

COMUNICACIÓN INTERNA

Fecha: 18 de septiembre de 2020

Para: Dr. William Yeffer Vivas Lloreda
Personero de Medellín

Directivos Personería de Medellín

CC: Auditores Internos de Calidad – Auditores en Formación

Asunto: Informe Consolidado de Auditoría de Calidad Julio 2019 – Agosto 2020

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 Julio 2019 – Agosto 2020.

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

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

Atentamente,

LUIS FERNANDO ORTIZ SANCHEZ
Jefe Oficina de Control Interno

CITese : 2020010884956EI



INFORME CONSOLIDADO AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

Elaborado por:

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
PERSONERÍA DE MEDELLÍN**

Medellín, septiembre de 2020

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 4

2. OBJETIVO 4

3. ALCANCE 4

4. CRITERIOS DE AUDITORÍA 5

5. RIESGOS DE AUDITORÍA 6

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS 7

 6.1 Distribución de Hallazgos por subproceso 8

 6.2 Elementos comunes de riesgo o incumplimiento 9

 6.3 Estado de los Planes de Mejora 11

 6.4 Descripción de los Hallazgos 12

7. CONCLUSIONES 12

 ANEXO 1. Elementos de Riesgo/Incumplimiento versus Requisitos NTC ISO 9001:2015
 13

 ANEXO 2. Descripción de los hallazgos 13

 FORTALEZAS 13

 OBSERVACIONES 19

 NO CONFORMIDADES 32

1. INTRODUCCIÓN

El 12 de diciembre de 2019, el Comité de Coordinación de Control Interno de la Personería de Medellín aprobó el Programa Anual de Auditorías para el año 2020, 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 2020. El 18 de junio de 2020 en el mismo comité Se expone la dificultad presentada durante lo corrido del presente año, para iniciar las auditorías internas, debido a la pandemia del Covid 19 y para ello se insta a consideración una nueva programación, iniciando el 1 de Julio de 2020 y terminando el 20 de agosto.

La Auditoría Interna de Calidad fue desarrollada por el Equipo Auditor, conformado por 11 profesionales certificados para dicha tarea. Fueron evaluados de manera independiente 18 subprocesos asociados a los 11 procesos vigentes en la Entidad.

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

2. OBJETIVO

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

3. ALCANCE

El periodo de evaluación de la Auditoría Interna de Calidad comprendió desde el mes de abril de 2019 hasta el mes de junio de 2020. Fueron incluidos dentro del Programa Anual de Auditoría todos los procesos de la Entidad y sus respectivos subprocesos a excepción de Gestión Financiera y Gestión Contractual, ya que dado el cambio de administración

surgió la necesidad de contratar estas dos auditorías y así tener un diagnóstico más profundo del estado de los mismos, a continuación se citan los subprocesos auditados:

Tabla 1. Procesos auditados y auditores asignados

Proceso/Subproceso	Auditor Asignado
Planificación Institucional	Elizabeth Cuellar
Observatorios e Investigaciones DDHH	Diego Zuluaga
Gestión de Comunicaciones	Julied Marín
Atención al Público	Andrea Quirama
UPDH	Maria Ximena Pereira
Penal	Liliana Ravagli
Conciliaciones	Jaime Cárdenas
Vigilancia Administrativa	Héctor Preciado
Disciplinarios	Juan Fernando Duque
Protección del Interés Público	María Catalina Diez
Gestión del Talento Humano	Hector Preciado
Gestión Documental	Elizabeth Cuellar
Bienes Administrativos	Mónica Tobón
Gestión Informática	Liliana Ravagli
Gestión Jurídica	Catalina Diez
Mejoramiento Continuo	Andrea Quirama
Satisfacción de la Partes Interesadas	Maria Ximena Pereira
Evaluación Independiente	Jaime Cárdenas

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
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

5. RIESGOS DE AUDITORÍA

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

Tabla 2. Riesgos Programa de Auditoría 2020

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"> • Diversificación del Equipo Auditor: Formación de nuevos auditores vinculados a diferentes áreas y procesos de la entidad • Comunicación del programa de auditoría con suficiente antelación • Socialización Estatuto de Auditoría y Código de Ética del Auditor (refuerzo de responsabilidades y compromiso)
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"> • 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). • Comunicación del programa de auditoría a los Líderes (Jefes directos de auditores) con suficiente antelación
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 NORMOGRAMA DE CONTROL INTERNO

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como resultado de este ciclo de Auditorías Internas de Calidad, se encontraron **118 hallazgos (73 No conformidades y 45 observaciones)**, los cuales se analizan en este apartado.

6.1 Distribución de hallazgos por subproceso

En la Tabla N° 3 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.

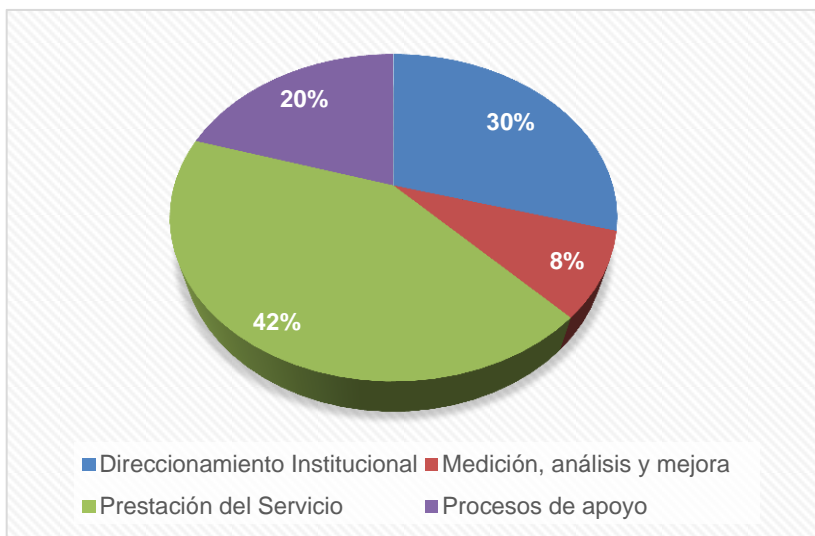
Tabla 3. Distribución de Hallazgos por Tipo de Hallazgo y Subproceso

PROCESO/SUBPROCESO	TOTAL HALLAZGOS	NO CONFORMIDADES	OBSERVACIONES
Planificación Institucional	10	6	4
Observatorios e Investigaciones DDHH	5	2	3
Gestión de Comunicaciones	5	4	1
Atención al Público	5	3	2
UPDH	8	4	4
Penal	11	7	4
Protección del interés público	4	3	1
Vigilancia Administrativa	7	4	3
Disciplinarios	8	1	7
Conciliaciones	6	5	1
Gestión del Talento Humano	6	3	3
Gestión Jurídica	7	4	3
Gestión Documental	9	8	1
Bienes Administrativos	2	2	0

Gestión Informática	15	11	4
Mejoramiento Continuo	4	3	1
Satisfacción de las Partes Interesadas	6	3	3
Evaluación Independiente	0	0	0
TOTAL	118	73	45

En el Gráfico N° 1 se puede visualizar que el 72% de los hallazgos encontrados provienen de los procesos de Direccionamiento Institucional y de Prestación del Servicio.

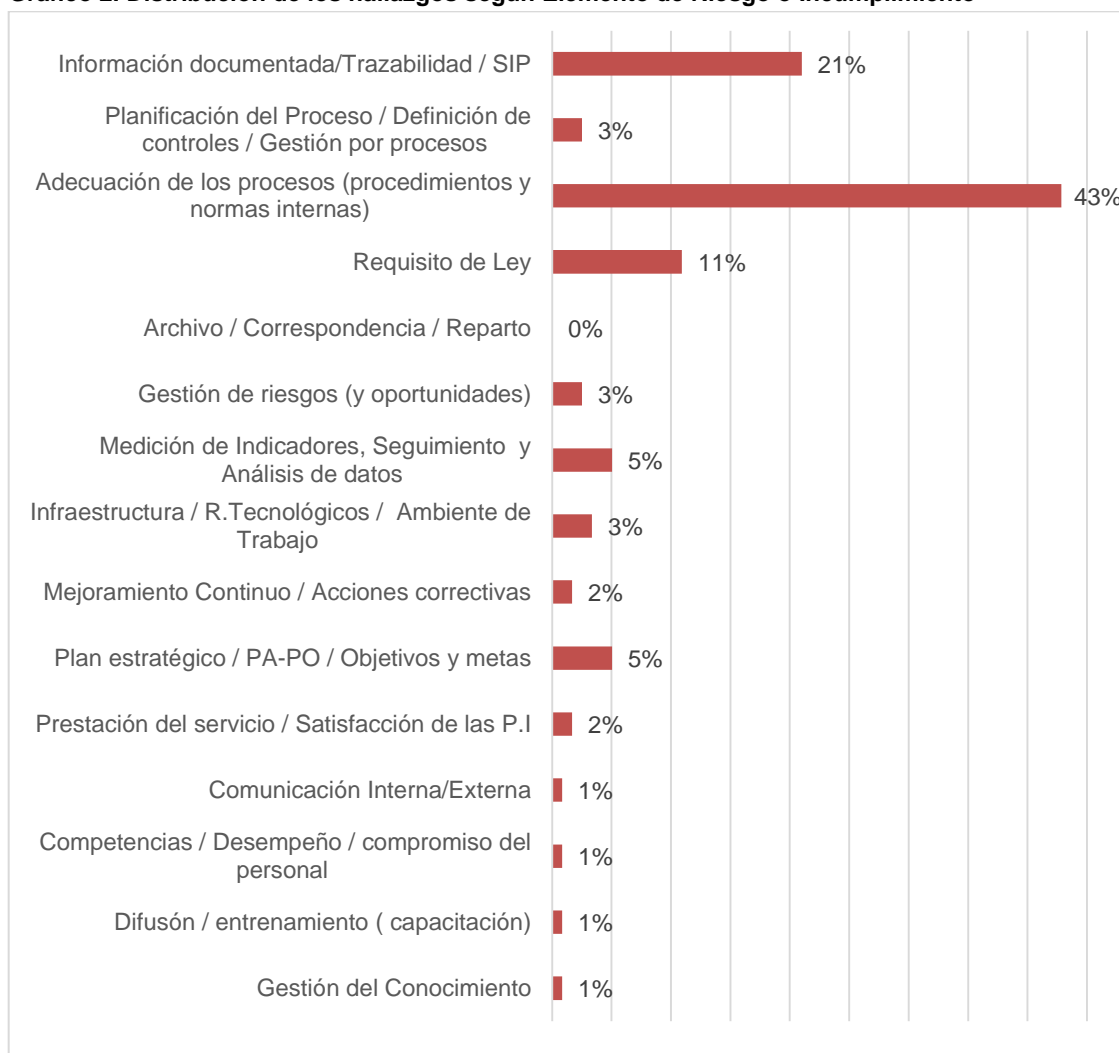
Gráfico 1. Distribución de los hallazgos por tipo de proceso



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 los hallazgos analizados, que el 27% de estos, se refiere a riesgos o incumplimientos relacionados a la Planificación del proceso, Prestación del servicio incumplimiento del Plan Estratégico y Desarrollo del Talento Humano.

Así mismo el 21% de los hallazgos corresponden a la información documentada y/o a la trazabilidad de la misma. Dentro de estos hallazgos se incluyen aquellos alusivos a la falta o el inadecuado registro de los datos de los servicios y procesos en el Sistema de Información de la entidad, SIP.

