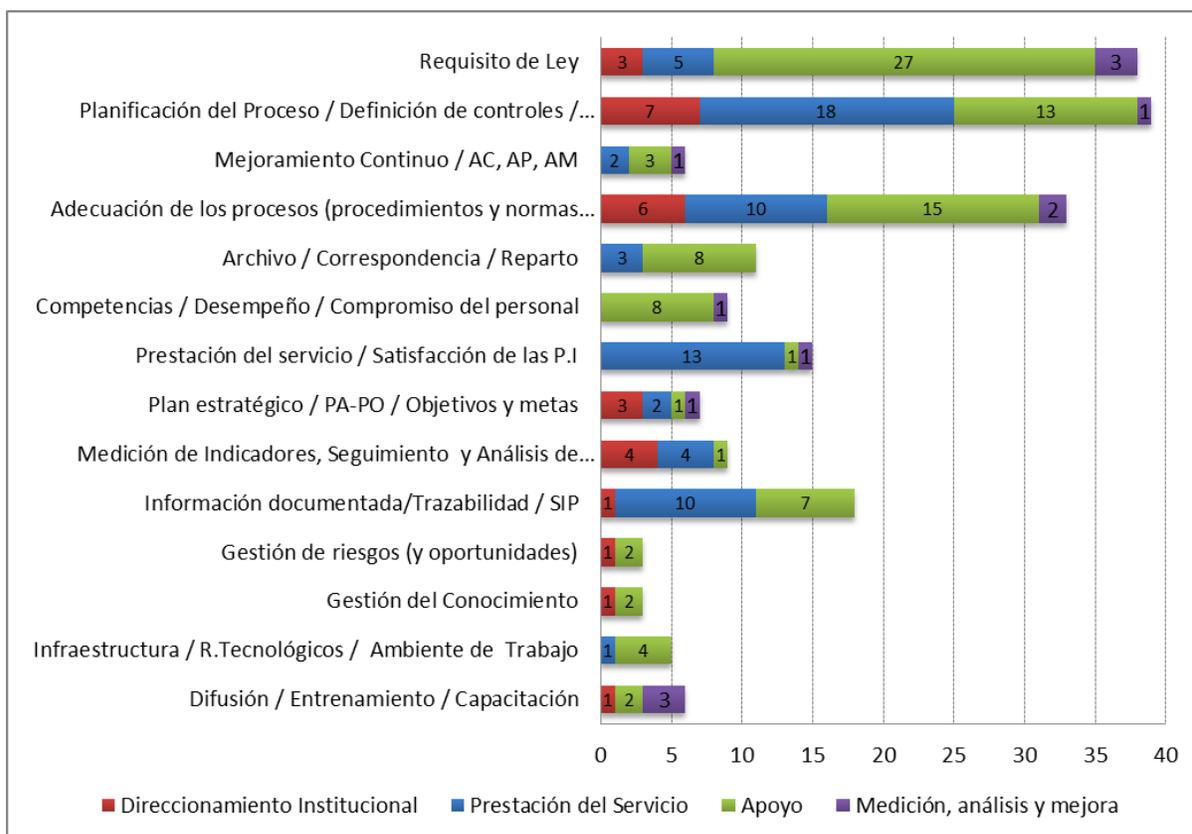
El Gráfico N° 3, ilustra el número detallado de No Conformidades y Observaciones relacionadas a cada uno de los elementos de incumplimiento anteriormente descritos.

Gráfico 3. Número de No Conformidades y Observaciones según elemento de riesgo/incumplimiento



En el Gráfico N° 4 se puede observar el número de hallazgos en cada uno de los elementos de riesgo/incumplimiento por tipo de proceso.

Gráfico 4. Distribución de Hallazgos por Elemento de Incumplimiento y Tipo de Proceso



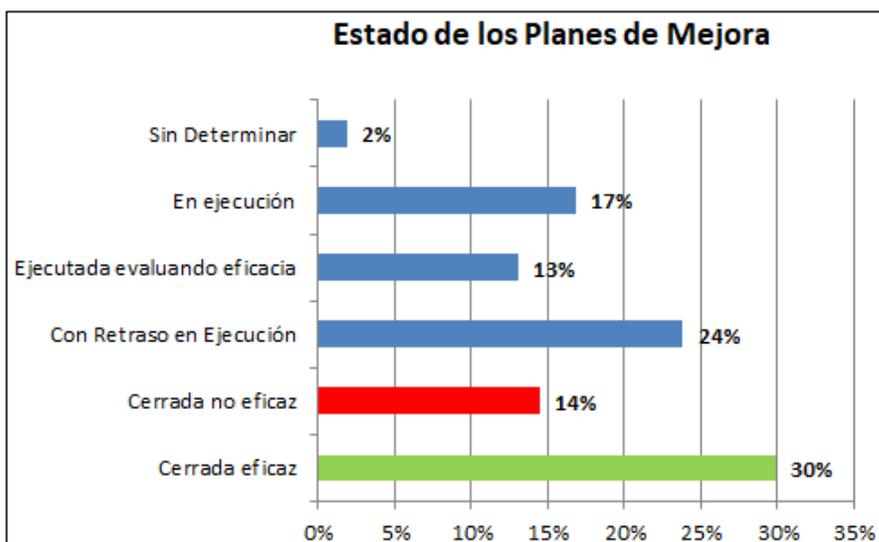
6.3 Estado de los Planes de Mejora

Dentro de las actividades de auditoría, se realizó seguimiento de los planes de mejora vigentes en cada uno de los procesos. Según los resultados de éste monitoreo, que cada uno de los auditores internos reportó en su respectivo informe de hallazgos, se establece que a la fecha, de 214 acciones vigentes³, se ha podido cerrar de manera eficaz el 30% de las mismas.

En el gráfico N° 5, se describe con más detalle el estado en el que se encuentran los referidos Planes de Mejoramiento.

³ Acciones correctivas o preventivas definidas en la vigencia 2017

Gráfico 5. Estado de los Planes de Mejora a abril 2018



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 subproceso, incluyendo además de las No Conformidades y Observaciones, las fortalezas registradas en los reportes, por los Auditores Internos de Calidad.

7. CONCLUSIONES

En cuanto a la eficacia del SGC:

De acuerdo al análisis de los hallazgos de auditoría, se puede concluir, de manera general, que se están alcanzando los objetivos establecidos del SGC. No se reportan hallazgos que hagan referencia al incumplimiento de los objetivos de calidad o de los objetivos de los procesos. Aun así, es necesario resaltar que en algunos reportes de auditoría, se establecen hallazgos sobre la poca pertinencia de algunos indicadores de proceso (no logran medir el objetivo del mismo)

En cuanto a la adecuación del SGC:

Tal y como se observa en el análisis de hallazgos, muchos de estos (25%) se refieren a la falta de adecuación de los procesos; esto sugiere que gran parte de los lineamientos establecidos en la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad, se encuentran desactualizados o no están acorde a las actividades que en la realidad se están desarrollando dentro de los procesos.

En cuanto a la conveniencia del SGC:

Persisten hallazgos por la falta de actualización de documentos y se presentan otros más por la no inclusión de procedimientos, protocolos o controles que permitan garantizar el cumplimiento de los requisitos de Ley que aplican a la Entidad. Por tanto podemos concluir que es necesario mejorar, dentro de algunos procesos, su planificación (y documentación), a fin de fortalecer la pertinencia y conveniencia del SGC.

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
Información documentada/Trazabilidad / SIP	7.5, 8.5.2
Archivo / Correspondencia / Reparto	7.4, 7.5, 8.1, 8.5.2, 8.5.3
Gestión del Conocimiento	7.1.6
Gestión de riesgos (y oportunidades)	6.1.1, 6.1.2
Medición de Indicadores, Seguimiento y Análisis de datos	9.1
Infraestructura / Recursos Tecnológicos / Ambiente de Trabajo	7.1.1, 7.1.3, 7.1.4
Plan estratégico / PA-PO / Objetivos y metas	6.2
Mejoramiento Continuo / AC, AP, AM	10.2, 10.3
Planificación del Proceso / Definición de controles / Gestión por procesos	4.4, 6.2
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, 8.2.2

ANEXO 2. Descripción de los hallazgos⁴

Fortalezas

Observatorios e Investigaciones en DDHH

- En general, dentro de todas las actividades del proceso de los observatorios e investigaciones, los responsables cumplen otras actuaciones, las cuales son de tipo misional, que contribuyen con creces al cumplimiento del objetivo del proceso, de la misión y visión institucional.

Gestión de Comunicaciones

- Se evidenció que se está comunicando más, a través de diversos medios en redes sociales y de forma presencial, tal como la estrategia Voz a Voz.
- Se tienen diseñados nuevos programas como la propuesta comunicativa “You Tuber: Validador en Redes sociales”
- Se ha incrementado el número de profesionales que están promocionando los servicios de la Personería

Atención al Público

- El posicionamiento que ha generado en la comunidad Antioqueña y en las Partes Interesadas los servicios que presta este subproceso, se observa la alta afluencia de público que utiliza sus servicios día a día.

UPDH

- Se evidenció a través de correos electrónicos del 4 y 5 de diciembre de 2017 que se está implementando un nuevo servicio (piloto) denominado alertas tempranas, el cual está pendiente de aprobación de la oficina asesora de planeación una vez surta el trámite respectivo se pasa a la aprobación del Señor Personero.
- Se Observó que están prestando un nuevo servicio (piloto) asistencia a las audiencias de Código de Policía, establecido en la ley 1801

⁴ Los hallazgos aquí 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

- Se ha incrementado el número de profesionales que están atendiendo a las personas en la UPDH

Penal

- Se evidenció en el subproceso de Penal, que realizan grupos de estudio para unificar criterios, profundizar en temas que son de importancia para el desempeño de las funciones que cada Personero Delegado realiza, producto de ello tienen una cartilla de trabajo para el Área de Familia, con los conceptos más claros y condensados que van actualizando de acuerdo a los cambios normativos, entre los Personeros Delegados en el área Penal, se realiza estudio de casos y unificación de jurisprudencia, se pudo evidenciar en los documentos digitales de la Promotora de Calidad del Subproceso.