Igualmente, el 43% de los hallazgos cita algún riesgo o incumplimiento frente a la falta de adecuación de los procesos, es decir, que las directrices internas establecidas dentro de los documentos del SGC (normas, manuales y procedimientos) no se ajustan a la realidad de muchos procesos, o bien porque estos se encuentran desactualizados o, porque aun estableciéndose las actividades y directrices correctas y pertinentes, estas no son acatadas por los líderes, funcionarios y contratistas.

Es de relevancia anotar que un 11% de los hallazgos advierten sobre riesgos o incumplimientos de requisitos legales que aplican a la entidad y a sus procesos. Entre otros, se encuentra inobservancia de uno o más artículos relacionados a las siguientes normas:

- Decreto 1083 de 2015
- Ley 909 de 2004
- Decreto 1080 de 2015
- Ley 594 de 2000
- Decreto 415 de 2016
- Decreto 612 de 2018
- Ley 1581 de 2012 (protección de datos)
- Ley 1755 de 2015

6.3 Estado de los Planes de Mejora

Dentro de las actividades de auditoría, se realizó seguimiento de los planes de mejora establecidos como respuesta a los hallazgos de la auditoría de calidad de la vigencia anterior. Cada uno de los auditores internos, reportó en los respectivos informes de hallazgos el estado de las acciones correctivas planteadas por los líderes el año 2019.

Según los resultados de este monitoreo, se concluye, que **de 74 acciones vigentes generadas por auditoría interna de calidad en el año 2019, 60 se pudieron cerrar de manera eficaz**. En otras palabras, aproximadamente el 81% de las desviaciones encontradas en la auditoría de calidad del 2019, se pudieron superar de manera efectiva.

6.4 Descripción de los Hallazgos

En el *Anexo 2. Descripción de Hallazgos*, se transcriben de manera literal, la totalidad de los hallazgos por cada 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 y los objetivos de los procesos/subprocesos.

En cuanto a la adecuación del SGC:

Tal y como se observa en el análisis de hallazgos, muchos de estos (43%), 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 para cumplir con sus objetivos respectivos.

En cuanto a la conveniencia del SGC:

Si bien la documentación del SGC, de manera general, pareciera ser suficiente y pertinente, se evidencian algunos hallazgos por su no actualización o no consideración de requisitos de Ley que la entidad debe cumplir. Es así que se requiere revisar y tomar las acciones pertinentes a fin de garantizar la conveniencia total del sistema y de las directrices que este dicta.

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

Elemento de Riesgo / Incumplimiento	Numeral ISO 9001:2015 relacionado
Difusión / Entrenamiento / Capacitación	7.2, 7.4, 8.4.3
Información documentada/Trazabilidad / SIP	7.5, 8.5.2
Archivo / Correspondencia / Reparto	7.4, 7.5, 8.1, 8.5.2, 8.5.3
Gestión del Conocimiento	7.1.6
Gestión de riesgos (y oportunidades)	6.1
Medición de Indicadores, Seguimiento y Análisis de datos	9.1
Infraestructura / R. Tecnológicos / Ambiente de Trabajo	7.1.3, 7.1.4
Plan estratégico / PA-PO / Objetivos y metas	6.2, 6.3
Mejoramiento Continuo / Acciones correctivas	10.2, 10.3
Planificación del Proceso / Definición de controles / Gestión por procesos	4.4, 6.2, 8.1, 8.4
Prestación del servicio / Satisfacción de las P.I	8.2, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.2
Competencias / Desempeño / Compromiso del personal	7.1.2, 7.1.4, 7.2
Adecuación de los procesos (procedimientos y normas internas)	4.4
Requisito de Ley	4.4, 8.2

ANEXO 2. Descripción de los hallazgos¹**FORTALEZAS****Conciliaciones**

- El equipo de profesionales del centro de conciliaciones.

¹ 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

- El reconocimiento del centro por los usuarios.
- La Permanencia y continuidad de los profesionales del centro de conciliación.

Atención al Público

- Se pudo evidenciar que pese a las restricciones ocasionada por la pandemia COVID.19 el subproceso auditado continúa con la prestación del servicio a los usuarios por diferentes canales virtuales de atención y se resalta la capacidad de repuesta de sus servidores que reporta más de 10.196 atenciones solo desde marzo hasta junio.
- También se resalta el trabajo en equipo y el liderazgo del personero delegado 20D con sus promotores de calidad con el compromiso de mejora constante con el subproceso de atención al público, igualmente la calidad y el respeto que sus funcionarios entregan a los usuarios internos y externos.
- Se evidenció la mejora en la infraestructura física y los espacios tanto para el personal como para los usuarios.

UPDH

- Se encuentra que el proceso, dada la prestación del servicio 24/7, garantiza que en los diferentes turnos se cuenta con información de contactos necesarios con diferentes entidades para la atención de las contingencias y diferentes situaciones que se presenten, información divulgada por grupos whatsapp, apoyo de coordinadores y en el filtro (recepción)
- En entrevista con los abogados contratistas y líder del proceso, se advierte que, en aras de tratar la problemática del control de los tiempos de atención, los abogados se ocupan de dirigirse a la zona de espera de las personas que aún no son atendidas para verificar los servicios que son requeridos por los usuarios y darles una asesoría ágil que permita no tener en espera a usuarios infructuosamente.

Protección del Interés Público

- La Creación de un usuario genérico para los servicios de Efectividad, Veedurías y reclamación y seguimiento a los derechos del Consumidor, que permite tener acceso a todas las atenciones realizadas por los servidores y contratistas que manejaron estos procedimientos, pues en este proceso se cuenta con gran rotación de personal porque la mayoría de quienes laboran aquí son contratistas, pudiéndose presentar el riesgo de pérdida de la información.
- Se involucra activamente a contratistas y funcionarios en la planeación del proceso, se evidencia en entrevista que estos métodos generan compromiso y sentido de pertenencia en el recurso humano y generan participación del grupo de trabajo en la definición de los lineamientos, actividades y otros elementos de planificación.

Penal

- Se da cumplimiento oportuno a las acciones correctivas establecidas en el Plan de Mejoramiento aplicada a los hallazgos de las auditorías internas. Se reporta cumplidamente la información a los indicadores de gestión. Se efectúan reuniones periódicas al grupo de trabajo con el fin de identificar casos relevantes para el supceso.

Disciplinarios

- La continuidad del servicio de las actuaciones disciplinaria en épocas de la emergencia, ya que están siendo desarrolladas actividades disciplinarias en especial por actividades ocurridas por la emergencia.
- El sentido de pertenencia de los servidores Públicos y contratistas que atendieron la Auditoría, todos ellos nuevos en la entidad, pero con un buen conocimiento de la herramientas y en general de sus funciones.
- El proceso de Inducción virtual recibido ante la emergencia, a los nuevos funcionarios que se han ingresado.

Vigilancia Administrativa

- El subproceso ha tenido una importante evolución en desarrollo del servicio, manteniéndose actualizado normativamente, tanto en la norma técnica, como en el procedimiento, igualmente se notan los esfuerzos realizados por el líder del proceso y su grupo de trabajo para estar a la vanguardia de la vigilancia de las actuaciones administrativas fortaleciendo la imagen institucional hacia otras entidades públicas, evidenciado la idoneidad sobre nuestra actuación como organismo de control.

Planificación institucional

- En el 2019 se adelantó trabajo de actualización de indicadores, su enfoque fue alinear éstos con el objetivo de cada proceso, obteniendo una reducción significativa de número de indicadores (se pasó de 73 a 29 indicadores)
- Para el seguimiento de los indicadores institucionales 2020, se desarrolló el DASHBOARD INDICADORES GERENCIALES, que contiene el cuadro de mando unificado que muestra en detalle el comportamiento de cada indicador y el avance en cuanto al % de cada proceso (c/proceso % ponderado- aprobado mediante resolución 100 de 2020) y en la segunda pestaña el mapa de indicadores institucionales con el índice global de gestión.
- Por iniciativa de Planeación, mediante la Resol. 229 de 2020 (13ab) se adoptó la nueva imagen institucional de la personería de Medellín (elaborada por Comunicaciones, diferente al logo del cuatrenio) y se determinó incluirla en toda la documentación del Sistema Integrado de Gestión.

Durante algunos años en el proceso se ha realizado seguimiento de la ejecución presupuestal del PA-PO en un documento Excel, el cual al ser conocido por la Contraloría lo adoptó y ahora se le reconoce como Plan Operativo Anual de Inversión- POAI

Gestión Documental

- Para facilitar la búsqueda de documento en el archivo central como trabajo en casa (en la contingencia COVID-19) se renombraron los archivos digitales que con se contaba en el archivo central, estableciendo como nombre el número de la atención o tarea; de igual manera, se consolidó alrededor de 12.700 resoluciones desde 1986 y su análisis para determinar antecedentes y creación de diferentes comités.
- En el SIP se desarrolló el módulo de resoluciones en la que se conserva en estricto orden el consecutivo desde el 2019, que garantiza que el número de resolución lo da el sistema y coincide con la fecha real del día en que se crea.

Gestión del Talento Humano

- El Subproceso ha tenido una importante evolución en aras de potencializar las competencias de los servidores públicos en el cumplimiento de la misión y visión de la entidad mediante la formación, incentivos y evaluación del desempeño, igualmente se ha mejorado el procedimiento de vinculación, administración y desarrollo integral del talento humano competente para la prestación del servicio.

Bienes Administrativos

- Se observa en el sistema de tickets la creación de los diferentes servicios, solicitudes y reportes del subproceso de Bienes Administrativos, con el fin de optimizar las solicitudes de servicio y brindar apoyo de manera oportuna a los funcionarios y contratistas de la entidad, en donde a cada solicitud de servicio se le asigna un número de ticket único que se puede utilizar para realizar un seguimiento del progreso y las respuestas en línea de los que hicieron uso de la misma.

Gestión Jurídica

- Se involucra activamente a contratistas y funcionarios en la planeación del proceso, se evidencia en entrevista que estos métodos generan compromiso y sentido de pertenencia en el recurso humano y generan participación del grupo de trabajo en la definición de los lineamientos, actividades y otros elementos de planificación.

Gestión Informática

- Aunque Gestión Informática es un área que no hace parte de la estructura de la entidad, se ha podido dar continuidad a la Plataforma electrónica, gracias a la transmisión del conocimiento debido a la permanencia de al menos uno de los ingenieros que ha hecho parte activa tanto de la implementación de tecnología, como en el sostenimiento y mantenimiento de esta plataforma, que indudablemente representa el hilo conductor no solo para la buena prestación de nuestros servicios, sino también en el desempeño tecnológico de las áreas administrativas y el direccionamiento institucional.
- La participación del grupo de ingenieros contratista que hace parte del área informática ha venido desarrollando y cubriendo las necesidades institucionales con el mismo número de participantes, pese al amplio desarrollo y evolución que ha tenido la entidad, como también la ampliación de nuestros servicios y la amplia demanda que nos exige la comunidad.

Mejoramiento Continuo

- En el subproceso de Mejoramiento continuo, se puede evidenciar y resaltar la constancia de la profesional con cada uno de los resonables de las diferentes área y las actividades que se han desplegado por el área de planeación que relaciona la capacitación para los diferentes funcionarios y contratistas con el objetivo de mejorar el cumplimiento de las actividades que están en cabeza del área.

OBSERVACIONES

Conciliaciones

- Si bien se definió un sector de la población, no se está dando cumplimiento a la misión del centro de conciliación en cuanto a la priorización de otros segmentos, como así lo define la misión. Lo que podría estar incumpliendo el numeral: 10.1 Generalidades. La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Estas deben incluir: a) mejorar los (...) servicios para cumplir los requisitos, así como tratar las necesidades y expectativas futuras;

Atención al Público

- En entrevista con el líder, manifiesta que para efectos de la pandemia las atenciones inicialmente las están reportando en una base de datos en EXCEL y algunas atenciones posteriormente son ingresadas al sistema integrado de la personería de Medellín -SIP, sin embargo en el subproceso auditado se evidencia que existe en el SGC un procedimiento denominado PSGP009 ATENCION EN CASO DE CONTINGENCIA, y que podría suplir el procedimiento para el trabajo en casa, situación que podría poner en riesgo de cumplimiento **numeral 7.5.3 Control de la información documentada de la Norma ISO 9001/2015** y en la norma interna el numeral 4.2 **NSGP001 NORMA GUARDA Y PROMOCION DE LOS DERECHOS HUMANOS.**
- En el subproceso de atención al público se evidencia que existen diferentes canales de atención a los usuarios (telefónica, PQRS, personería en línea e INFO), sin embargo no hay integralidad en la documentación de la información, tampoco existe colaboración armónica con la unidad permanente para los derechos humanos, de manera general no se observa trazabilidad en las atenciones recibidas y repartidas porque no hay una vinculación en el SIP del total de las atenciones recibidas por diferentes canales, poniendo en riesgo de cumpliendo el numeral **8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL – NUMERAL 1.5 NSGP001 NORMA GUARDA Y PROMOCION DE LOS DERECHOS HUMANOS.**

UPDH

- En entrevista con el Personero Delegado 20D, la promotora de calidad y los abogados coordinadores de los diferentes servicios se da cuenta de la necesidad de actualizar en el sentido de aclarar la gestión de los abogados servidores públicos/contratistas del proceso, en el procedimiento PSGP023 Gestión en favor de persona desaparecida
- En el SIP en la pestaña dice información “resumen proceso” se encuentra la información de “funcionarios asignados” y viceversa. Esta situación puede acarrear como riesgo el generar confusión a los usuarios de la información (literal g) del numeral 8.5.1 NTC ISO 9001:2015)
- En la totalidad de las atenciones que reporta el Sistema de información durante el periodo auditado del servicio VERIFICACION DERECHOS HUMANOS, por ejemplo: atención 858998184, 859022430, 858948551, 858953620, 858963404, 858969321, 858986682, y en 4 de 13 atenciones revisadas del servicio VERIFICACION ALERTAS TEMPRANAS (859026332, 858988502, 858963299, 859029340), no hay registros en la pestaña “ACTIVIDADES” del SIP, haciéndose necesario abrir los documentos vinculados para conocer la gestión desplegada, con lo cual no se conoce la trazabilidad de la actuación. Esta situación puede obstaculizar la tarea de control a la operación (numeral 8.5.1 NTC ISO 9001:2015)
- Se evidencia que en el servicio "SOLICITUD PROTECCIÓN DE TIERRAS" en el SIP se genera el formato FSGP036 SOLICITUD DE PROTECCIÓN DE TIERRAS pero este corresponde a un formato de una entidad externa (INCODER), que si bien es necesario para la operación de todo el proceso de GPDH, se le otorgó nomenclatura interna sin que sobre el mismo la organización tiene la potestad para modificar, custodiar ni actualizar.

Protección del Interés Público

- Los formatos utilizados dentro del servicio reclamación y seguimiento a los derechos del consumidor, atenciones: 859015895, 859007123, 859012063 realizan constancias en este procedimiento con versiones desactualizadas del

documento, Contrariando el numeral. 7.5.3 Control de la información documentada. Se está utilizando la versión 6 cuando en el SGC encontramos la 3.

Penal

- En la secuencia 6. El Procedimiento PSGP028 “**Verificación Derechos Humanos Adulto Mayor**” se tiene implementado el formato (FSGP086) INFORME VISITA ADULTOS MAYORES; sin embargo el Proceso GPDH tiene establecido para tal fin el formato FSGP059 el cual aplica para este mismo servicio MDPI006-03 (ver Manual Listado de Servicios). **Norma ISO 9001:2015 numeral 7.5.3.2 (b)**
- En los procedimientos procedimientos PSGP028 secuencia 7, PSGP011 secuencias 9 y 10; PSGP012, PSGP014, PSGP015, PSGP017 tienen como responsables de las actuaciones tanto al Personero Delegado 17D como al Delegado 20D, Igualmente el procedimiento PSGP021 en todas sus secuencias tiene como responsable Servidor Público/contratista, lo cual no permite establecer en algunos casos la jerarquía para revisión de las actuaciones. El procedimiento PSGP013 Comisión Especial, tiene como responsable de recibir la solicitud de comisión al funcionario comisionado, sin establecer quien lo asigna, e igualmente se responsabiliza al mismo funcionario comisionado de recibir del centro documental la solicitud de comisión. No se observa la intervención del Personero Delegado para repartir el caso y para asignar la comisión. Norma ISO 9001:2015, numeral 4.4.2 – 4.4.1 literales b), e) 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.
- Los procedimientos a continuación descritos, presentan inconsistencias en cuando a la manera de finalizar la actuación tanto electrónica como física, lo cual genera incumplimiento a la Norma ISO 9001:2015 numerales **8.5.2 Identificación y trazabilidad - 7.5.3 Control de la información documentada - , 8.1 Planificación y Control Operacional - 4.4.1 literales b) y e)**

El Procedimiento **PSGP010** Enterarse de decisiones adoptadas por Despachos Judiciales finaliza así, “**Termina: Remitir al centro documental copia de la Solicitud a despachos judiciales con constancia de recibido en el despacho judicial para su archivo**” No tiene establecida secuencia para archivo electrónico y físico de la información.

PSGP011 No se cuenta con secuencia que establezca el archivo electrónico de la atención o actividad.

Cabe señalar que en el centro documental no se archivan los documentos, pues son los archivos de gestión y el archivo central los establecidos por la norma para ese efecto.

PSGP012, No ofrece claridad sobre la manera en que se archiva el documento físico, ya que el procedimiento “**Termina:** Remitir al centro documental el Informe de revisión de proceso para su archivo; sin embargo, la secuencia 8C establece “*Remitir copia del oficio de remisión y de las comunicaciones realizadas para el archivo de gestión, conforme las tablas de Retención documental.*” (La remisión se hace a archivo de gestión o archivo central, no al centro documental). Cabe señalar que en el centro documental no se archivan los documentos, pues son los archivos de gestión y el archivo central los establecidos por la norma para ese efecto.

PSGP013 Termina con la remisión del informe final sobre la comisión especial al funcionario Comitente. No cuenta con secuencia para archivo electrónico y archivo físico de la información.

PSGP015 No cuenta con secuencia que establezca el archivo electrónico en el SIP

PSGP017 No cuenta con secuencia que establezca el archivo electrónico en el SIP

PSGP018 No cuenta con secuencia que establezca el archivo electrónico en el SIP

PSGP021 Termina: Registrar la actividad en el Sistema de información **GPC**, software que ya no es utilizado en la entidad, tampoco cuenta con secuencia para el archivo electrónico de la actividad en el SIP

PSGP021 Termina: Devuelto el concepto firmado por el Personero Municipal, se envía a la Notaría originaria de la petición por correo certificado o entrega personal al personal de la Notaría, no cuenta con secuencia que establezca el archivo electrónico en el SIP como tampoco el archivo físico de la información en archivo de gestión o archivo definitivo.

- El Plan de Acción del subproceso a secuencia 9, registra el servicio “Atención por Abandono Adulto Mayor Ley 1850 de 2018”; sin embargo, se observa en los procedimientos que el servicio se encuentra denominado como “**Verificación**”

Derechos Humanos Adulto Mayor”; Norma ISO 9001:2015 numerales 8.2.4; 4.4. 1, literal (b) – 6.3 Planificación de los cambios - 8.3.4 controles del diseño y desarrollo - 8.5.2 Identificación y trazabilidad

- En todos los procedimientos no se contempla la atención de manera electrónica cuando el caso así lo permita, más aun teniendo en cuenta el ingreso de solicitudes por medio de correo electrónico.

Disciplinarios

- Es conveniente replantear los indicadores del subproceso, el nivel de cumplimiento durante el presente año siempre ha sido de 0% y no generan tendencias ni límites.
- Es pertinente que el Procedimiento de consulta en Línea tenga mayor aplicabilidad. Si son procedimientos que se adoptaron recientemente, como consecuencia de un plan de mejoramiento, los mismos deben ser prioritarios, máxime que esta emergencia que vivimos evidenció la necesidad de tener adoptados procedimientos que prioricen la actuación digital tal y como lo viene haciendo la rama judicial y que por su medio impulsen la actuación. Dicen los abogados que es a potestad del Abogado y que por ello no hay evidencias.
- Se recomienda verificar la norma Interna de Vigilancia Administrativa NSVC001, la misma señala que los repartos son automáticos, pese a ello, los repartos que se generan en la actualidad son manuales y soportados en un formato Excel de seguimientos de repartos que no hace parte del SGC.
- Es necesaria la Adquisición de dispositivos para la toma de la firma de los declarantes, todas las copias electrónicas están sin firma, lo cual no garantiza la integridad del expediente copia.
- Se debe reconsiderar ajustar el sistema de información SIP, para que cumpla a cabalidad como soporte a las actividades, pues este software no permite búsquedas de información por nombres, la duplicidad de repartos, entre otros. No garantiza tampoco la correcta disposición final de la documentación.

- Manifiestan varios de los entrevistados que si bien recibieron una inducción virtual, el proceso de entrenamiento para el manejo de los sistemas de información existentes en la entidad ha sido poco, se recomienda dado que muchos son funcionarios nuevos, generar un proceso de entrenamiento en las herramientas de gestión de la Información.
- Si bien se tienen identificados y hay tratamiento de los riesgos, los mismos no incluyen oportunidades de mejoramiento, igualmente al preguntar por ellos, existe constancia de remisión a la oficina de planeación del segundo monitoreo del año, pero los mismos no han sido actualizados en la Intranet durante este año pues no existe evidencia de monitoreo en el año 2020, además se esta gestioando los riesgos con una versión no vigente, pues los que remitió son con la Resolucion 659 del 10 Diciembre de 2019 y la versión vigente es Resolucion 243 del 4 de Mayo del 2020. Igualmente manifiesta que no conocían los cambios ni recibieron capacitación de cuales fueron los ajustes.

Vigilancia Administrativa

- Se evidencia en la Norma interna del proceso Vigilancia de la conducta Oficial NSVC 001, En la caracterización CSVC 007, y en el Procedimiento PSVC 037 existe confusión en la redacción, en algunos apartes se confunde el proceso con el subproceso, no guarda un hilo conductor entre las disposiciones generales y las secuencias, por ejemplo en la Norma General NSVC 001 el subproceso (Vigilancia Administrativa) no cuenta con la descripción de la disposición general, este está inmerso con la del proceso (Vigilancia de la Conducta Oficial), en el procedimiento la secuencia 1ª, 1b, 2ª, se hace alusión al proceso y no al subproceso; si hay una secuencia 2ª, es porque debe existir 2b, de lo contrario no tiene sentido adjuntar un literal al numeral. La **Vigilancia de la Conducta Oficial** tiene cuatro formas de terminación: Archivo con observaciones (plan de mejoramiento de ser exigido), Archivo sin observaciones, Solicitud de averiguación disciplinaria, y Solicitud de elaboración de acción constitucional o legal.

- Se evidencia que, en los círculos de calidad, actas 2 y 3 de 2020, se utilizó un formato diferente, se está en la versión 1, código FDPI061, Resolución 195 del 13 de marzo de 2020, y los formatos utilizados dentro de este subproceso para presentar los círculos de calidad en el año 2020, no corresponden a la versión actualizada del documento, contrariando el numeral 7.5.3, de la NTC ISO 9001:2015 **Control de la información documentada**.
- En entrevista con el líder del subproceso se informó que, ya no se verifica el cumplimiento del debido proceso en los trámites contravencionales de policía y comisaría de familia en esta área, este servicio pasó al subproceso de Penal, por lo que se debe realizar actualización de la caracterización CSVC 007.