Solución Alternativa de Conflictos

- En el subproceso de solución alternativa de conflictos, se puede evidenciar y resaltar en los expedientes administrativos revisados con identificación de negocio número 858799590, 858804477, 858780685, que se llevan a cabo las audiencias de conciliación en un término inferior al exigido por la ley 640 del 2001 permitiendo así una mayor efectividad y eficiencia en la prestación del servicio

Vigilancia Administrativa

- La instrumentalización del modelo preventivo, que ayuda al mejoramiento y desarrollo de las vigilancias de la conducta oficial, como función misma y legal de la entidad.
- La creación del grupo especializado anticorrupción, que permite actuar de una manera más ágil y precisa sobre un tema específico.

Disciplinarios

- Se fortaleció el número de funcionarios, lo que ha generado la superación de las metas en las actividades misionales, establecidas en el Plan de Acción
- La implementación de alarma electrónica que constituye un control para el cumplimiento de los términos en las actuaciones disciplinarias

Protección del Interés Público

- Se cuenta con un equipo de trabajo capacitado en el tema

- La utilización de publicidad escrita para informar de manera didáctica al usuario sobre la protección, garantía, efectividad y el libre ejercicio de los derechos de los consumidores.
- El seguimiento a las actividades desarrolladas por cada integrante del grupo de trabajo por medio de una herramienta compartida (hoja de cálculo), lo que garantiza el cumplimiento de las metas del proceso

Gestión Contractual

- Se reconoce como fortaleza, la definición e implementación de un control (lista de chequeo) que permite garantizar dentro del proceso precontractual, la recolección de toda la documentación y el cumplimiento de requisitos acorde a la modalidad de contratación

Gestión del Talento Humano

- Se reconoce como fortaleza del proceso, el uso de herramientas tecnológicas para mejorar la eficacia y eficiencia en algunas de las actividades asociadas al mismo. Como caso concreto se señala la utilización de la aplicación web “Google Forms” para el diseño, ejecución y tabulación de las encuestas sobre necesidades de capacitación y bienestar social”.
- Se considera como fortaleza el Plan de Trabajo elaborado por el Contratista responsable de la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el año 2018. El detalle de las actividades requeridas, el cronograma, los mecanismos de seguimiento a la ejecución y los indicadores propuestos en este documento, se constituyen en herramienta óptima de control a fin de facilitar el logro de los objetivos del SGSST.

Gestión Documental

- Se cuenta con un equipo de trabajo capacitado en el tema.
- Para la elaboración de los programas PINAR y PGD, la entidad cuenta con actividades que hacen parte de estos programas, las cuales constituyen un avance para su implementación.

Gestión Informática

- La realización de aplicaciones Web por el personal del área de sistemas de la Pesonería de Medellín a) Moodle, b) Software PQRS, c) Intranet Corporativa, d)

Sistema de Gestión de la Calidad, e) Consulta de Proceso en Línea, f) Inscripción Diplomado, todos ellos que van direccionados al objetivo estratégico del subproceso.

Gestión Jurídica

- El posicionamiento que tiene la Personería de Medellín en las diferentes entidades estatales y en la comunidad Antioqueña, se observa la gran cantidad de conceptos jurídicos que se le solicitan a este subproceso.

Mejoramiento Continuo

- El proceso de mejoramiento continuo ha sufrido transformaciones para adaptarse a los requerimientos del SGC, en éste se realizó mejoramiento continuo para estar acorde a la actualidad.

Observaciones

Planificación Institucional

- Al revisar el CUADRO INTEGRADO DE MANDO 2017, se observa que el objetivo de los indicadores no son coherentes con el objetivo del proceso “planificación institucional” y “comunicaciones”, incumpliendo el numeral 9.1.3 Análisis y evaluación literal c)
- No se evidencia por el auditado, los requerimientos oportunos para que los líderes de los procesos hagan entrega del plan de acción y plan operativo dentro de los términos contenidos en la norma interna del proceso auditado presentándose un riesgo de incumplimiento de la norma NDPI003, 4. DE LA FORMULACIÓN DE LOS DIFERENTES PLANES, 4.1 Del Plan de Acción y 4.2 Plan Operativo, que establece que “a más tardar el 31 de Octubre de cada año deberá hacer llegar a la Oficina de Planeación el correspondiente plan para el año siguiente”.

Observatorios e Investigaciones en DDHH

- Dentro del proceso, se realizan actividades misionales, que no están documentadas por el sistema de Gestión, como son acompañamientos a comunidades en condición de vulnerabilidad (Tunel de occidente, puente de la 65). Se debe a estudiar la posibilidad de documentar e incluir los servicios que se prestan dentro del dentro del SGC

Gestión de Comunicaciones

- Falta adecuación de lo establecido en la norma, procedimientos y los formatos en el Sistema de Gestión de la Calidad –SGC- y la realidad, dada la coyuntura de transición a la norma ISO 9001 versión 2015 y la implementación del plan de mejoramiento continuo determinado. Se muestra una resolución fechada el 5 de marzo de 2018, en entrevista a los auditados manifiestan que los procedimientos, formatos y norma, están en proceso de actualización. Incumpléndose el principio de publicidad de los actos administrativos.

Atención al Público

- No se evidencia procedimiento que guie la actividad de atención a las víctimas, como situación que genera riesgo de incumplimiento a la ley de víctimas 1448 de 2011 y del numeral 7.5.1 b) de la NTC ISO 9001:20015 Información Documentada Generalidades: El sistema de gestión de calidad de la organización debe incluir: b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de calidad”
- El líder del Subproceso Atención al Público Doctor Diego León Holguín manifiesta: “Que la actividad del Consejo de Disciplina hace parte del subproceso de penal, sin embargo, el procedimiento que describe esta actividad se encuentra dentro del subproceso de atención al público, poniendo en riesgo el cumplimiento de las actividades allí descritas generando confusión en los integrantes del subproceso.

UPDH

- Se evidenció en el plan operativo 2018 que la unidad de medida establecida en varias actividades no cumple con el criterio de claridad para la evaluación del resultado, entre ellas: Proyecto en marcha, Acompañamiento brigada, asistencia, brigada, reuniones, entre otras. Presentándose un riesgo de incumplimiento a la norma ISO 9001-2015 numeral 6.2.2 lit e

Penal

- En el subproceso de penal se evidencia riesgo de incumplimiento del numeral 8.5.1, literal c) control de la producción y de la provisión del servicio como se pudo observar en lo siguiente:
 - Se encuentra debilidad en los controles frente al reparto para las diligencias en las cuales tiene competencia los Personeros Delegados, tanto en las Audiencias ante Juez de Garantías y ante de Juez de Conocimientos,

igualmente en las Fiscalías, ya que el reparto lo realiza el centro de Servicios y no es conocido por la Lider del Subproceso lo cual no le permite tener control frente a las atenciones realizadas.

- Igualmente no existe definición de criterios mínimos para que los Personeros Delegados asuman el conocimiento de las audiencias en el rango de su competencia, tanto en las Audiencias ante Juez de Garantías y ante de Juez de Conocimientos, igualmente en las Fiscalías, ya que queda a la total discrecionalidad del Delegado definir cuál de ellos atender.
- Igualmente se evidencia en el subproceso de Penal, el posible riesgo de incumplimiento del requisito 8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos, ya que se encuentra debilidad frente a la custodia de la información entregada para evidenciar el cumplimiento del Plan operativo y esta contiene información que merece protección.
- Se pudo observar revisando la norma interna que pueden presentarse un riesgo de incumplimiento al requisito 8.2.3, literal c) ya que no existe en ella la claridad de los requisitos especificados por la organización en este subproceso como por ejemplo:
 - En Normas Generales numeral 1.14 señala actividades que son asignadas a la UPIP
 - Recepción de atención en correspondencia, numeral 3.5, señala una actividad asignada a correspondencia.
 - Numeral 3.7 señala como sistema de información el CONCORD
 - Numeral 9.11 Señala en la Audiencia de Garantías formulación de imputación y no corresponde a esa diligencia
 - Numeral 9.13 Radicación Sistema, señala que la auxiliar de Personería ingresara al Sistema las actividades realizadas frente a notificaciones, prescripciones, suspensiones en el 9.6 señala que le corresponde a vincular a cada personero delegado los documentos que se desprenden como agente del Ministerio Público

Solución Alternativa de Conflictos

- En el subproceso de solución alternativa de conflictos, se evidencia que pese a que se actualizo la caracterización el día 12 de septiembre del 2017, se encuentra referencia normativa derogada incumpliendo el numeral 4.4.1 de la norma NTC-ISO 9001-2015.
- Se evidencia en el subproceso de solución alternativa de conflictos que se tiene establecido en el reglamento interno que en el caso que el convocante no asiste a la Audiencia de Conciliación y no presenta excusa válida, no podrá volver a solicitar el servicio dentro de los seis (6) meses siguientes contados a partir del archivo de la

solicitud, pero no hay control efectivo para identificar esos usuarios incumpliendo el numeral 8.4.2 NTC-ISO 9001-2015.

- En el proceso auditado se revisa el alcance de los indicadores establecidos para subproceso en el cumplimiento de los atributos de: eficiencia, oportunidad, cumplimiento de acuerdos y asistencia a audiencias; haciendo la salvedad que este último presenta una inconsistencia para el bimestre noviembre – diciembre, debido a que en las cifras aparece un número mayor de audiencias realizadas contrastadas con el número de solicitudes de audiencias presentadas.

Vigilancia Administrativa

- Al observar los indicadores del subproceso, estos no se han actualizado conforme al plan de mejoramiento, y sigue apareciendo un indicador “Vigilancias cumpliendo término inicial / total de vigilancias en el periodo”, incumpliendo el numeral 10.2.1, literal b, numeral.