Observatorios e investigación en DDHH

- Se hace necesaria la revisión y actualización si es del caso de la caracterización del proceso CDIO003 vigente mediante resolución 358 del 25 de julio de 2010, en consonancia con los numerales 4.4.1 y 4.4.2 de la norma Iso 9001 versión 2015.
- La gestión del riesgo y concretamente el mapa de riesgos vigente, si bien define riesgos y su tratamiento, no se evidencia de las entrevistas con los auditados los riesgos se gestionen en forma articulada entre todos los integrantes del proceso, lo que puede generar un incumplimiento a la norma Iso 9001 numerales 5.1.1-d-5.2 b)6.1.1, además de la política de gestión del riesgo 2020 Personería aprobada mediante resolución 041 de enero 20 de 2020 y el procedimiento PDPI025 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.
- Se evidencia que los protocolos adoptados por la protección de los integrantes de la organización, en especial aquellos que deben hacer intervenciones in situ, en ocasión de la pandemia originada por el Covid-19, no son lo suficientemente dados a conocer a todos, lo que puede generar graves inconvenientes en la salud de las personas y posibilitando un incumplimiento en las normas establecidas por las autoridades sanitarias y por la norma Iso 9001 en su numeral 7.1.4 como es el

caso evidenciando en investigaciones en Derechos Humanos donde están haciendo recorridos de ciudad 65 y 50 visitas albergues sin suficientes elementos de bioprotección a la fecha de entrevista hay un investigador con Covid y una compañera con síntomas. Los investigadores llegan y hacen las visitas y luego ingresan nuevamente a la entidad. No tienen protocolos.

Planificación institucional

- En el Contexto Estratégico Personería de Medellín 2020, se incluyó como Partes interesadas a los: SERVIDORES Y CONTRATISTAS VINCULADOS A LA PERSONERÍA (personal in house), no obstante, en el numeral 1.1.3 de la NDPI001 NORMA GENERAL DEL SISTEMA se determinó que el SGC es obligatorio para los servidores, sin tenerse en cuenta los contratistas, lo cual sugiere riesgo de incumplimiento del numeral 7.1.2 de la de la norma ISO 9001-2015.
- En la información que se encuentra publicada en la web de la Personería de Medellín se encuentra la línea gratuita 018000, no obstante, ésta no ha sido incluida en la información corporativa de la entidad en los Formatos del SGC, ni en la información del correo electrónico, lo cual puede generar riesgo de incumplimiento al acceso a la información pública por otros medios (Ley 1712 DE 2014)
- En la Resolución 001 del 2 de enero de 2020 por medio de la cual se aprobó el PA-PO que se encuentra publicada en Personet en la sesión de Resoluciones (sin anexo y sin firma del jefe de Planeación) se lee en el párrafo del artículo segundo que el término para la entrega de la información a la oficina de Planeación que evidencia el cumplimiento de las metas propuestas a estos planes será dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes, no obstante en la secuencia 2 del procedimiento SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION Y OPERATIVO (PDPI011) se indica plazo diferente.
- En la entidad se tiene establecido reportar en forma mensual a la Oficina de Planeación la ejecución del plan de acción y/o operativo, se constató que la acción se cumple, no obstante, cada líder de proceso hace entrega de información de

manera diferente, no existe criterio unificado para el reporte de las evidencias objetivas del PA-PO que garantice independencia y objetividad en el seguimiento, situación que ya había sido observada en la EVALUACION DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO vigencia 2019 para éste proceso, ante la cual en el informe se hizo la recomendación respectiva. PMSM004 ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA, en su alcance y numeral 8.5.1 de la norma ISO 9001-2015.

Gestión Documental

- En la Plan de auditoria se incluyó entrevistas a todo el equipo de trabajo de Gestión documental, para lo cual se convocó a todo el personal a participar de las reuniones, no obstante, en éstas fue recurrente la ausencia de los auxiliares administrativos que se encuentran con trabajo en casa, lo cual genera riesgo de incumplimiento al principio de la gestión de la calidad relacionado con el compromiso de las personas.

Gestión del Talento Humano

- Dentro del mapa de procesos nos encontramos con 4 macro procesos de los cuales se desprenden unos procesos, es así como en el macroproceso de Apoyo a la Gestión se ubica un proceso denominado “**Gestión del Talento Humano Gestión Jurídica**”, ahí podemos evidenciar como se desprende dos subprocesos con el mismo nombre del proceso, razón por la cual es el momento de considerar la separación y que cada uno haga parte del macro proceso de manera independiente.
- Se evidencia que el control del aplicativo de la concertación de compromisos y las evaluaciones entre los jefes y los subalternos es débil, por lo que requiere una mejora con la finalidad de que estos se realicen dentro del término.
- Se evidencia el no cumplimiento a normas técnicas generales sobre la conservación y custodia de la información oficial de las entidades públicas, de manera específica la relacionada con las historias laborales, si bien se ha tomado correctivos, estos no son eficaces, toda vez que los controles que garanticen la transparencia de la administración de las Historias Laborales y la responsabilidad

de los funcionarios que desarrollan actividades propias de la gestión del talento humano son muy débiles y no están procedimentadas.

(...)

Las oficinas responsables del manejo de Historias Laborales elaboren el Inventario Único Documental de los expedientes bajo su custodia.

Los espacios destinados al archivo de Historias Laborales, deben ser de acceso restringido y con las medidas de seguridad y condiciones medioambientales que garanticen la integridad y conservación física de los documentos.

Aprovechando el proceso de organización archivística que vienen adelantando las entidades en cumplimiento de las recomendaciones del Archivo General de la Nación y dada la importancia legal y el carácter administrativo de los documentos que conforman las Historias Laborales, las entidades deberán verificar la organización de las mismas, ajustando sus manuales y reglamentos internos a las disposiciones anteriormente descritas. (...)

Gestión de Comunicaciones

- Al observar el riesgo “*Posicionamiento desfavorable*” y las actividades de control, se evidencia que dichas actividades (“*Realizar monitoreo y seguimiento en los círculos de calidad de Políticas de Operación del proceso, manuales, procedimientos y formato*”) no son lo suficientes para evitar o mitigar las causas del riesgo, debido a que cuando se efectúen los círculos de calidad pueda que ya exista materialización del mismo. Revirtiendo la norma técnica ISO 9001:2015, en su requisito 6.1.1, literal (C).

Gestión Jurídica

- Entre los procedimientos de gestión jurídica se enumera el CUBRIMIENTO SESIONES CONCEJO MUNICIPAL PAHJ013, que no pertenece a este subproceso, sino que pertenece al proceso de la UPIP.
- Se enumeran entre los formatos del subproceso de gestión jurídica los siguientes formatos, los cuales no pertenecen al mismo: FAHJ070 COMUNICACION INTERNA CONCEDIENDO PERMISO REMUNERADO Que pertenece al subproceso de Gestión del Talento Humano y el formato FAHJ069

CERTIFICACION DE CONTRATOS PRESTACION DE SERVICIOS que pertenece al subproceso de Gestión contractual.

- Se evidencio en las entrevistas de la abogada María Victoria Quiceno Berrio que no se le está dando cumplimiento a lo establecido En la norma NAHJ002 NORMA INTERNA GESTION JURIDICA, cuando establece: “De manera inmediata se le hará entrega de la respuesta al Derecho de Petición junto con la copia de recibido a la oficina de Gestión Documental y/o correspondencia para el respectivo envío, haciendo la salvedad que, en caso de contarse con una dirección de correo electrónico, dicha respuesta también deberá enviarse por este medio”.

Satisfacción de las partes interesadas

- Dentro de la entrevista llevada a cabo con el líder del proceso y la contratista que gestiona el subproceso, salen a flote, riesgos/oportunidades de relevante impacto para el mismo, como lo siguientes: la falta de gestión por parte de los directivos de otros subprocesos en lo que les corresponde a la gestión de PQRSD y en las tareas de implementación del Manual de PQR. A pesar de que estas situaciones son identificadas por el subproceso, y se han tomado acciones de tratamiento y control, la misma no ha sido incluida dentro del Mapa de Riesgos del proceso, lo cual lo hace vulnerable a un posible incumplimiento del procedimiento PDPI025 “Administración del Riesgo” y del numeral 6.1 de la NTC ISO 9001:2015.
- 2. Se evidencia inconsistencias en la redacción del numeral 1.1.9 de la NMSM001 NORMA INTERNA SEGUIMIENTO A LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS, toda vez que en la redacción actual señala que el termino para presentar los informes y consolidados de las PQRSD será dentro de los diez (10) primeros días del mes siguiente al trimestre, pero seguidamente señala los meses de “marzo, junio, septiembre y diciembre” en los cuales apenas termina el trimestre que se incluye en el consolidado. Situación que podría generar confusión e incumplimientos en la fecha del informe y consolidado de las PQRSD de cada trimestre.
- 3. Mediante Resolución 507 de 2019 se adoptó el Manual interno de PQRSD y se delegó a Planeación la implementación del Manual y seguimiento a las PQR, en entrevista se evidenció que las tareas de implementación comprenden acciones de

diferentes áreas de la entidad, además del subproceso auditado, lo que trae como consecuencia que a la fecha el Manual no ha sido implementado ni socializado en la entidad, sugiriendo un riesgo de incumplimiento de la misma resolución y el artículo 22 de la Ley 1437 de 2011 (sustituida por artículo 1 de la Ley 1755 de 2015). Este riesgo fue advertido por la OCI en las labores de seguimiento a las PQRS, y ya se formuló plan de mejoramiento.

Gestión Informática

- **Procedimiento PDPI040 Control de Licencias de Software** no se registra el control de alarmas automáticas con que cuenta algunas de las licencias adquiridas. **4.4.2 numeral b)**
- El **Decreto 415 de 2016** en su artículo **2.2.35.3** establece que las entidades y organismos a que se refiere el citado decreto deberán: “...1. *Liderar la gestión estratégica con tecnologías de la información y las comunicaciones mediante la definición, implementación, ejecución, seguimiento y divulgación de un Plan Estratégico de Tecnología y Sistemas de Información (PETI) que esté alineado a la estrategia y modelo integrado de gestión de la entidad y el cual, con un enfoque de generación de valor público, habilite las capacidades y servicios de tecnología necesarios para impulsar las transformaciones en el desarrollo de su sector y la eficiencia y transparencia del Estado...*” Se pudo establecer que a la fecha la entidad no ha procedido con la implementación del PETI, ello a pesar de haber adelantado algunas acciones tendientes a cumplir con este requisito. Lo que genera incumplimiento no solo al citado **Decreto 415 de 2016**, sino también al **Decreto 612 de 2018** y a la **NTC ISO 9001:2015 numeral 4.4.1 – 8.2.2. literal 1)**
- **El Procedimiento PDPI030 Inventario de Hardware y software**, establece en el numeral **5 Remitir al Personero Auxiliar el informe de Control de Inventario de Hardware y Software, vía correo electrónico**, lo cual a la fecha fue considerado innecesario hacerlo, toda vez que el responsable de este seguimiento es el líder del subproceso. **4.4.2 literal b) 6.3 literal d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.**
- **Los formatos relacionados presentan algunas observaciones en común:**

El formato FDPI053 Entrega de Medios (cintas) Semanal No se relaciona en el Procedimiento PDPI027, el formato indica la entrega de cintas pero no establece a quien va dirigida la entrega, tampoco cargo del responsable que hace la entrega.

FDPI054 Formato Check List Centro de Datos. No se relaciona en el Procedimiento PDPI035, no fue posible acceder al documento.

FDPI052 Inventario de Hardware y Software No se relaciona en el Procedimiento PDPI030. No fue posible acceder al documento.

FDPI050 Cronograma Respaldo de la Información. No se relaciona en el Procedimiento PDPI027. No incluye el logo, sin embargo no se registra la identificación de la entidad en el formato, como tampoco firma y cargo del responsable.

Lo anterior, genera incumplimiento a la norma **ISO 9001:2015, numeral 4.4.1. literal b) – 8.4.2 numeral a) y el Acuerdo 060/2001 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.*

Mejoramiento Continuo

- en el subproceso auditado se evidencia que en el procedimiento relacionado con el tratamiento del servicio no conforme, como acción correctiva, preventiva o de mejora se decidió adoptar documento de compromiso para el cumplimiento del procedimiento por parte de cada una de las áreas, sin embargo al revisar la intranet no se logra evidenciar el formato por lo se concluye que no está adoptado dentro de los formatos del SGC del subproceso generando un riesgo de incumplimiento del numeral 7.5 de la norma NTC-ISO 9001-2015

NO CONFORMIDADES

Conciliaciones

- En el Artículo 3, Misión del Centro de Conciliación de la Personería de Medellín, se informa que este busca, busca promover el uso y aplicación de los Métodos Alternativos de Solución de Conflictos, a través del diseño e implementación de modelos, al preguntársele a la líder del proceso y equipo de trabajo si se realizan otros servicios, se informa que solo se tiene implementado y se atiende el de Conciliaciones. Por lo tanto se incumple con norma 9001-2015, numeral 8.2.2 *Determinación de los requisitos relativos a los servicios. b) la organización puede cumplir las declaraciones de los (...), y servicios que ofrece.*
- En la entrevista con la líder del proceso y el equipo de trabajo se informa que desde las políticas del centro de conciliación no se ha diagnosticado, ni diseñada metodología flexible alguna. para la adopción de la solución pacífica de conflictos y reconocidas por la excelencia y la calidad humana. Por ende incumpliendo el numeral 6 del centro de conciliación.
- En entrevista con el líder del proceso y equipo de trabajo, nos informa que no se cuenta con la capacidad tecnológica o equipos especializados, lo que se pudo evidenciar en la visita, por lo que se estaría incumpliendo con la norma 5906-2012 numeral 3.2.4.11, incumplimiento de requisitos de la sala de conciliación.
- Se verificaron las no conformidades detectadas en la auditoria anterior y los planes de mejoramiento y el seguimiento y cumplimiento del mismo, si fue eficaz o no, se observa el incumplimiento de los planes de mejoramiento, incumpliendo el numeral de la norma 9001-2015, numeral 10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe: b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante: (...).d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;

Atención al Público

- En el subproceso de atención al público, al ingresar a la intranet en el sistema de gestión de calidad se encuentra el formato FSGP009 SOLICITUD REAPERTURA TRÁMITE DE TUTELA, sin embargo, en entrevista a los auditados manifiestan que no se realizan ese servicio, también se evidencia que es un formato que no está en el manual de listado de servicios adoptado por la entidad pero sí aparece como un formato dentro del SGC, de esta manera se está incumpliendo el **numeral 8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL de la Norma ISO 9001/201**
- En el subproceso de atención al público se observa que se confunde la naturaleza jurídica de la solicitud de cumplimiento de fallo con el servicio de incidente de desacato, evidencia de ello es que en entrevista los auditados manifiestan que eliminaron el formato del servicio de solicitud de cumplimiento de fallo porque estaba unificado en el trámite incidental, de esta manera se incumple con la naturaleza de los servicios según lo establecido en el **DECRETO 2591 DE 1991 ARTICULO 27 Y 52.**
- Se evidenció el mal diligenciamiento de los servicios en el aplicativo SIP, se revisaron entre el periodo 1 de agosto de 2019 hasta junio 31 de 2020 una muestra de aproximadamente 202 atenciones (ver anexo) y se observó que no se diligenció en debida forma las pestañas que contiene el SIP, prueba de ello es atenciones en blanco (sin hecho y sin solución), lo cual está generando datos pocos fiables, veraces, afectando la validez de la información que se suministra a la entidad y fuera de ella, generando así el incumplimiento de la norma interna **NUMERAL 1.5 NSGP001 NORMA GUARDA Y PROMOCION DE LOS DERECHOS HUMANOS.- 8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL.**

UPDH

1. En la revisión de atenciones en el SIP, se evidencian incumplimientos a la Norma Interna NSGP001 NORMA GUARDA Y PROMOCION DE LOS DERECHOS HUMANOS, a saber:
 - Las atenciones 859002355, 858948540, 858965706 y 859007524, se tratan de atenciones ACCION DE TUTELA donde el usuario es diferente al afectado, es

decir que obra como agente oficioso, pero no se registran los datos del afectado, lo cual incumple el Numeral 2.3. NI

- Las atenciones 858953190, 858953190, 858953190 y 859000894 son atenciones del servicio SOLICITUD PROTECCION DE TIERRAS, en la cual se registró como tema “ADMINISTRATIVO” incumpliendo lo señalado por el Numeral 8.1 de la Norma Interna, según la cual se debe ingresar en el Sistema de Información, “El TEMA será: Derechos Humanos”.
2. De 102 atenciones (de todos los servicios) revisadas en el SIP, se encuentran las siguientes inconsistencias en referencia a la información vinculada en el sistema, lo cual sugiere incumplimiento del requisito 7.5.3 de la NTC ISO 9001:2015 (Control de Información Documentada):
- La atención 859010315 (ASESORIA) no tiene información registrada del asunto, usuario (comprometidos) ni documentos vinculados.
 - En las atenciones 859011657 y 858972419 (SOLICITUD PROTECCION DE TIERRAS), no se registra o está mal diligenciada la información del usuario en el SIP (comprometidos), no se encuentran documentos vinculados de la actuación de la entidad (por ejemplo: formato de unidad de administrativa de restitución de tierras). En el caso de la atención 859002727 no está vinculado el documento elaborado por el abogado: el incidente de desacato.
 - Los registros (documentos) que se encuentran vinculados en las atenciones 858945823, 858973192 y 858961216 son el formato FSGP010 Derechos de Petición y el FSGP059 Verificación de Derechos Humanos los cuales no corresponden, siendo el formato FDPI002 Comunicación Externa el que debería ser el utilizado.
3. En la atención No. 859020630 (ACCION DE TUTELA) se vinculó un documento que no corresponde a dicha atención, con lo cual se incumple con el requisito de la NTC ISO 9001:2015 contenido en el numeral 7.5.2 Creación y actualización de la información documentada.

4. De las 102 atenciones revisadas, se evidenciaron siete (7) atenciones en las cuales se realiza una mala clasificación del SERVICIO dentro del Sistema de Información:
- La atención N° 858964359 figura en el SIP como un servicio de “Asesoría” cuando en realidad se trata de una “Acción de Tutela”
 - Las atenciones N° 859023090, 858971722, 858982826 y 858993061, las cuales registran en el SIP como un servicio de “Verificación de Alertas Tempranas”, cuando realmente son “Verificación de Derechos Humanos”.
 - Las atenciones 858949812 y 859000894 se clasificaron como “Cancelación Protección de tierras” cuando en el primer caso se trataba de una “Asesoría” y en el segundo es una “Solicitud Protección de Tierras”

Así mismo, De las atenciones revisadas, se evidenciaron cuatro (4) atenciones en las cuales se realiza una errada selección del TEMA del servicio dentro del Sistema de Información, estas son: las atenciones 858957120, 858956421, 859006882 y 859013784, las cuales, tratándose de temas de salud, se registró otros temas como Derechos Humanos y Administrativo.

Esta inadecuada clasificación de las atenciones demuestra una inobservancia del requisito de control a la operación (numeral 8.5.1 NTC ISO 9001:2015) e identificación y trazabilidad de los servicios (numeral 8.5.2 NTC ISO 9001:2015).

Protección del Interés Público

- Se evidencia que a la fecha de la auditoria, día 13 de julio del 2020, no se encontraba medido el indicador del segundo trimestre de la UPIP, ni se observa plan de mejoramiento por el no cumplimiento del mismo, presentándose incumplimiento del numeral 9.1 Seguimiento medición análisis y evaluación de la ISO 9001-2015.
- Se evidencia que a la fecha de realización de la auditoria 13 de julio del 2020, consultado el PERSONET no se encuentra publicación de los círculos de calidad de la UPIP en el año 2020, incumpliendo el numeral 2.6.4 de la norma NDPI003 sobre publicación en la Intranet Corporativa.

- Se evidencia en las siguientes atenciones incumplimientos a los atributos de la calidad del servicio en el procedimiento reclamación y seguimiento a los derechos del Consumidor : En la atención 858987917 se infringen la Seguridad y oportunidad, se registra en evento comunicación interna la cual no se vincula, ni queda registro de ninguna actuación en este caso, no se digita correctamente el sip, de igual manera no se cumplen los términos establecidos en el procedimiento reclamación y seguimiento a los derechos del consumidor. En la atención 858999810 se inobserva el atributo seguridad, se realiza evento comunicación interna que no tiene documentos vinculados, se anota remisión al centro de Conciliaciones, no hay registro de ninguna actuación, no se digita correctamente el sip. Atención 858987221 se omite el atributo seguridad, la atención se encuentra archivada pero no hay ningún documento vinculado que explique la solución al caso. Atención 858999224 omisión a la oportunidad, no se cumple con los términos establecidos en este procedimiento en la secuencia 4

Penal

- El servicio de **“Concepto de venta bienes de interdicto”** se encuentra procedimentado con el código PSGP029 del 08/06/2020, este servicio se origina mediante orden notarial y su fin es el de prestar el servicio a la ciudadanía; sin embargo, **el objetivo de este servicio** está dirigido a *“Proyectar al Personero de Medellín concepto sobre la procedencia o no de la venta de bienes de persona declarada en interdicción”*.

También se observa que el servicio **“Concepto de venta bienes de interdicto”**, se encuentra procedimentado (PSGP029), el servicio no se ha creado en el software de gestión SIP a pesar de haber comenzado su prestación desde hace un año. El trámite se hace bajo la clasificación de Derecho de Petición Interno, cuyo procedimiento que es diferente. Esto no permite la medición de este servicio en el Plan de Acción del subproceso (ver Atención 859004027).

El procedimiento de este servicio no establece responsable de recibir la solicitud por parte del Centro Documental y adelantar acuse de recibo y demás trámite propio de las comunicaciones oficiales. No se observa secuencia para recepción del servicio por medio electrónico. Tampoco describe en este procedimiento la secuencia para trámite del archivo físico y electrónico del concepto emitido por la Personería de Medellín.