Disciplinarios

- En visita al punto de atención donde se lleva a cabo notificaciones y demás actividades relacionadas con el proceso, se pudo evidenciar que no se cuenta con mecanismo alguno que garantice la no solo la reserva de las actuaciones disciplinarias sino la confidencialidad de la información, toda vez que los expedientes se encuentran expuestos en el punto de trabajo sin ninguna seguridad, y por el lugar transitan funcionarios e inclusive personal externo.
Lo anterior, evidencia la inaplicación de lo estipulado en el código disciplinario en su Art. 95 “Reserva de la Actuación Disciplinaria”, Ley 1581/12 (Protección de datos personales); Norma Interna NSVC001 “...De conformidad con la etapa en que vaya la averiguación disciplinaria se hará la advertencia pertinente sobre la reserva sumarial”, la NTC ISO 9001:2015 numeral 7.5.3.1 Ítem “b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad) (negrilla fuera de texto).
- El servicio de “Solicitud de Competencia Preferente”, no está incluido en el Plan de Acción del proceso (se trata de un servicio misional); ello en consideración a que debido a que es un servicio a solicitud de parte e históricamente es muy poco utilizado; pese a lo anterior, se evidencia que en lo ha transcurrido del año han ingresado dos solicitudes que hacen parte de actividades que apuntan al logro del objetivo del proceso. Lo anterior, genera incumplimiento a lo determinado en el numeral 6.2 de la NTC ISO 9001:2015, 7.5.3.2
- El reparto de los casos a los funcionarios se hace de manera manual, y no se cuenta con procedimiento establecido para ello, lo anterior, genera un riesgo al cumplimiento

de los atributos del servicio y los principios de transparencia e imparcialidad en las actuaciones disciplinarias. NTC-ISO 9001:2015, numerales 8.2.2. – 7.5.

- Se evidenció mediante comunicaciones internas dirigidas a la Oficina de Planeación, fechadas febrero y marzo (sin establecer el día), que esta documentación no fue vinculada en el software de gestión SIP. Numeral 7.5. de la NTC ISO 9001:2015
- Se pudo observar que se adelantan actividades tendientes a garantizar la confiabilidad digital de los expedientes del proceso, sin embargo, no se cuenta con un programa de Archivo Electrónico de Documentos, generándose un riesgo para la conservación de la información. (Ley 1437/2011, Arts. 58 y 59, Decreto 2609/12), NTC ISO 9001:2015, numeral 7.5.3.2

Protección del Interés Público

- El cumplimiento de la meta de actividad denominada “El ABC del Consumidor” no se ve reflejada en el Plan de Acción del 2017 -**NTC ISO 9001:2015 numeral 4.4.2**

Gestión Recursos Financieros

- La caracterización del subproceso de CAF014, actualizado el 02 de octubre de 2017, se evidencia falta de actualización y precisión de la normatividad aplicable al subproceso, por ejemplo : No hace referencia al Decreto del Departamento Administrativo de la Función Pública 333 del 19 de Febrero de 2018, señala de manera genérica normas de austeridad del gasto pero no especifica cuáles, señala MECI 1000: 2014 la cual no se encuentra vigente, estas imprecisiones pueden generar riesgo de incumplimiento de requisitos legales o propios del subproceso, por el desconocimiento o falta de actualización oportuna de la norma.

Gestión Contractual

- Si bien el Plan de Adquisiciones correspondiente a la vigencia 2018 se encuentra debidamente publicado en la página Web de la Entidad y en el SECOP, no hay registros de correos o comunicados que evidencien el envío de este documento a cada uno de los Jefe de Área como lo establece el Manual de Contratación en su capítulo I, situación que además genera riesgo de incumplimiento del numeral 7.4 de la norma ISO 9001:2015.
- Durante las entrevistas a los Abogados de Contratación, se manifiesta por parte de estos, riesgos inherentes al proceso como por ejemplo; i) la pérdida de expedientes contractuales, ii) la posibilidad de traspapelado de algún registro cuando prestan

expedientes a la Oficina Financiera y iii) el no alcanzar a cumplir con todos los requerimientos de contratación por la falta de recurso humano. Aun siendo conscientes sobre estos riesgos y su impacto, el equipo de trabajo, no los ha analizado y evaluado bajo la metodología establecida en el procedimiento PDPI025 “Administración del Riesgo”, situación que podría conllevar al incumplimiento del numeral 6.1 de la norma ISO 9001:2015.

Gestión del Talento Humano

- Dos de las seis actividades referentes a la “Actualización del Código de Ética y Buen Gobierno”, establecidas dentro del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para el año 2018, presentan retrasos en su ejecución, poniendo en riesgo el cumplimiento de los objetivos asociados a dicho Plan.
- Dentro de la caracterización del proceso de Talento Humano CHAJ012 con vigencia del 02 de octubre de 2017, se evidencia falta de inclusión de requisitos relevantes de Ley para el proceso, entre otros: Decreto 019 de 2012, Decreto 1228 de 2015, Decreto 2204 de 1996, Ley 1562 de 2015, Ley 1499 de 2017. Adicionalmente, en este mismo documento, se establecen requisitos para una norma mal denominada “MECI 1000:2014” y que además no se encuentran vigentes desde el mes de septiembre de 2017. Estas situaciones pueden generar riesgo de incumplimiento de requisitos legales o técnicos, por el desconocimiento o falta de actualización en la normativa.
- A la fecha de la presente Auditoría no se evidencia Acto Administrativos ni registro de aprobación del Plan Institucional de Capacitación, generando así, un posible riesgo de incumplimiento del artículo 3, literal b, del Decreto 1567 de 1998.
- A la fecha de la presente Auditoría no se evidencia Acto Administrativos ni registro de aprobación del Plan de Bienestar y sus respectivos planes de incentivos, generando así, un posible riesgo de incumplimiento del artículo 76 del Decreto 1227 de 2005 y del artículo 19 del Decreto 1567 de 1998.
- A la fecha de la presente Auditoría no se evidencia Acto Administrativos ni registro de aprobación del Plan de Bienestar y sus respectivos planes de incentivos, generando así, un posible riesgo de incumplimiento del artículo 76 del Decreto 1227 de 2005 y del artículo 19 del Decreto 1567 de 1998.

Gestión Documental

- Se evidenció acumulación de expedientes en el Archivo Central (aprox. 20), los cuales fueron consultados en préstamo y devueltos al archivo, sin que fuesen ubicados

nuevamente en sus respectivos soportes (cajas) NTC ISO 9001:2015 numeral 7.5.3.1 Control de la información documentada, e) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).

- Se pudo evidenciar que no se cuenta con infraestructura para la conservación de los archivos de gestión de los diferentes procesos, como por ejemplo los archivos de Contratación, en donde muchos de estos fueron encontrados bajos los escritorios de los funcionarios, igual suerte sucede con algunos archivos de la Secretaría de los Asesores Jurídicos, en donde se tienen varios AZ y cajas con material de archivo bajo el puesto de trabajo.

Lo anterior, genera un riesgo en la conservación de la información e inaplicabilidad de la Ley 594 de 2000, Decreto 1080 de 2001 y demás normatividad propia de la gestión documental. NTC ISO 9001:2015 numeral 7.5.3.1 Control de la información documentada, e) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).

- En consulta a tres funcionarios de diferentes áreas de gestión, se pudo establecer que se impartió una directriz general para que se modificara la manera en que se venían colocando los ganchos legajadores en los expedientes físicos para archivo, de tal manera que se dejaran expuestos en la parte externa de cada expediente. Esta disposición, ha generado un acelerado deterioro en las carpetas y documentos y ha dificultado la consulta de los expedientes en los archivos de gestión de frecuente consulta, como por ejemplo el del Centro de Conciliación, pues los expedientes se enredan unos con otros en el momento de ser retirados de las cajas, adicional a ello, los citados ganchos representan un riesgo para la salud al propiciar heridas en las manos de quien manipula la información. Situación que genera incumplimiento a lo establecido en la NTC ISO 9001:2015 8.5.3.2.
- Se pudo evidenciar que el Subproceso no ejerce control sobre la pertinencia, oportunidad y necesidad en la producción de los documentos de la entidad. La Producción está en cabeza de la Oficina de Planeación; sin embargo, al revisar los manuales de formatos de Planificación y de algunas áreas de gestión (Upip y Disciplinarios, entre otras), se identificó que existe duplicidad de formatos, pues en todas las áreas se están creando sus propios formatos para Actas, Informes, Constancias, Comunicación Externa y Memorandos, los cuales son de aplicación general a toda la entidad y deben ser tomados desde Planificación, (a excepción de aquellos que deban describir en su contenido normatividad legal específica). - NTC ISO 9001:2015, numeral 7.5.2.
- También se estableció que se ejerce coordinación con respecto a la imagen corporativa, importante para la preservación de la memoria histórica de la Entidad; entre otros, se pudo apreciar en lo que respecta a las comunicaciones en donde se

decidió su impresión sin logotipo, que estas deben entonces llevar registrada la razón social, etc., lo cual no se aplica.

Lo anterior, genera incumplimiento a lo establecido en el Acuerdo 060/01, "...ARTICULO DÉCIMO CUARTO: Imagen corporativa: Con el propósito de reflejar una adecuada imagen corporativa, las entidades establecerán en sus manuales de procedimientos, la manera de elaborar oficios, cartas, memorandos y otros, teniendo en cuenta las normas ICONTEC, existentes para el efecto. (Guía Técnica Colombiana 185)..."

Igualmente a lo contemplado en el Decreto 1080/2015 Artículo 2.8.2.5.9. Procesos de la gestión documental. La gestión documental en las diferentes entidades públicas en sus diferentes niveles, debe comprender como mínimo los siguientes procesos.... "...b) Producción. Actividades destinadas al estudio de los documentos en la forma de producción o ingreso, formato y estructura, finalidad, área competente para el trámite, proceso en que actúa y los resultados esperados..."; el Decreto 2609/2012, Artículo 9, inciso a) Planeación. Conjunto de actividades encaminadas a la planeación, generación y valoración de los documentos de la entidad, en cumplimiento con el contexto administrativo, legal, funcional y técnico. Comprende la creación y diseño de formas, formularios y documentos, análisis de procesos, análisis diplomático y su registro en el sistema de gestión documental.

Bienes Administrativos

- Al indagar por las encuestas donde se mide el nivel de satisfacción de las partes interesadas (clientes internos), solo se evidencian encuestas para medir el grado de satisfacción por los servicios de aseo, excluyendo lo relacionado a suministros, y productos asociados, incumpliendo el requisito 9.1.2 de la ISO 9001:2015 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE y donde se puede evidenciar una oportunidad referente al "fortalecimiento de la comunicación con nuestras partes interesadas". 6.1 de la ISO 9001:2015. ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y LAS OPORTUNIDADES.
- Al revisar lo diferentes procedimientos especialmente los referentes al ingreso, reintegro, traslado y salidas de activos, no se evidencia un procedimiento que indique el que hacer y sus secuencias en situaciones de hurto, caso fortuito o fuerza mayor, generando incertidumbre al no saber cómo se aborda esta situación en un caso determinado.
Requisito 8.1 de la ISO 9001:2015. PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL.

Gestión Informática

- Al revisar las actividades del plan de acción "Custodia de Medios de cintas de backup y medio magnéticos", " Mantenimiento y desarrollo de reportes a la Medida para el

Sistema de Información SIP” “Desarrollo de formularios para: Planeación (PQRS), Disciplinarios (Consulta de Procesos en línea), “APP para servicios en los “Smarthphone”,(...), aparece fecha inicio y fecha fin, de enero 02 de 2017 al 31 de diciembre 2017, sin permitir un seguimiento al cumplimiento o no de la actividad, con riesgo de incumplimiento en la norma 9.1.1 literal c.

- Se evidencio actividades de plan de desarrollo informático, sin el cumplimiento del plan estratégico de las tecnologías y comunicaciones PETI, pudiéndose presentar un incumplimiento del artículo 2.2.35.3, Decreto 415 de 2016, Objetivos del fortalecimiento institucional y la norma interna NDPI003, numeral 1.5 COMITÉ DE INFORMÁTICA, primera viñeta.

Gestión Jurídica

- La secretaria ejecutiva Luz Marleny Ruiz Castaño manifiesta: “Que el procedimiento PAHJ013 Cubrimiento sesiones Concejo Municipal hace parte del proceso de la Upip”, sin embargo, el procedimiento se encuentra dentro del subproceso de Gestión Jurídica, poniendo en riesgo el cumplimiento de las actividades allí descritas y pudiendo generar confusión en los integrantes del subproceso. Lo mismo sucede con la norma interna NAHJ001 PROTOCOLO DE ASISTENCIA E INTERVENCION que se encuentra en la norma interna del subproceso de Gestión Jurídica perteneciendo a la UPIP.
- Se evidencia en la caracterización del subproceso que el objetivo esta desactualizado “...Velar por el interés público en las sesiones del Concejo Municipal” contraviniendo el numeral 7.5.3 de la NTC ISO 2015

Mejoramiento continuo

- Se evidenció en el PA-PO 2018 que se planeó realizar un informe por mes relacionado con mejoramiento continuo, al verificar en el PO-PA no se encuentra registrado el seguimiento, al indagar por los informes de enero y febrero de 2018 se informó que éstos no se han realizado, lo cual representa un riesgo de incumpliendo al numeral 8.1 literal d)

Satisfacción de la Partes Interesadas

- Conforme al artículo 55 de la ley 190, el numeral 19 del artículo 34 de la ley 734 de 2002, la ley 1712 de 2014 y 1755 de 2015, obligan a la entidad a establecer un reglamento interno para dar trámite a las peticiones al interior de la entidad, el mismo no existe

- La norma interna vigente, para el proceso de satisfacción de las partes interesadas señala como canales: num, 1.1.1 ...los buzones ubicados en los puntos donde se atiende al público y el correo de: quejasyreclamos@personeriamedellin.gov.co,, en la actualidad no existe buzones en los corregimientos y el correo no le llega información, se debe analizar su continuidad.

Evaluación Independiente

- Al entrevistar auditores internos , como Juan Fernando Duque Benjumea, Elizabeth Cuellar Meneses y auditor en formación Dr. Carlos Alberto Bayer, manifestaron que las capacitaciones no fueron adecuadas para apoyar las labores como auditores y dar claridad especialmente a la norma ISO 9001:2015, revirtiendo el requisito 7.2 © COMPETENCIA.

No Conformidades

Planificación Institucional

- Al solicitarle al Líder del proceso, las actas de las reuniones semanales de los meses de septiembre de 2017 y enero de 2018, el equipo auditor fue informado que no se tenían evidencias de las mismas, incumpliendo la norma interna del proceso: NDPI003 en su numeral 1.1.2 “El Comité de Dirección sesionará semanalmente, (...) que permite hacer seguimiento a la Gestión de la entidad a través del seguimiento al plan Estratégico, plan de Acción, desempeño del Sistema de Gestión de Calidad y del modelo estándar de control interno (MECI)”.
- En el plan estratégico de la entidad, proceso Planificación Institucional, se tenía el PROGRAMA: Adoptar un sistema tipo propio de evaluación del desempeño laboral de la entidad, el cual fue eliminado en el acta 0045 de 2017 incumpliendo el requisito de la Ley 909 de 2004 Artículo 40 y sus Decretos reglamentarios, que establece: “Instrumentos de evaluación. (...), las entidades desarrollarán sus sistemas de evaluación del desempeño y los presentarán para aprobación de esta Comisión. Es responsabilidad del jefe de cada organismo la adopción de un sistema de evaluación (...). No adoptarlo o no ajustarse a tales criterios constituye falta disciplinaria grave para el directivo responsable. (...)”
- En entrevista al auditado, se le solicita información del procedimiento contenido en la norma interna del proceso “NDPI003 numeral 4.3 De la Formulación de los proyectos de Inversión”, al respecto el equipo auditor es informado que la entidad no presenta proyectos de inversión, incumpliendo la norma ISO en su numeral 7.5.1 literal b).

- Al verificar el manual de calidad MDPI001 MANUAL DE CALIDAD, numeral 2. OBJETO, 4.7 JUSTIFICACIÓN DE EXCLUSIONES, 4.9.1 Criterios y Métodos, 4.16.2 Caracterización de los procesos, hace referencia a la norma ISO 9001-2008 y no se relaciona la norma ISO 9001-2015, que es el criterio de la auditoría, incumpliendo el numeral 7.5.3.2, literal c, numeral 8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL literal b) numeral 1 y literal e) numeral 1
- En entrevista con el Líder del proceso, se le solicitó evidencia cómo se determinó, por parte de la dirección, qué información documentada se iba a incluir en el Sistema a lo cual manifestó que no se había determinado, incumpliendo el numeral 7.5.1 literal b) de la Norma ISO 9001:2015.
- En el cuadro integrado de mando 2017, en el porcentaje de cumplimiento de los procesos: protección del interés público en los indicadores “Gestión de recursos en formación ciudadana” y “Calidad de los ponentes de formación ciudadana”, en el proceso de Disciplinarios el indicador “Eficacia en trámite del proceso verbal”, gestión del Talento Humano el indicador “Medición Clima laboral”, todos los indicadores de Gestión Jurídica, en el proceso Gestión de recursos financieros el indicador “Cumplimiento presupuesto”, en el proceso gestión documental el indicador “Recepción Comunicaciones Oficiales Externa (CORRESPONDENCIA)”, en el proceso evaluación independiente el indicador “Cumplimiento programa de auditorías”, gestión de recursos logísticos el indicador “Cumplimiento plan de mantenimiento”; se observa que el porcentaje del indicador no se evaluó en algunos casos o no se cumplió con la meta establecida, incumpliendo la Norma ISO 9001:2015 en su numeral 9.1.1., literales b) y d)

Observatorios e Investigaciones en DDHH

- En el proceso de investigaciones y observatorios de derechos humanos, se evidencia dentro de la gestión de riesgos, en el mapa institucional se determinan los riesgos, pero no la oportunidades, incumpliendo con definido en los numerales 6.1.1 y 4.4.1 lit)f) de la norma NTC ISO 9001-2015.
- En el proceso de investigaciones y observatorios de derechos humano, al indagar dentro de los operadores del observatorios de medio ambiente, no se gestiona el conocimiento. Ya que al indagarse como se determinan y mantienen los conocimientos, la organización no lo hace pues señalan que cada uno lo registra en los equipos las actividades que se realizan en ese proceso, luego y al final del mes

Gestión de Comunicaciones

- No se evidenció que se contemple en la caracterización la regulación del derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información, lo cual está estipulado en la ley 1712 de 2014, en entrevista con la Líder del Proceso manifiesta que está contemplado en la nueva caracterización pero que no se ha implementado la ley de transparencia, a pesar de haberse reunido con las partes interesadas para iniciar dicho proceso. Con ello se genera incumplimiento a la Norma ISO 9001:2015 numerales 4.1, 7.1.6, 7.4, 7.5.3.1, 7.5.3.2.
- No se evidenció la implementación de protocolos para garantizar lo ordenado en la Ley Estatutaria 1581 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, viéndose afectado el Principio de Legalidad, incumpliendo con lo estipulado en la Constitución Política de Colombia artículo 15 y la Norma ISO 9001:2015 numeral 4.1, 7.1.6, 7.4, 7.5.3.1, 7.5.3.2.