Lo anterior, genera incumplimiento a la **Norma ISO 9001:2015 numeral 5.1.2. Enfoque al cliente – 8.1 Planificación y control operacional, 8.3.4 controles del diseño y desarrollo – 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio literales a, b, c y d. - 8.5.2 Identificación y trazabilidad - 7.5.3 Control de la información documentada 4.4.1 literales b) y e)**

- El servicio “**Verificación Derechos Humanos Adulto Mayor**” establecido mediante el procedimiento **PSGP028**. No se encuentra implementado en el software de gestión - SIP, se pudo evidenciar que es tramitado como Derecho de Petición Interno, este último se encuentra documentado bajo un procedimiento diferente (**Ver Atención 859029397**). El servicio no se reporta al Plan de Acción del subproceso, pues se encuentra inmerso en una actividad diferente, por lo anterior no se puede medir y reportar al Plan de Acción del Subproceso. **Norma ISO 9001:2015 numeral 5.1.2. Enfoque al cliente - numeral 8.3.4 controles del diseño y desarrollo – 7.5.3 Control de la información documentada - Norma ISO 9001:2015 8.5.2 Identificación y trazabilidad - 4.4.1 literales b) y e)**
- **Atención 858962963 Derecho de petición interno. 17/06/2019** No se tramita en comprometidos a la entidad que para este caso es la Policía Nacional

Se observa que no hay descripción de la solución ofrecida al caso. La Atención registra como proceso archivado, cuando en las actividades registra **como pendiente**. Y se indica lo siguiente: “Se da traslado a la Doctora Martha Feho Directora Regional del INPEC para lo de su competencia.” Sin embargo, no existe ningún documento vinculado que de fe de la remisión. **Norma ISO 9001:2015 8.5.2 Identificación y trazabilidad - 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio literales a, b, c y d- 7.5.3 Control de la información documentada - 4.4.1 literales b) y e)**

- **Atención 858988854 Derecho de petición interno 01/10/2019** registra lo siguiente:
EL USUARIO INDICA QUE LE ENVIARON UNA RESPUESTA CON RADICADO 2018011600015EE EN EL CUAL LE DAN RESPUESTA A SU DERECHO DE PETICION PERO QUE EN NINGUN MOMENTO LAS HA RECIBIDIO

La atención fue archivada, sin embargo no se observa solución ninguna al caso.
Norma ISO 9001:2015 8.5.2 Identificación y trazabilidad - 7.5.3 Control de la información documentada

Atención 859018760 Revisión Proceso Comisaría de Familia – 11/03/2020

Atención archivada, sin descripción completa del planteamiento del caso, sin registro de la entidad implicada.

El servicio está clasificado como Revisión Proceso Comisaría de Familia, pero se observa en la actuación que la petición fue remitida a la Procuraduría por competencia. Lo cual no se registró en el recuadro de Solución. Como tampoco se reclasificó el servicio como Derecho de Petición toda vez que no se adelantó la solicitada revisión. **Norma ISO 9001:2015 8.5.2 Identificación y trazabilidad - 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio literales a, b, c y d - 8.5.2 Identificación y trazabilidad - 7.5.3 Control de la información documentada - 4.4.1 literales b) y e)**

- **La norma NSGP001** establece “Presentar el informe del estado de derechos humanos de los NNA de Medellín”. Se pudo establecer mediante entrevista con la Pesonera Delegada que el subproceso no es responsable de la elaboración de este informe, pues únicamente es responsable de aportar datos cuantitativos a la Unidad Permanente de Derechos Humanos, subproceso que si está a cargo de la elaboración del citado informe.. **Norma ISO 9001:2015 numeral 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización - 7.5.3 Control de la información documentada - 4.4.1 literales b) y e)**
- **Atención 859028991 Revisión debido proceso penal** se observa el incumplimiento del término de 15 días establecido para la revisión de Proceso Penal, la fecha de la atención fue 25/06/2020 El 17 de julio se cumplió el término de 15 para la revisión de este proceso penal y se observa que el 24/07/2020 se emitió comunicación a la Comisaría de Familia, El proceso se encuentra como **VIGENTE**, sin embargo de la lectura de las tareas se puede concluir una vez remitido a la Comisaría de familia debió ser finalizada la actividad.

No se tramitan en el SIP los campos de la atención como descripción del asunto planteado, solución al mismo, no se incluye entre los comprometidos a la entidad que para este caso es la Procuraduría, por lo que se hace

necesario acudir a la lectura de la documentación vinculada para poder definir el caso. **Norma ISO 9001:2015 numeral 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio, literal c) - 8.5.2 Identificación y trazabilidad - 7.5.3 Control de la información documentada -4.4.1 literales b) y e)**

- **Atención 859019221** Revisión procesos administrativos restablecimiento de derechos NNA (recibida por medio de atención al público)
La atención a la fecha se encuentra en estado Vigente, teniendo como fecha de inicio el 10-03-20.
Se hizo anotación indicando que por competencia “EL CASO VINCULANDO A LAS PERSONERÍAS Y A LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD...” pero no se observa comunicación que de fe de que se adelantó alguna actuación por parte de la Personería al respecto.
Lo anterior genera incumplimiento a la **Norma ISO 9001:2015 numeral 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio, literal c) - 8.5.2 Identificación y trazabilidad - 7.5.3 Control de la información documentada - 4.4.1 literales b) y e)**

Disciplinarios

- Gestión Documental, Dice la norma ISO-9001-2015, en su numeral 8.5 PRESERVACION La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos. NOTA La preservación puede incluir la identificación, la manipulación, el control de la contaminación, el embalaje, el almacenamiento, la transmisión de la información o el transporte, y la protección. Al revisar la documentación no existía control y trazabilidad de la misma. Todos los documentos del proceso están en cabeza de la Auxiliar de Personería LUCY LOPEZ VALENCIA, a pesar de que no participa en la recepción de los mismos. Es el caso del documento con el CITESE: 20200132858011RE, tiene queja remitida de procuraduría según oficio Nro. 3170 de la PGN, DEL 25 DE JUNIO DE 2020; EXP-859031167 CITESE: 20200132860545RE; EXP-859031485 CITESE: 20200132860550RE; EXP-859031288 CITESE: 20200132860933RE, entre otros, no esta preservada la información.

Vigilancia Administrativa

- Se evidencia que, a la fecha de la auditoría, día 8 de julio de 2020, no se encontraba medidos los indicadores del segundo trimestre del subproceso Vigilancia Administrativa, presentándose incumplimiento del numeral 9.1 Seguimiento Medición Análisis y Evaluación de la NTC ISO 9001-2015, y del numeral 6 de la norma MDPI003, Manual Indicadores de Gestión que, establece 5 días hábiles
- En el expediente del **Negocio 859007947** revisado en el SIP, se observan las siguientes situaciones:

Se evidencia un error al nombrar el negocio y se utilizó la versión 11 en el formato del inicio de la vigilancia Administrativa, cuando debiera ser la versión 13 conforme a la Resolución 410, FSVc 155. contrariando el numeral 7.5.3, de la NTC ISO 9001:2015 **Control de la información documentada.**

No se hizo comunicación al usuario de inicio de la vigilancia Administrativa, o por lo menos en la revisión electrónica del expediente Negocio 859007947, no se encontró la comunicación donde se le informará el inicio de la vigilancia Administrativa. Contrariando el Procedimiento PSVC 037 en la secuencia 7

Se evidencia El término de los 90 días está vencido. Incumpliendo el atributo de oportunidad y el Procedimiento PSVC 037, secuencia 21

- El Negocio 859000830, del 9 de diciembre de 2019, revisado el día 8 de julio de 2020, fecha en la que se realizó la auditoría, no tenía prórroga, incumpliendo la secuencia 21 del Procedimiento PSVC 037, Estas situaciones evidencian incumplimiento del atributo de la oportunidad. (Incumplimiento en el término establecido de la comisión y/o su Prórroga

- Se evidencia en correos electrónicos incumplimiento al procedimiento PMSM005 Control de servicio No conforme en la secuencia 7, porque se reportó a la Oficina de Planeación, excediendo los 5 días hábiles que contempla el procedimiento. Enero del 2020 se reportó el 13 de febrero del 2020 cuando el plazo máximo era el 7 de febrero de 2020; febrero del 2020 se reportó el 9 de marzo del 2020, cuando el plazo máximo era el 6 de marzo del 2020; En abril y mayo del 2020, se observan inconsistencias en la fecha de la comunicación interna, pues el 6 de abril del 2020 se reporta mayo y el 9 de marzo se reporta abril, cuando este informe debe ser mes vencido.

Observatorios e investigación en DDHH

- Al revisar en la documentación del sistema, el indicador del proceso auditado denominado “pertinencia investigaciones”, se evidencia que no se ha efectuado medición correspondiente al periodo abril-junio. Lo que se traduce en un incumplimiento al requisito interno manual de indicadores identificando MDPI003 MANUAL INDICADORES DE GESTIÓN versión 12 de abril 13 de 2020 que en su capítulo 6 establece: “Es responsabilidad del líder del proceso o subproceso y para ello remitirá a la oficina de Planeación los datos obtenidos dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de vencimiento del periodo consagrado en cada indicador.” Igualmente se contraviene la norma Iso 9001 versión 2015 numeral 9.1.3 análisis y evaluación”.
- Revisada la información documentada del proceso en cumplimiento de los literales a y b del numeral 4.4.2 de la norma Iso 9001 versión 2015, se evidencia que la documentación que se tiene de los observatorios en la intranet corporativa tanto en procedimientos y formatos no cubre la totalidad de las gestiones realizadas por los diferentes observatorios e investigaciones. Haciéndose necesario que los observatorios tengan un desarrollo metodológico documentado, lo que no se evidencia.

Planificación Institucional

- En la caracterización del proceso de Planificación institucional publicada en el SGC con código CDPI001 y vigencia del 24 DE JUNIO DEL 2020, se evidenció

que los documentos asociados no incluyen todos los documentos del proceso y el normograma no está actualizado (tres no aplican y faltan incluir otras), incumplimiento los numeral 4.4.1 y 7.5.3 de la norma ISO 2001-2015.

- En la entrevista, al buscar en Personet en la sesión de Info. Corporativa- Planes PA-PO, el seguimiento al PA-PO 2020 del proceso de Planificación Institucional, se evidenció que el documento no se encuentra publicado, generando incumplimiento de la secuencia 10 del procedimiento FORMULACION DEL PLAN DE ACCION Y OPERATIVO (DPI009) y de la secuencia 5 del procedimiento SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION Y OPERATIVO (PDPI011).
- Al revisar el documento remitido vía correo electrónico denominado PA-PO 2020 PLANEACIÓN, se evidenció que no se ha diligenciado el seguimiento de varias actividades tales como Adopción plan de acción y plan operativo 2019, Adopción Plan de Adquisiciones 2019, Asistencia a comités de compras, de las cuales se tiene conocimiento que ya han sido realizadas. Lo cual genera incumplimiento al procedimiento SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION Y OPERATIVO (PDPI011)
- En la norma NDPI003 PLANIFICACION INSTITUCIONAL numeral 1.1.2 se ha establecido que el comité de dirección se reunirá una vez al mes, consultada la información de PERSONET sobre actas se evidencia que para el 2019 la última acta publicada fue la Acta N°08 Comité Directivo-Septiembre 30 de 2019 y para el 2020 la única publicada es la Acta N°13 Mayo 27 del 2020, caso similar ocurre con los comités de informática. Para las otras clases de comités (primarios, compras, archivo...) si siquiera está creado el ítem en Personet. La no publicación de las actas de los diferentes comités en que interviene directamente Planeación incumple el numeral 2.6.4 de la NDPI003 sobre la publicación en la intranet corporativa.
- En entrevista, al indagar sobre la medición correspondiente al primer trimestre 2020 para el proceso de Planificación Institucional, se compartió el archivo 1. Planificación Indicador 2020, en el que se evidenció que los espacios para relacionar los datos de varias mediciones se encuentran vacíos, ejemplo de ello son los indicadores denominados: Hallazgos de informes y Seguimiento al Plan Estratégico, incumpliendo el numeral 9.1.1 de la norma ISO 9001-2015.

- En entrevista realizada al indagar sobre las oportunidades de mejora del proceso como salidas de la revisión por la dirección (numeral 9.3.3 literal a de la Norma ISO 9001-2015), se informó y evidenció que éstas se determinaron, no obstante, al revisar el Plan de mejoramiento institucional éstas no se encuentran consignadas en él, incumpliendo la secuencia 7 del procedimiento INFORME DE REVISION POR LA DIRECCION (PDPI015): “Implementar Plan de Mejoramiento de conformidad con el procedimiento PMSM004 ACCIONES CORRECTIVAS”.