Atención al Público

- Se evidencia que los procedimientos asociados al subproceso de Atención al público, aprobados dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad, no se están implementando en las casas de justicia de Robledo, Santo Domingo, Santa Cruz, 20 de Julio, incumpliendo el numeral 4.4.1 de la NTC ISO 9001:2015
- Se evidencia en las atenciones 858841007, 858819146, 858819424, 858819190, 858819225, 858795663, 858819463, 858795728 incumplimiento al atributo seguridad del servicio de Tutela. En 8 de 30 acciones de tutela revisadas en el subproceso de atención al público no se digita correcta y claramente todas las ventanas del sistema de información (Ejemplo: Acción de tutela 858819146 en la solución se dice que se hizo incidente de desacato y era tutela. Acción de tutela 858819424 se dice que se hace acción de tutela y se vincula solicitud de cumplimiento de fallo de tutela).
- Se evidencia en atenciones 858819370, 858795634 y 858800146, correspondientes a derecho de petición que se incumplen los atributos: Seguridad, pertinencia, legalidad y confiabilidad, no hay documento vinculado a esas atenciones. El mismo caso se presenta en las atenciones 858804345 y 858804436 correspondientes incidentes de desacatos donde no se vinculan documentos.
- Se evidencia en las atenciones 858834880, 858842816, 858842614, 858814070, 858840514, 8588820393, 858828116, 858801682, 858802934 pertenecientes a derechos de petición incumplimiento en los atributos legalidad y seguridad, esto porque utilizan formatos desactualizados.

- Persiste el hallazgo en los puntos de atención de San Antonio de Prado y San Cristóbal, no se están recogiendo los documentos producidos o recibidos a los usuarios, el mensajero va una vez a la semana, Los miércoles en San Cristóbal y viernes en San Antonio de Prado. Hecho que se contrapone con lo consagrado en las normas internas NARL001 Manejo de comunicaciones oficiales versión 13 numerales 1.2.3 y 1.5.13, NDPI001 Norma General el Sistema de Gestión, numerales 1.3.6 y 1.4.3

UPDH

- Se evidenció en foto noticia y dos boletines de prensa que en el año 2017 que se realizaron conversatorios, foros y un seminario para promover los DDHH, de igual manera en el POA 2018 se contempló un curso en DDHH y foros en DDHH dentro del programa: Promover las estrategias formuladas desde el gobierno nacional en materia de prevención y sensibilización de paz en el marco del post-acuerdo (4años), encontrándose que no existe claridad del alcance de la actividad de promoción para no generar conflicto de competencias con el proceso de Formación Ciudadana. De igual manera, se encontró que el PA-PO de la UPDH están las definidas las ACTIVIDADES DEL GRUPO DE INVESTIGACION, las cuales pertenecen al proceso de Investigaciones en derechos humanos y observatorios. Incumpléndose así el enfoque por proceso estipulado en la Norma ISO 9001:2015 numeral 4.4.1 literal b.
- En el manual listado de servicios se encuentra el servicio Registro de Hechos Atribuibles a Grupos Organizados al Margen de la Ley, al revisar la base de datos del SIP de los servicios realizados del 1 de julio de 2017 y el 28 de febrero de 2018 se evidenció que no tiene atenciones registradas, se constató que éste no lo tienen clasificado como servicio a pesar de la promesa, sino que es un formato. incumpléndose así la Norma ISO 9001:2015 el numeral 4.3 lit c. No obstante se encuentra en proceso de eliminación dicho servicio a través de resolución.
- En el servicio de Verificación Vulneración Derechos Humanos se encontró según la base de datos del SIP que sólo se realizaron dos atenciones en el periodo auditado, al comprobar la primera atención no corresponde al servicio (está mal clasificada); y la otra fue realizada por otro proceso; en entrevista la coordinadora de atención al público de la UPDH y la promotora de calidad del subproceso se planteó servicio si se presta y tiene gran demanda, de hecho había sobre el escritorio de la coordinadora de atención al público de la UPDH varios informes para su visto bueno, pero estos se vinculan como tarea y no como atenciones. Ver (cítese 20180326474888EI- 40531), incumpléndose con ello la Norma ISO 9001:2015 numeral 8.5.2
- En los servicios: Tutelas (atenciones 858795475, 858800333), Impugnación (atención 858838465), Incidente de desacato (atención 858839068), Recursos (atención 858844437), Asesoría (atención 858840183), Derecho de Petición (atención 858829395); Víctimas (atención 858793102), Verificación (atenciones 858813091,

858829458), Solicitud Protección de Tierras (atención 858841387), Revocatoria Directa (atención 858837095), se encontró que en el 50% de la muestra no se cumple con los atributos de legalidad y pertinencia, incumpliendo la norma ISO 9001-2015, numeral 8.2.2

- En el servicio asesoría, se estableció el atributo de seguridad: “se radica en el sistema de información el documento generado en la atención” no obstante al revisar varias atenciones 858840183, 858841111, 858840050, 858804620, se evidenció que en el 100% de la muestra no hay documento adjunto, incumpliendo así la norma ISO 9001-2015 numeral 8.2.2
- En entrevista con la coordinadora de atención al público de UPDH y la promotora de calidad del subproceso UPDH, se consultó si cuentan con apoyo al apoyo, dada la connotación psicológica de la atención al público, la calidad de personas que atienden y las situaciones que se presentan en dichos servicios, la coordinadora manifestó que no se cuenta con éste, incumpliendo la norma ISO 9001-2015, numeral 7.1.4 en sus literales b.

Penal

- Revisando el Plan de mejoramiento Institucional, el cual se encuentra en la ruta W:\SGC\Planes\Plan Mejoramiento Institucional, y mediante a entrevista con la líder del Subproceso, se evidencia que no se realiza plan de mejoramiento a los hallazgos originados por otras fuentes diferentes a los informes de las Auditorías de Control Interno, como por ejemplo las recomendaciones realizadas por la oficina de Control Interno a través de sus informes de auditorías y compromisos originados en la reunión de revisión por la Dirección. Se realiza solo a los hallazgos de las Auditorías Internas de Calidad y si bien se identificó las causas y actividades para darle tratamiento no se evidencia el cumplimiento de ellas incumpliendo el requisito 10.1 - 10.3 mejora de la NTC ISO 9001-2015.
- Revisando las respuestas frente a las solicitud de atención para la revisión del Debido Proceso Penal o Civil , se encuentra que en la Serie 6, conformado por aproximadamente 36 respuestas, no se evidencia que efectivamente el usuario haya recibido respuesta a su solicitud, dado que fueron presentadas a la auditoria carpeta Serie 6 –marcada como revisión debido proceso y solo los siguientes cuentan con constancia de que efectivamente habían recibido respuesta atenciones 858877048-858775577 y los CITISE 2017011369826EE y 2017011378278EE, incumpliendo con ello el requisito 8.5.2 identificación y trazabilidad contenida en la norma ISO 9001:2015, además de incumplir el requisito legal contemplado en la ley artículo 23 Constitución Política y artículo 14 ley 1755 de 2015.

- Se evidencia en el subproceso Penal, que los indicadores actuales definidos, no son, pertinentes y útiles para la medición del objetivo que persiguen, ya que ya que su definición y formulación no permiten tomar decisiones oportunas, hacer seguimiento y generar mejoras en el proceso, incumpliendo el requisito 9.1.3 análisis y evaluación de la norma ISO 9001:2015.

Solución Alternativa de Conflictos

- En el subproceso de solución alternativa de conflictos, se evidencia disparidad entre los requisitos formales establecidos para presentar las solicitudes de conciliación entre la página web y la cartelera de la entidad incumpliendo el reglamento interno del centro de conciliación y el numeral 8.4.3 de la norma NTC-ISO 9001-2015.
- En el subproceso de solución alternativa de conflictos, frente a la imposibilidad de comunicar la fecha de la audiencia al convocante y convocados en razón a dirección errada, en entrevista manifiestan las conciliadoras que lo que realizan es esperar a que una de las partes se acerque y si no lo hace proceden al archivo pero no se observa con claridad en la norma o el reglamento interno procedimiento alguno establecido para este caso. Incumpliendo el numeral 3.2.7.2.3 de la norma NTC5906:2012.
- En el subproceso de solución alternativa de conflictos, se evidencia un incumplimiento al reglamento interno del centro de conciliación artículo 22, y el numeral 8.5.1 de la NTC ISO 9001-2015, respecto al número de solicitudes de conciliación que se deben recibir diariamente, según entrevista a la auditada y al personal de la taquilla del centro documental de la sede central.
- En el subproceso auditado, respecto a las solicitudes de copias en modalidad verbal, en entrevista la auditada manifiesta que se requiere la elevación de la misma a escrito por parte del usuario, también lo afirma numeral 43 del reglamento interno del centro de conciliación, yendo en contravía y desconociendo el procedimiento establecido para las peticiones verbales contempladas en la ley 1755 del 2015 y desconociendo el derecho fundamental consagrado en el artículo 23 de la constitución política.
- Se hace la revisión en el sistema de información SIP del subprocesos de solución alternativa de conflictos y se evidencia que las atenciones: 858790185, 858791738, 858791247,858792854 y 858791162 fueron finalizadas antes del mes de agosto del 2017 y a la fecha en el sistema están reportadas como repartidas y no archivadas, generando un incumplimiento al artículo 40 del reglamento interno de centro de conciliación y al numeral 7.1.5.1 de la norma NTC ISO 9001-2015.

Vigilancia Administrativa

- La implementación de las vigilancias preventivas, en el SGC, no se ha realizado, a pesar de que se otorgó un plazo de 60 días corridos, para adoptar todos los documentos del “Modelo Preventivo – Vigilancia administrativa”, mediante resolución de la oficina de planeación 160 de mayo de 2017.
- En las Vigilancias preventivas 858795139-2017, 858795040-2017, se realizan en un formato que aún no se encuentra aprobado dentro del sistema de gestión de calidad, incumpliendo la norma interna MPDI002, 4.2 ASPECTOS DE FORMA DE LOS DOCUMENTOS, 4.2.1 Formato.
- El manual listado de servicios del subproceso de vigilancia MPDI006, no se encuentra el de la vigilancia preventiva, incumpliendo el manual MPDI002, el numeral 4.1.1.5 Manual Listado Maestro de Documentos.