Gestión Documental

- Consultado en Personet las Actas de los círculos de calidad de Gestión Documental para el 2020, se encontró vacía la publicación; al indagar el entrevistado manifestó que se ha realizado un círculo de calidad, sin embargo, el acta no fue enviada a Planeación para su publicación, lo cual incumple el numeral 2.6.4 de la norma NDPI003 sobre publicación en la Intranet Corporativa.
- En el mapa de ruta 2019-2023 del PINAR, se estableció que para desarrollar las actividades propias se requiere de personal idóneo en temas archivísticos (1 profesional en gestión documental, 4 técnicos, 3 auxiliares, 1 mensajero, 2 auxiliares administrativos de planta) al indagar sobre las personas contratadas en 2020-2 se informó que algunos de los perfiles no corresponden con los aprobados en el PINAR de la entidad y que se asignó un número inferior al requerido (se aprobaron 11 personas y se cuenta con 9), incumpliendo el principio de planeación y el numeral 7.1.2 de la norma ISO 9001-2015.
- Al indagar sobre las tablas de retención documental el entrevistado manifestó que para el 2020 se tiene planeada la actualización que parte de realizar las encuestas, debido a que no se encontró documentado éste trabajo que se realizara en años anteriores, lo cual evidencia incumplimiento al apartado 7.1.6 de la norma ISO 9001-2015 respecto a la gestión de los conocimientos del subproceso.

- En el PINAR aprobado para la entidad, se identificó como aspecto crítico el no contar con personal idóneo y suficiente para realizar las capacitaciones internas, y el no contar con persona idóneo para realizar labores de archivo de manera técnica en los archivos de gestión, al indagar si en el plan anual de capacitación de la entidad se incluyeron los recursos necesarios para la capacitación en temas relacionados con gestión documental se informó que no ha sido incluido, lo cual genera incumplimiento al artículo 2.8.2.5.14. del Decreto 1080 de 2015 “...Las entidades públicas..., deberán incluir en sus planes anuales de capacitación los recursos necesarios para capacitar en el alcance y desarrollo del PGD, a los funcionarios de los diferentes niveles de la entidad.”
- En entrevista se manifestó que en la entidad por la alta rotación de personal contratista existe alto riesgo de pérdida de información y conocimiento; al revisar el formato (FAFC078) de estudios previos de contratación directa de la entidad, se evidenció que no se encuentra de manera explícita la responsabilidad de los contratista en la gestión de documentos, es decir, de aplicar las normas que en ésta materia establezca el Archivo General de la Nación y la entidad, ni la exigibilidad de que al culminar sus obligaciones contractuales deberán hacer entrega mediante inventario de los documentos de archivo que se encuentren en su poder, generando incumplimiento a los artículos 2.8.2.5.3 y 2.8.2.2.4. del Decreto 1080 de 2015, al igual que en el numeral 7.1.6 de la norma ISO 9001-2015.
- En el mapa de proceso de la entidad se determinó que Gestión Documental pertenece a Gestión de Recursos logísticos y éste a su vez a los procesos de apoyo, no obstante, al revisar la estructura organizacional de la entidad, se evidenció que no existe oficina, unidad administrativa o grupo de gestión documental que dé cumplimiento a la obligatoriedad de la creación del archivo de la Personería como lo ordena el artículo 10 de la Ley 594 de 2000.
- En entrevista se evidenció que la norma de Manejo de Correspondencia (NARL001) tiene establecidos varios aspectos a los cuales no se les da cumplimiento, ejemplo de ello, es que el centro documental no es la única dependencia autorizada para recibir documentos, las carpetas de distribución no cuentan con rótulos de salida y entrada, se carece de carpeta electrónica denominada FAX, de carpeta electrónica denominada E-MAIL, al igual que todos los funcionarios de la entidad no cuentan con acceso a la Carpeta de digitales y

que en ésta los nombres de los archivos no corresponden a los seis últimos dígitos del radicado y las tres letras del mismo.

- En entrevista se evidenció que en la entidad, sólo se recibe a través de gestión documental los documentos físicos que son presentados de manera personal para su radicación, y que todo lo que ingresa a la entidad por otros medios (correo electrónico, PQRS, fax, entre otros) no se les asigna número consecutivo que dé cuenta de la fecha y hora de recibido, que oficialice su trámite y permita cumplir los términos de vencimientos establecidos por la Ley, lo cual incumple lo estipulado en el artículo 3 del Acuerdo 060 del Archivo General de la Nación sobre radicación de comunicaciones y su gestión de manera centralizada y normalizada, al igual que el artículo 2.9.1.3.5. del Decreto 1080 de 2015 relacionado con la ventanilla única, lo cual a su vez impide el desarrollo de la función probatoria, garantizadora y perpetuadora de los archivos (literal i, artículo 4 de la Ley 594 DE 2000).

Gestión del Talento Humano

- Se evidencia falta de actualización al SIGEP, en cuanto al número de funcionarios vinculados, información desactualizada de los mismos. Se evidencia que todavía aparecen como vinculados a la entidad María Mercedes García Valencia y Alfonso de Jesús Pérez Gutiérrez; Blasina Samaritana Vargas tiene el correo desactualizado, figura Info@personeriamedellin.gov.co; Jhonattan Andrés Hernández Loaiza desactualizado el correo y la extensión telefónica figura la 1000; Julián Orlando Rendon Toro, le figura la extensión telefónica la 1000; Sebastián Gil Velásquez el correo esta desactualizado y la extensión telefónica figura la 1000; Gustavo Alberto Nieto correo desactualizado y la extensión telefónica 1000; pablo Andrés Murillo Poso el correo es el de la Defensoría del Pueblo y la extensión telefónica no corresponde; Luis Aníbal Peláez Molina, no reportó la información académica y no aparece en el cargo que se desempeña, (personero delegado 20 D disciplinarios) incumpliendo el decreto 1083 de 2015 art 2.2.17.7
- Se evidencia que no se cuenta con plan de previsión de recursos humanos en la entidad contrariando lo establecido por el artículo 17 de la ley 909 de 2004.

(...)

ARTÍCULO 17. PLANES Y PLANTAS DE EMPLEOS.

1. Todas las unidades de personal o quienes hagan sus veces de los organismos o entidades a las cuales se les aplica la presente ley, deberán elaborar y actualizar anualmente planes de previsión de recursos humanos que tengan el siguiente alcance:

a) Cálculo de los empleos necesarios, de acuerdo con los requisitos y perfiles profesionales establecidos en los manuales específicos de funciones, con el fin de atender a las necesidades presentes y futuras derivadas del ejercicio de sus competencias;

b) Identificación de las formas de cubrir las necesidades cuantitativas y cualitativas de personal para el período anual, considerando las medidas de ingreso, ascenso, capacitación y formación;

c) Estimación de todos los costos de personal derivados de las medidas anteriores y el aseguramiento de su financiación con el presupuesto asignado. (...)

- Se evidencia que no se realizó envío a la Oficina Asesora de Planeación del plan institucional de capacitación para alimentar el PAPO, incumpliendo el procedimiento PAHJ005, ítem 8.

Bienes Administrativos

- Se evidencia que no todos los conductores autorizados por la Personería de Medellín dejan constancia previa y por escrito de las eventuales fallas o averías en la bitácora del vehículo utilizado, presentándose incumplimiento en el numeral 1.2.26 de la norma NARL004.
- Se pudo evidenciar que dos (2) de los procedimientos (PARL 019, PARL 024) del subproceso de Bienes Administrativos en algunas de sus secuencias no están de acuerdo a la realidad, ya que la información documentada en los procedimientos no se está llevando a cabo según lo planificado:
PARL 019 en la secuencia 1
PARL 024 en la secuencia 2 y 4
Incumpliendo con lo establecido en el numeral 4.4.2 de la Iso 9001:2015

Gestión de Comunicaciones

- Al observar la caracterización del proceso, la cual le permite tener un marco normativo para el ejercicio adecuado de sus actividades, no se evidencia la sentencia T – 594 -17, que dispone entre otros: “**DERECHOS A LA LIBERTAD DE INFORMACION, DERECHO FUNDAMENTAL A LA RESERVA DE LAS FUENTES Y DERECHO A LA RECTIFICACION, RESPUESTA O REPLICA**” contraviniendo la norma técnica ISO 9001:2015, en su requisito 4.4.1, literal (C).
- Al revisar las redes sociales se pudo verificar que, en algunas de las solicitudes realizadas por los ciudadanos, no se evidencia respuesta por parte del proceso o transferencia al correo institucional info@personeriamedellin.gov.co para su respectiva respuesta. Revirtiendo el procedimiento PDGC025 RECEPCIÓN MANIFESTACIÓN REDES SOCIALES, secuencia (1a, 1b, 1c) Y LA LEY 1755 DE 2015.
- Se evidencia que, durante el año 2019 y 2020, algunos funcionarios y contratistas hicieron uso inadecuado del correo institucional, remitiendo correos masivos al interior de la entidad con la información que ellos consideraban, estos fueron enviados a través de sus correos institucionales personales, hecho corroborado por el equipo auditado durante el desarrollo de la auditoria. Revirtiendo la norma interna NDGC001 MANUAL DE COMUNICACIONES.
- Al verificar el uso de derechos de imagen sobre fotografías y fijaciones audiovisuales (Propiedad intelectual), se evidencia que no existe en algunos casos, el consentimiento expreso y previo por parte de las personas. Revirtiendo La norma interna NDGC001 MANUAL DE COMUNICACIONES 7.2 CANALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN EXTERNA – LEY 1581 DE 2012

Gestión Jurídica

- Se evidencia que, a la fecha de la auditoria, día 11 de agosto del 2020, no se encontraba medido el indicador del segundo trimestre del Subproceso de Gestión Jurídica, ni se observa plan de mejoramiento por el no cumplimiento del mismo,

presentándose incumplimiento del numeral 9.1 Seguimiento medición análisis y evaluación de la ISO 9001-2015.

- Se evidencia que a la fecha de realización de la auditoría 11 de agosto del 2020, consultado el PERSONET no se encuentra publicación de los círculos de calidad del subproceso de Gestión Jurídica en el año 2020, incumpliendo el numeral 2.6.4 de la norma NDPI003 sobre publicación en la Intranet Corporativa.
- Se evidencia en las siguientes atenciones del servicio EMISION CONCEPTO JURIDICO un incumplimiento en el atributo oportunidad.

Oportunidad: " Implica el cumplimiento de términos para el estudio, la elaboración y entrega del concepto jurídico o el objeto de consulta y suministro de información jurídica, según sea el caso: Dentro del término especificado por la norma legal Concepto jurídico 30 días."

Atenciones: 859008775 Se reparte el 23 -01-2020 y se emite el concepto el 19-05-2020, 859014488 Se radica el 21-02-2020 y se emite concepto el 06-05-2020, 859009236 Se radica el 27-01-2020 y se emite concepto el 11-03-2020, 859018815 se radica el 12-03-2020 y se emite concepto el 10-07-2020.

- Se evidencia que los formatos utilizados dentro del servicio EMISION CONCEPTO JURIDICO, atenciones: 859014488, 859011626, 859009236, 859028896, 859029847, 859024343, 859030504, 859018815 realizan este procedimiento con versiones desactualizadas del documento, Contrariando el numeral. 7.5.3 Control de la información documentada. Se está utilizando la versión 6 cuando en el SGC encontramos la 1.