(Nota: Mediante Resolución Nro. 111 de 21 de marzo de 2018. Se adoptó la implementación de la vigilancia preventiva y los formatos en el SGC)

Disciplinarios

- El proceso tiene en ejecución el servicio denominado “Procesos en Línea” cuyo objeto es permitir al ciudadano la consulta del estado de los procesos y notificaciones por medio electrónico; este servicio no se encuentra documentado en el SGC. Lo anterior, genera incumplimiento a los numerales 7.5. – 8.2.4. de la NTC ISO 2001:2015
- Se evidencia en el normograma del proceso y en su caracterización, el registro de algunas normas, como por ejemplo, Ley 1599 de 2015, la cual hace referencia a la Ley 1755 de 2015, Ley 8093, Ley 8793; es decir, el normograma no está actualizado. Numeral 8.2.2 de la NTC ISO 9001:2015
- Se pudo establecer que no se hace Control de las salidas no conformes, como tampoco liberación de los productos y servicios, tal como lo establecen los numerales 8.6 y 8.7 de la NTC ISO 9001:2015

Protección del Interés Público

- En el Manual de Servicios MDPI006-08 “TRAMITE DE ACCIONES LEGALES YO COSTITUCIONALES”, no se encuentra incluido el servicio “Acción de Tutela Especial” contemplado en la norma NSCI001M; por lo anterior, este servicio no cuenta con atributos de calidad. -NTC ISO 9001:2015, numerales 8.2.2. y 7.5.1-

- La Norma NSCI001 incluye el servicio “TRAMITE DE ACCIONES LEGALES Y/O CONSTITUCIONALES, donde se contempla entre otros la “...acción de tutela especial”, popular, etc.”, para ello se tiene establecido “...un término de estudio y elaboración de máximo tres (3) meses, prorrogables por dos mes (2) más en caso de ser procedente, previo visto bueno del líder del proceso”. (negrilla fuera de texto).
De lo anterior, se desprende que a la Acción de Tutela Especial, no se le da aplicación al Principio de Inmediatez, contemplado por la Corte Constitucional mediante varias sentencias (T-332/2015, T-246/2015, T-584/11, etc.) en donde se manifiesta que la acción de tutela debe interponerse en un plazo razonable contado desde la fecha de ocurrencia de los hechos que violaron los derechos fundamentales del accionante, con el fin de no crear situaciones de inseguridad, que vulneren derechos de terceros involucrados. -NTC ISO 9001:2015 numeral 8.2.2-.
- La atención 858836869 del 17 de enero de 2018 del servicio Reclamación y Seguimiento a Derechos del Consumidor generada en Atención al Público, fue remitida a la UPIP sin que se le adjuntaran los requisitos mínimos determinados para este servicio (Factura y Certificado de Garantía) (ver Norma NSGP002 NSGP002); adicional a lo anterior, el Procedimiento “PSGP006 Atención Personal”, no señala el adjuntar estos documentos a la solicitud, lo cuales son insumos importantes para este servicio. NTC ISO 9001:2015 numeral 8.2.2., 7.5.1. ítem b).
- El proceso incluye para trámite el formato FSPC004, el cual es un formato de la Superintendencia de Industria y Comercio, entidad totalmente ajena a la Personería de Medellín y a nuestro Sistema de Gestión de Calidad. Adicional a ello, se observa que es un documento que es firmado por el usuario y que la Personería no es responsable ni de la conservación, como tampoco se hace parte jurídica de su contenido, ni del control de la versión, pese a todo lo anterior, también se le incluye el cuadro de versión con los datos de la Personería. NTC 9001:2015 numeral 7.5.2., 7.5.3.2.
- El servicio de “Efectividad al Derecho de Petición” tiene como insumo la documentación que recibe desde el Centro Documental. Se pudo evidenciar que los derechos de petición que se elaboran en Atención al Público son allegados a la UPIP “al mes de elaborado el documento”; es decir, se supera el término establecido en la Ley 1755 de 2015.
Lo anterior, implica que cuando el usuario acude a la entidad para que se le haga efectiva la respuesta, la funcionaria debe acudir al Centro Documental para que se le suministre la información necesaria para prestar este servicio, incumpléndose lo establecido en la Norma “NDPI001 numeral 1.6 REPARTOS, 1.6.1. Realización de los repartos que fueron enviados de la atención al público, deben hacerse en el término de un (1) día hábil....” y la NTC ISO 9001:2015 numeral 8.1
- En revisión efectuada a los formatos del proceso, se pudo evidenciar que no se encuentran actualizados, en varios de ellos se registra el cargo de “Abogado Asesor”

el cual desapareció de la estructura de la entidad, igualmente se cita un software de gestión que ya fue reemplazado (G.P.C.). También se observa que no tienen registrado el tiempo de retención documental. Ejemplo de ello el formato FSPC001, FSPC005 “Solicitud de Averiguación Disciplinaria” y FSPC007 “Solicitud Cumplimiento del Deber Legal, registran el cargo de “Abogado Asesor”, el FSPC046, FSPC047, FSPC045, etc.- NTC ISO 9001:2015 numerales 7.5.2 ítem a) y 7.5.3.2 ítem c)

Gestión Recursos Financieros

- Revisando el Plan de mejoramiento Institucional, el cual se encuentra en la ruta W:\SGC\Planes\Plan Mejoramiento Institucional, se evidencia que no se realiza plan de mejoramiento a los hallazgos originados por otras fuentes diferentes a los informes de las Auditorías de Control Interno, como por ejemplo las recomendaciones realizadas por la oficina de Control Interno a través de sus informes de auditorías y compromisos originados en la reunión de revisión por la Dirección. Se realiza solo a los hallazgos de las Auditorías Internas de Calidad, incumpliendo el requisito 10.1 - 10.3 mejora de la NTC ISO 9001-2015.
- Mediante entrevista realizada a la Profesional Universitaria Contadora, y revisión de los procedimientos del subproceso de Gestión Financiera, se evidencia incongruencia entre las actividades realizadas y las contenidas en los procedimientos definidos en el subproceso, como se pudo evidenciar en los procedimientos PAFC 006- Informe de ejecución Presupuestal, PAFC007-Revisión Soportes Contables, PAFC009 Fondo Fijo Reembolsable, incumpliendo con ello el requisito 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios de la NTC9001-2015.

Gestión Contractual

- No se evidencia resolución suscrita por el Señor Personero que apruebe y adopte el Manual de Contratación que está vigente (MDPI009, versión 08). El documento que aprueba dicho reglamento dentro del Sistema de Gestión de Calidad es la Resolución N° 020 del 16 de enero de 2018 la cual está firmada por el Jefe de la Oficina de Planeación. Esta situación sugiere incumplimiento del artículo 11° de la Ley 489 de 1998.
- De acuerdo a testimonio de los entrevistados, el Plan Anual de Adquisiciones de la Entidad fue modificado durante el año 2017 considerando lo estipulado en el artículo 2.2.1.1.1.4.4 del Decreto 1082 de 2015, sin embargo no es posible evidenciar las actas del Comité Directivo, instancia que evalúa y aprueba dichos cambios según lo establece el numeral 8 del Capítulo I del Manual de Contratación de la Entidad MDPI009.

- Como respuesta a los hallazgos de la auditoría realizada por la Oficina de Control Interno a la Contratación, los cuales fueron informados el día 29 de diciembre de 2018, se evidencia correo de envío del Plan de Mejoramiento a la Oficina de Planeación el día 06 de abril de 2018, incumpliendo con los plazos establecidos en el procedimiento PMSM004 Acciones correctivas, en su secuencia N°5.
- 5 de los 6 contratos de prestación de servicios revisados que se encuentran en estado “liquidado” dentro del SECOP, no contienen dentro de su respectivo expediente, el Informe Final de Supervisión (formato FAFC072), incumpliendo el numeral 3.1.2 del capítulo IV del Manual de Contratación MDPI009.
- Dentro de los estudios previos correspondientes a los contratos N° 4600073686 y 4600072029, se establece clasificación de riesgo laboral “tipo 3” con una tasa de liquidación de 2.436%. Sin embargo, en las planillas que soportan el pago de los aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista, se evidencia que el aporte a riesgos laborales se hace por un valor menor, aplicando una tasa correspondiente a riesgo de tipo 1 o 2. Esta situación sugiere que los supervisores de los respectivos contratos no están ejecutando la actividad de supervisión administrativa que cita la viñeta 10, del numeral 2, del capítulo V del Manual de Supervisión de la Entidad MDPI011.
- Los informes de actividades y acta de interventoría asociados a los contratos 4600072528, 4600071615, MINI 2017-2 y MINI 2017-3, sólo contienen firma del supervisor y no registran la firma del contratista, lo que sugiere que éste último no está participando en la reunión de seguimiento referida en el mismo informe y que además se está omitiendo los campos obligatorios del formato FAFC069 incumpliendo así el numeral 7.5.3.2 de la norma ISO 9001: 2015 (Control de la Información Documentada)

Gestión del Talento Humano

- No se evidencia elaboración ni envío del Plan de Vacantes Anual al Departamento Administrativo de la Función Pública, al que se refiere el artículo 15, literal b, de la Ley 909 de 2004.
- No se evidencia el Plan de Previsión de Recursos Humanos en los términos establecidos por el artículo 17 de la Ley 909 de 2004.
- En entrevista con funcionarios y contratistas de la Personería Auxiliar, se evidencian importantes riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos y que no han sido incluidos y evaluados dentro del Mapa de Riesgos del proceso de Talento Humano, entre otros: baja participación del personal en las capacitaciones sobre el SGSST, reporte inoportuno de las incapacidades y baja participación del personal en la evaluación de los Programas de Bienestar. Adicionalmente, el Contratista que lidera la

implementación del SGSST expresa no haber participado en las actividades de identificación y análisis de riesgos en el presente año. Dichas situaciones representan incumplimiento del numeral 6.1.1 de la norma ISO 9001:2015 y de las secuencias 9, 10 y 11 del procedimiento PDEPI025 “Administración del Riesgo”.

- 6 de 9 expedientes laborales de funcionarios que fueron vinculados o trasladados a nuevos cargos en el periodo Julio 2017 – Febrero de 2018, no evidencian registro de planificación y ejecución de entrenamiento en el nuevo puesto de trabajo, lo cual sugiere un incumplimiento del numeral 7.2, literal c, de la norma de ISO 9001:2015.
- En el desarrollo de las actividades de Auditoría se solicitaron documentos que no pudieron ser presentados por los auditados. Los contratistas o funcionarios a los cuales se requirieron registros como: correos electrónicos relacionados a nuevos ingresos, informe de personas beneficiarias del incentivo para estudio superior, correos electrónicos para la creación o eliminación de perfiles en el SIP, entre otros, informaron que estos registros eran administrados por un funcionario que al momento de la auditoría se encontraba en vacaciones y por tanto no tenían acceso a los mismos. Esta situación representa un incumplimiento del numeral 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015.
- No se evidencia acto administrativo vigente que dicte la reglamentación interna de la Comisión de Personal de la Personería de Medellín, incumpliendo así el artículo 1° del Decreto 1228 de 2005.
- No existen Actas de Reunión donde se evidencie que la actual Comisión de Personal de la Personería de Medellín ha realizado las reuniones mensuales obligatorias de acuerdo al artículo 16 de la Ley 909 de 2004
- No existe evidencia del envío de informe trimestral de las actuaciones de la Comisión de Personal de la Personería a la CNSC en los términos que dicta el artículo 16, numeral 3, de la Ley 909 de 2004. Aun existiendo una acción correctiva planteada por el proceso, para solucionar este reiterativo incumplimiento, las funcionarias miembro de la Comisión de Personal entrevistadas, manifiestan que las actividades propuestas en dicho Plan, no se han llevado a cabo y que tampoco fueron consideradas en el análisis de causa de dicho incumplimiento.
- No se evidencia procedimiento claro y documentado para la selección de los mejores empleados de carrera y de libre nombramiento y remoción. Adicionalmente no se presenta registro que evidencie el proceso llevado a cabo y la elección objetiva de dichos empleados en el año 2017. Tal situación sugiere incumplimiento del artículo 79 del Decreto 1227 de 2005.
- EL 100% de expedientes revisados, correspondientes a empleados de carrera administrativa (7 empleados), no cuentan con el registro de “concertación de

CITese : 20180126524172EI

compromisos laborales” para la vigencia febrero 2018 – enero 2019, incumpliendo así con el artículo 21 del Acuerdo 565 de 2016. Tampoco se evidencia este registro de concertación en los expedientes revisados de los empleados en provisionalidad (8 empleados) y que de acuerdo a la Resolución N° 402 del 26 de agosto de 2016, debería realizarse.

- El 100% de los expedientes revisados, correspondientes a empleados de carrera administrativa y provisionalidad (7 empleados de carrera y 8 provisionales), no cuentan con el registro de “calificación anual desempeño laboral” y su respectiva notificación, para la vigencia febrero 2017 – enero 2018, incumpliendo así con el artículo 26 del Acuerdo 565 de 2016, los artículos 38 y 39 de la Ley 909 de 2004 y la Resolución 402 del 26 de agosto de 2016.
- No se evidencia registro de la consolidación de los resultados de Evaluación de Desempeño correspondientes a la vigencia Febrero 2016 – Enero 2017, ni la presentación de los mismos al Jefe de la Entidad, tal y como lo exige el artículo 61 del Decreto 1227 de 2005 y el artículo 8, numeral 5, literal c, del Acuerdo 565 de 2016.
- 7 de 10 expedientes revisados, correspondientes a empleados de gerencia pública, no cuentan con el evidencia de concertación de los “acuerdos de gestión” para la vigencia febrero 2017 – enero 2018, situación que sugiere incumplimiento del artículo 104 del Decreto 1227 de 2005.
- El 100% de los expedientes revisados correspondientes a empleados de gerencia pública (10 empleados de libre nombramiento y remoción), no cuentan con el evidencia de evaluación a los “acuerdos de gestión” para la vigencia febrero 2016 – enero 2017, incumpliendo así los artículos 107 y 108 del Decreto 1227 de 2005.
- 5 de 8 expedientes laborales, de funcionarios que fueron desvinculados o trasladados a nuevos cargos en el periodo Julio 2017 – Febrero de 2018, no evidencian registro de Acta de Entrega incumpliendo así el artículo 15 de la Ley 1594 de 2000.
- 6 de 6 expedientes revisados correspondientes a empleados de que fueron encargados en comisión de servicios durante el segundo semestre de 2017, no cuentan con el informe ejecutivo de actividades desarrolladas en la respectiva comisión, incumpliendo así, artículo 2.2.5.5.29 del Decreto 1083 de 2015. Tampoco se presenta en el desarrollo de la auditoría, el informe o relación de comisiones, que según este mismo artículo, debe ser presentando de manera bimestral al Director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.
- No se evidencia claridad sobre los procedimientos o protocolos para la asignación y administración de usuarios y claves relacionadas a aplicaciones tecnológicas externas y su modo de uso, que son completamente necesarias para dar cumplimiento a los

requisitos de Ley asociados al proceso, como se evidencia en las siguientes situaciones:

- Gestión de claves, permisos, roles y conocimientos para el reporte de información a la CNSC con respecto a las actuaciones de la Comisión de Personal.
- Gestión de claves, roles y conocimientos para la administración de información en el SIGEP

Lo anterior, contraviniendo el numeral 7.1.6 de la norma ISO 9001:2015.

Gestión Documental

- La Entidad cuenta con fondos documentales, los cuales vienen siendo custodiados por el Municipio de Medellín desde hace varios años en dos de sus sedes (Sótano de la Alcaldía y San Benito). A los fondos de San Benito no se les ha hecho aplicación de Tablas de Valoración Documental (T.V.D.), eliminación y selección de muestreo. A estos dos fondos documentales no se les ha hecho transferencias al Archivo Histórico de Medellín, acorde con lo establecido en las Tablas de Retención Documental (T.R.D.), la Ley 594 de 2000. Decreto 1080/2015 Capítulo 9, Art. 2.8.2.9.3 Archivo Histórico, Decreto 2609/12, etc. – NTC ISO 9001:2015 7.5.3.2. – 8.1.

- No se ejerce control ni se cuenta con procedimiento que garantice el seguimiento y trazabilidad a las respuestas de los derechos de petición internos (Ley 1755/2015); es decir, las peticiones que están directamente relacionadas con las funciones que cumple la entidad, las cuales ingresan por medio de taquilla (escritos), vía telefónica (verbal), correo electrónico y el sistema INFO. Estas actividades están adscritas a otra área de gestión en donde igualmente no se ejerce control al respecto. Ejemplo de ello, la solicitud de aplazamiento de audiencia de conciliación, recibida por medio del sistema INFO, la cual fue remitida directamente por correo electrónico al área de gestión, sin surtirle los trámites de radicación en el Centro Documental. (ver documentos adjuntos). NTC ISO 9000:2015 numeral 8.2.2.

Observación: Existe un programa creado por el área de sistemas, pero no se le da aplicación.

Lo anterior, genera incumplimiento a lo establecido en el Art. 8 acuerdo 060/01 “Las unidades de correspondencia, elaborarán planillas, formatos y controles manuales o automatizados que permitan certificar la recepción de los documentos, por parte de funcionarios competentes y dispondrán de servicios de alerta para el seguimiento a los tiempos de respuesta de las comunicaciones recibidas.

Y al Artículo 2.8.2.5.4. Coordinación de la gestión documental. Teniendo en cuenta que la gestión documental es un proceso transversal a toda la organización, los diferentes aspectos y componentes de la gestión de documentos deben ser coordinados por los respectivos Secretarios Generales o quienes hagan sus veces, a través de las oficinas de archivo de cada entidad. (negrilla fuera de texto).

- El subproceso en su objetivo tiene establecido: “...Efectuar todas las actividades enmarcadas en el Programa de Gestión Documental permitiendo un adecuado manejo de la planeación, producción, Gestión, trámite, organización, transferencia, disposición, preservación y valoración de los documentos a partir de la aplicación de metodologías que Cumplan con aspectos legales vigentes y políticas establecidas.
Se pudo evidenciar que no se ha implementado y aprobado el PGD (Plan de Gestión Documental) tal como lo contempla, el Decreto 1080/2015, capítulo V Sistema de Gestión Documental, Arts. 2.8.2.5.10, Obligatoriedad del Programa de Gestión Documental, 2.8.2.5.11 Aprobación del Programa de Gestión Documental, El Programa de Gestión Documental (PGD) debe ser aprobado por el Comité de Desarrollo Administrativo conformado en cada una de las entidades del orden nacional o el Comité Interno de Archivo en las entidades del orden territorial. La implementación y seguimiento del PGD es responsabilidad del área de archivo de la Entidad en coordinación con la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces. (negrilla fuera de texto); el Artículo 2.8.2.6.3. Preservación de documentos en ambientes electrónicos
CAPÍTULO VII, La Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo y demás normas de obligatoriedad cumplimiento. (La conformación de expedientes virtuales y/o electrónicos con documentación electrónica de archivo deberá cumplir con los principios archivísticos de procedencia y orden original), etc.
NTC ISO 9001:2015 6.2. - 7.5. 8.2.2.
- El Manual de Procedimientos PARL012 en su ítem 6 “Destinación de comunicaciones externas recibidas para nueva actuación en recepción y reparto”, establece como responsable funcionarios con cargo de “Profesional universitario Abogado” lo cual tiene como fin, el garantizar que los repartos se hagan de acuerdo con los temas jurídicos implícitos en cada comunicación; pero se pudo verificar que esta función la están desempeñando en igualdad de criterios una profesional universitaria-Abogada y una Auxiliar Administrativa. Igualmente se pudo evidenciar que la coordinación de estas dos funcionarias la ejerce un proceso diferente (Atención al Público), sin que se establezcan controles y seguimiento a las actividades.
El Decreto 1080/2015, Artículo 2.8.2.5.4. Coordinación de la gestión documental. Teniendo en cuenta que la gestión documental es un proceso transversal a toda la organización, los diferentes aspectos y componentes de la gestión de documentos deben ser coordinados por los respectivos Secretarios Generales o quienes hagan sus veces, a través de las oficinas de archivo de cada entidad.
NTC ISO 9000;2015 numeral 8.1, 8.2.2.
- No se cuenta con control, ni hay asignado un responsable para la coordinación de la mensajería interna; las planillas donde se registran las comunicaciones se las proporciona el mismo mensajero por medio de fotocopias, las cuales una vez tramitadas son guardadas en una gaveta sin ningún control ni tramite del documento que defina su valoración y/o conservación, tal como lo establece el manual de procedimientos PARL012 en su Item 16 “Entregar planillas una vez cumpla el tiempo

en archivo de gestión según cronograma de transferencias.” NTC ISO 9001:2015 numeral 8.1

Artículo 3 Acuerdo 060 de 2001 “...Las unidades de correspondencia deberán contar con personal suficientemente capacitado y de los medios necesarios que permitan recibir, enviar y controlar oportunamente el trámite de las comunicaciones de carácter oficial, mediante el servicio de mensajería interna y externa, fax, correo electrónico u otros, que faciliten la atención de las solicitudes presentadas por los ciudadanos que contribuyan a la observancia plena de los principios que rigen a la administración pública. (negrilla fuera de texto).