Satisfacción de las partes interesadas

- De doce (12) actividades revisadas en el SIP, donde se vinculan los informes de encuestas de satisfacción a partes interesadas y cinco (5) informes trimestrales de PQRSD, se encuentran las siguientes inconsistencias en referencia al control de las versiones:

Tres (3) formatos vinculados (registros), asociados a los informes de encuestas a otras entidades, contienen el cuadro al pie de página con una versión no vigente

según la fecha de prestación del servicio (entre otros: cítese: 2019010728737EI, cítese: 2020010816149EI y cítese: 2020010865684EI en los cuales se informa que se trata del formato FMSM010 versión 6, la cual esta desactualizada.

Tres (3) formatos vinculados (registros), asociados a los informes de encuestas a contratistas utiliza un formato FMSM009 versión 5, (Cítese: 2019010730283EI, cítese: 2019010803582EI y cítese: 2020010864698EI) la cual no existe en el SIG.

Cinco (5) formatos vinculados, asociados a los informes trimestrales de PQRSD utiliza el formato FMSM009 versión 5, que no se encuentra en el SIG (Cítese: 2019010729502EI, Cítese: 2019010780139EI, Cítese: 2020010818711EI, Cítese: 2020010843433EI y Cítese: 2020010864073EI)

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

- No se encuentran vinculadas al SIP las actas de apertura de buzones del mes de marzo de 2020 y no se encuentran vinculadas la totalidad de las actas que corresponden a los meses de enero y febrero de 2020 (de las 3 sedes), pues solo se hallan vinculadas los registros de 3 semanas de enero (3, 24 y 31 de enero; 1 por sede) y 3 semanas de febrero (7,14 y 21 de febrero; 1 por sede).

Lo anterior, se presenta como un incumplimiento a los Numerales 1.1.1 y 1.1.15 de la NMSM001 NORMA INTERNA SEGUIMIENTO A LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS.

- Se evidencia falta de actualización normativa la Norma Interna NMSM001, en el numeral 1.1.5 hace referencia al “Código Contencioso Administrativo” la cual fue derogada por la Ley 1437 de 2011, lo cual sugiere un incumplimiento del numeral 7.5.2 de la NTC 9001: 2015.

Gestión Informática

- Dentro de los requisitos de la organización registrados en la caracterización del subproceso, se observa que todos los actos administrativos están directamente relacionados con el manual de funciones y competencias laborales de la entidad; sin embargo, las actividades que desarrolla el subproceso Gestión Informática no hacen parte de la planta de Personal de la Entidad, pues son actividades

contratadas con externos, por tal razón no hacen parte del manual de funciones y competencias laborales tal como se puede observar en el **Acuerdo 036 de 2006**, por medio del cual se ajusta el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales, para los empleos que conforman la planta de personal de la Personería de Medellín fijados por el **Acuerdo N° 08 de 2002**, donde se determinan los cargos, plazas, categoría salarial, niveles y denominaciones que exige la Ley.

Lo anterior genera incumplimiento a la norma **NTC ISO 9001:2015** numeral **7.1.3** La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios. **8.4.1 literales a) y c)**

- En los requisitos legales descritos en la caracterización del subproceso no se incluye el Decreto 1083/2015; La Ley 594/2000 y el Acuerdo 060/2001; el Decreto 415 de 2016 artículo 2.2.35.3, Decreto 612 de 2018; el Decreto 1360/89 Por el cual se reglamenta la inscripción del soporte lógico (software) en el Registro Nacional del Derecho de Autor, como tampoco la Ley 1431/2009 Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones –**TIC**–, como tampoco la Ley 1581 de 2012, “Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”, entendido como “cualquier información vinculada o que pueda asociarse a una o varias personas naturales determinadas o determinables”.

Lo que genera incumplimiento a la norma **ISO 9001:2015** numeral **8.2.2. literal 1)**
–

- Los diferentes software de gestión implementados en la Personería de Medellín son de su propiedad, tal como se puede observar con el GPC y Concord los cuales incluyeron en su Pliego de Condiciones como requerimiento el siguiente:

“...1.4 PROPIEDAD INTELECTUAL. La propiedad intelectual del código fuente y de toda la documentación generada durante este proceso, así como los diseños y arquitecturas serán propiedad de la Personería de Medellín, cediendo con esto todos los derechos que de esta se deriven...”

En la actualidad los software SIP, Personería en Línea, SIG con sus procedimientos y documentación, etc. Igualmente de propiedad de la Entidad, no han sido inscritos en el Soporte Lógico (software) del Registro Nacional de Derechos de Autor (**Decreto 1360/89 y Ley 1581/2012**).

Lo anterior, ha permitido que se materialice el **riesgo de fuga de información**, riesgo que no está contemplado dentro del mapa de riesgos del subproceso. Lo que genera incumplimiento a la **Ley 1581/2012 y a la Norma ISO 9001:2015 numerales 8.2.2. literal 1) – 8.4.1 literal a) – 8.4.2 literal b) - 4.4.1 - 6.1.1 - 6.2.1. literal c) - 7.1.6. – 5.1.1 literal d)**

- **El Procedimiento “PDPI029** contempla en el numeral **6.-** Instalación de Biblioteca Jurídica Digital y a numeral **7.-** INSTALAR BIBLIOTECA DE INTERNET, (Notinet), sin embargo estos softwares fueron considerados desde hace varios años por la Alta Dirección como innecesarios toda vez que es posible acceder a consultas jurídica por medio de otro tipo bibliotecas o software como por ejemplo la del Senado y demás herramientas electrónicas que se encuentran disponibles en internet. Por lo que se genera incumplimiento a la **Norma ISO 9001:2015 numeral – 4.4.1, literal g) – 8.4.1 literal a) -**
- **El Procedimiento PDPI031 Creación y/o actualización de usuarios.** Este procedimiento señala como responsable de las solicitudes de creación y eliminación de usuarios en el sistema a los líderes de los procesos. Sin embargo, se pudo establecer que en la gran mayoría de las solicitudes, no son los líderes quienes se responsabilizan de estas solicitudes, en su lugar las solicitudes son realizadas por sus auxiliares administrativos o directamente por el usuario interno (funcionarios y/o contratistas). La libreta de direcciones del outlook, como los usuarios en el SIP no se actualizan toda vez, que ni Talento Humano, ni Gestión Contractual proceden a informar al líder de Gestión Informática la terminación de contratos o la desvinculación de los funcionarios públicos. Esto genera incumplimiento a la Norma **ISO 9001:2015 numeral 8.4.2 literal a) – 4.4.1 literales e) y f)**
- **El Procedimiento PDPI033 Reporte, Solución y Análisis de Requerimientos,** El objetivo del procedimiento no está dirigido a ofrecer solución al usuario interno,

Igualmente se observa en el planteamiento del objetivo está dirigido a la búsqueda de la causa que genera el reporte y **formular un plan para su eliminación**. Lo anterior no ofrece claridad pues no establece una solución a los requerimientos sino una eliminación.

En cuanto al Análisis descrito en este procedimiento en los numerales 3 a), 3 c), 3 d), 3 e), 3 f), tienen como responsable al **Personero Auxiliar** e igualmente no contemplan la solución brindada al usuario interno, estos numerales describen una serie de secuencias que ya no se aplican pues se pudo establecer que se tienen establecidas actividades diferentes.

Lo anterior, genera incumplimiento a norma **ISO 9001:2015 numeral 4.4.1 - 6.3**

- El procedimiento **PDPI034 Permisos de Navegación en Internet**. En la secuencia 4. Establece: Adicionar los funcionarios en cada uno de los grupo creados según las instrucciones dadas por la Personero(a) Auxiliar o el Comité de Informática. Se observa que no se incluye en estos permisos a otros usuarios internos de la entidad como son los contratistas. Este Procedimiento en todas sus etapas asigna como responsable al administrador del sistema, pero no establece la secuencia de elaboración de solicitud o emitir comunicación interna, etc. Que responsabilice al Personero Auxiliar o al Líder del Proceso, en quienes recae el impartir la directriz. No se observa asignación de responsabilidad sobre el uso adecuado de estos permisos. Lo anterior, genera incumplimiento a la norma **ISO 9001:2015 numeral 4.4.1 literales b) e) y f) – 5.1.1. a) y h)**
- **Procedimiento PDPI035 Lista de Chequeo de Estado de Servidores y Centro de Datos**. Tiene como “**Objetivo**: Realizar una Verificación semanal del estado de los servidores del centro de datos de la Personería de Medellín”. El objetivo descrito es una acción que hace parte del cumplimiento a un objetivo, cual es el de velar por el buen funcionamiento del Hardware o Software de los servidores y el sistema de refrigeración del centro de datos.

Se observa que este procedimiento no establece cuál es la solución o trámite a seguir en el caso de que se llegare a detectar inconvenientes o fallas en el citado sistema.

Lo anterior, genera incumplimiento a la **norma ISO 9001:2015 numeral 4.4.1 literales b) g) y h)**

- **Procedimiento PDPI038 Administración Sistema de Acceso Usuarios Internos Sede Principal** – El sistema de acceso de usuarios internos constituye un sistema de seguridad que es complementado con la instalación de cámaras de video en diferentes puntos de la entidad.
- **Procedimiento PDPI041 Actualización Tecnológica.**- Este procedimiento inicia con Identificar y analizar las necesidades de software y hardware de la Plataforma Tecnológica. Y **Termina** con Probar y verificar que la implementación de la solución fue exitosa. El Procedimiento no registra la responsabilidad de toma de decisiones con respecto al inicio del estudio técnico, como tampoco en quien recae el seguimiento del cumplimiento de estas acciones. En los literales 2 al 8 se describen actividades que son propias del subproceso “**Gestión Contractual**”.

Lo anterior genera incumplimiento a la **NTC ISO 9001:2015 numerales 8.4.1 literal a) - 4.4.1 – 5.3 – 6.3**

- El Plan de Acción 2019 establece un seguimiento mensual; sin embargo se puede observar que el seguimiento no se hizo, en su lugar se reportó un cumplimiento anual del 97% a la meta anual establecida. Lo que genera incumplimiento a la NTC ISO 9001:2015 numerales 4.4.1 - 6.2.1 literales b) y e) – 6.6.2 literal e)

Mejoramiento Continuo

- En el subproceso de mejoramiento continuo se evidencia que a la fecha de esta auditoria al hacer la revisión en la Intranet del plan de mejoramiento institucional con vigencia del año 2018-2019 y se evidencia en la base de Excel 12 acciones (386, 401, 402, 403, 417, 438, 449, 450, 451, 455 y 456) con retraso del años 2019, lo anterior genera incumpliendo el numeral 10.2.1 literal c de la norma NTC-ISO 9001-2015
- En el subproceso de mejoramiento continuo, no se evidencia en el archivo de Excel que esta subido en el sistema de gestión de la calidad, anotación alguna del análisis y seguimiento al plan de mejoramiento institucional lo que genera

incumplimiento al procedimiento interno PMSM004 ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA numeral 5 y 5ª.

- 3. En el subproceso de mejoramiento continuo, no se evidencia cumplimiento del procedimiento de control de servicio no conforme, específicamente en la actividad 7; Remitir dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, se puede decir que puede calificarse como incumplimiento trasnversal por que se debe resaltar que si bien se hace los requerimientos pero los mismos no son efectivos para el cumplimiento por los lideres de las unidades lo que demuestra incumpliendo colectivo como es el caso de la UPDH con mas de 6 meses con incumplimientos (diciembre 2019 a abril y julio 2020) la UPIP (marzo abril y mayo de 2020), centro de conciliación incumplimiento de (Octubre 2019, marzo, y julio 2020) por fuera del termino de los 5 días hábiles incumpliendo con estos hechos el procedimiento establecido PMSM005