- La Numeración de los Actos Administrativos (Resoluciones) que emite la Entidad a la fecha se está haciendo de manera electrónica por medio de una hoja de cálculo, sin la observancia de lo estipulado en el Acuerdo 060 de 2001 en su “...ARTICULO SEXTO: Numeración de actos administrativos: La numeración de los actos administrativos debe ser consecutiva y las oficinas encargadas de dicha actividad, se encargarán de llevar los controles, atender las consultas y los reportes necesarios y serán responsables de que no se reserven, tachen o enmienden números, no se numeren los actos administrativos que no estén debidamente firmados y se cumplan todas las disposiciones establecidas para el efecto.(negrilla y subraya fuera de texto); como tampoco se está dando cumplimiento a lo establecido en el Manual de Procedimientos PARL012 Ítem 12, “...RECEPCIÓN DE RESOLUCIONES...”
- Los indicadores de gestión del Subproceso no tienen incluidas todas las actividades que apuntan al cumplimiento de su objetivo, entre ellas, el Trámite de comunicaciones oficiales por correo electrónico, telefónicas e INFO; Estas actividades a la fecha hacen parte de otro proceso en donde se pudo evidenciar que igualmente no son tenidas en cuenta para esta valoración. NTC ISO 9000:2015, numeral 9.1
- No se tiene establecido en los manuales de procedimientos los cargos de los funcionarios autorizados para firmar la documentación de origen interno y externo que genera la institución, lo cual no guarda observancia de lo determinado en el Acuerdo 060/01, Artículo Cuarto: “Firmas Responsables: Toda Entidad debe establecer en los manuales de procedimientos los cargos de los funcionarios autorizados para firmar la documentación con destino interno y externo que genere la institución. Las unidades de correspondencia velarán por el estricto cumplimiento de estas disposiciones, radicando solamente los documentos que cumplan con lo establecido...” (subraya fuera de texto). NTC ISO 9000;2015 numeral 8.2.2.
- En el Plan de Acción del 2017 se registró la implementación del “Programa Cero Papel”, con una sola actividad tendiente a dar cumplimiento a toda la normatividad legal establecidas para el desarrollo del mismo, como por ejemplo las firmas electrónicas, archivos digitales, etc. (Decreto 2609/12, Capítulo IV “La Gestión de Documentos Electrónicos”, Directiva Presidencial 04/12, entre otras). Se pudo verificar

que no se cumplió la meta establecida, no contribuyendo de esta manera al cumplimiento del objetivo en el Plan Estratégico en su Línea 3, "...Una personería que comunica, evalúa y aplica tecnología en su servicio.

Igualmente se genera incumplimiento a lo establecido en el numeral 8.1, de la NTC ISO 9000;2015.

Bienes Administrativos

- En el procedimiento acceso de usuarios externos a la Sede Principal, se tiene como objetivo garantizar el acceso controlado de usuarios externos, la auditada manifiesta que el acceso carece de controles, toda vez, que se permite el ingreso de usuarios externos en algunas ocasiones sin la debida autorización o tarjeta de ingreso, incumpliendo el procedimiento PARL029 y generando un riesgo para la entidad, incumpliendo lo establecido en el numeral 6.1.1 literal ©. ISO 9001:2015. ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y LAS OPORTUNIDADES – Prevenir o reducir efectos no deseados.
- En el procedimiento de mantenimiento de instalaciones, se verifica la existencia del cronograma anual, pero no se cuenta con evidencias o información documentada que soporten o validen su ejecución, revirtiendo el cumplimiento del aparte 7.1.3 literal (a) ISO 9001:2015 INFRAESTRUCTURA – Edificios y servicios asociados; y el procedimiento PARL019 en su secuencia 2.
- Al indagar por la toma física o inventarios de suministros, (papelería), se evidencia mediante documento, que se realiza una relación de los productos y su respectiva cantidad, pero no se establece una relación entre existencias iniciales, suministros entregados durante el periodo y existencias finales, a fin de llevar un control riguroso de los mismos. Incumpliendo el requisito 8.1 literal (d) de la ISO 9001:2015. PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL – Implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios.
- Al verificar el estado de las instalaciones, se evidencia en la Unidad Permanente para los Derechos Humanos, el no funcionamiento del aire acondicionado, impidiendo que los funcionarios/contratistas desarrollen sus actividades en un ambiente adecuado y del mismo modo generando incomodidad a los usuarios, incumpliendo el requisito 7.1.4 en su literal ©. ISO 9001:2015 AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS – Físicos (temperatura, calor, circulación del aire).

Gestión Informática

- Al revisar el plan de acción de del subproceso en la actividad de "Convenio Bibliotecas Virtuales", aparece con una evaluación del 100% y la actividad no se realizó, incumpliendo la norma 9.1.1, literal b.

- Se solicita información sobre el seguimiento a las actividades del programa Software y no se tienen evidencias. Incumpliendo la norma 9.1. literal, c y d parágrafo 2.

Gestión Jurídica

- Se evidencia en la página web de la entidad en la pestaña (documentos- conceptos jurídicos), que no se suben a la página web los conceptos jurídicos elaborados en la Personería de Medellín, incumplimiento el procedimiento PAHJ014 Emisión Concepto Jurídico, en el numeral 18.
- No se evidencia procedimiento que guíe el trámite del derecho de petición en la entidad, situación que genera riesgo de incumplimiento al artículo 22 de la ley 1437 de 2011, sustituido por la ley 1755 de 2015 y del numeral 7.5.1 b) de la NTC ISO 9001: 20015 Información Documentada.

Mejoramiento Continuo

- Se evidenció en la caracterización del proceso que tiene determinados requisitos legales que ya se encuentran derogados, incumpléndose así la norma ISO 9001:2015 en su numeral 4.3 inciso b).
- En el SGC se encontró que en la NMSM002 MEJORAMIENTO CONTINUO las entradas de la revisión por la dirección no están actualizadas y que en el procedimiento PMSM004 ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS contempla aún acciones preventivas, incumpléndose así el 6.2.2 literal a).

Satisfacción de la Partes Interesadas

- SEÑALA LA NORMA INTERNA NDPI003 PLANIFICACION INSTITUCIONAL V7, EN SU NUMERAL 2.2.4. QUE SE DEBEN REALIZAR CIRCULOS DE CALIDAD DONDE SE REALICEN ENTRE OTRAS LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: HACER SEGUIMIENTO A LOS OBJETIVOS DEL PROCESO, IDENTIFICACIÓN Y ANALIZAR LOS PROBLEMAS (NO CONFORMIDADES) QUE SE IDENTIFICAN DENTRO DEL PROCESO Y SUS CAUSAS, DEFINIR LOS PLANES DE MEJORA MEDIANTE ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS, IDENTIFICAR LOS RIESGOS DE MAYOR OCURRENCIA Y LA ACCIÓN PREVENTIVA A REALIZAR, IDENTIFICAR Y PROPONER LOS CAMBIOS QUE PUEDAN AFECTAR EL PROCESO, ANALIZAR Y HACER SEGUIMIENTO A LAS QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS DEL PROCESO, NO SE EVIDENCIA EN ACTAS EL MEJORAMIENTO CONTINUO DEL PROCESO, PARA EL AÑO 2018, INCUMPLIENDO CON ELLO CON EL NUM 9.1.3.

- AL INDAGAR AL PERSONAL QUE ATIENDE A LOS USUARIOS VIA TELEFONOS EN LA OFICINA PRINCIPAL, MANIFIESTAN QUE NO HAN SIDO CAPACITADOS EN LA RECEPCION DE P,Q,R y S, CON ELLO SE EVIDENCIA QUE PERSISTEN LOS HALLAZGOS DE AUDITORIAS ANTERIORES Y NO SE REALIZA LA MENORA CONTINUA DENTRO DEL PROCESO, INCUMPLIENDO CON ELLO CON EL NUMERAL 10.3 DE LA NORMA ISO 9001-2015 MEJORA CONTINUA.

Evaluación Independiente

- Se evidencia que el informe de Evaluación por Dependencias correspondiente al año 2017, con citise 20180113484710RE, que fue remitido al representante legal de la entidad (Personero de Medellín) el día 31 de enero de 2018, cuando se establece un tiempo de entrega a más tardar el 30 de enero de la siguiente vigencia. Incumpliendo lo definido en la ley 909 de 2004 art 39, Decreto 1227 de 2005 y Circular 04 de 27 d septiembre de 2005.
- No se evidencia en la caracterización (CMEI020), ni en el manual normograma por procesos (MDPI008), requisito aplicable a este proceso, por ejemplo, la Ley 951 de 2005, incumpliendo el requisito 4.4 literal c de la norma ISO 9001:2015
- Al indagar por los estatutos de auditoria y el código de ética del auditor, la auditada manifiesta que no existen, incumpliendo lo definido en el Decreto 648 de 2017 art. Artículo 2.2.21.4.8 y en la norma NMEI002