	<b>PROCESO</b>	Evaluación del sistema de control interno	<b>CÓDIGO</b>	4201000-FT-209
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Auditorías internas de calidad	<b>VERSIÓN</b>	08
	<b>FORMATO</b>	Informe de Auditoría interna de Calidad	<b>PÁGINA</b>	2 de 10

## PERIODO DE EJECUCIÓN:

Entre el 1 y el 31 de agosto de 2023, se llevó a cabo las auditorías internas de calidad de la Secretaría General, en cumplimiento del Plan Anual de Auditoría aprobado para la vigencia 2023.

## OBJETIVO GENERAL:

Establecer la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad de la Secretaría General, frente a los requisitos de la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 y a los requisitos propios de la entidad, con el fin de contribuir a la mejora continua de los procesos y asegurar que se mantiene de manera eficaz.

## ALCANCE:

Evaluar de los dieciséis (16) procesos que conforman el Modelo de Operación por Procesos de la Secretaría General. Periodo de revisión: junio 2022 a junio 2023.


## EQUIPO AUDITOR

- Jorge Eliécer Gómez Quintero – jefe Oficina de Control interno
- Equipo Coordinador:  
Cesar Alberto Arcos Tiuso – Contratista / Oficina Asesora de Planeación  
Iveth Lorena Herrera Hernández – Profesional especializado / Oficina Control Interno  
Equipo auditor: 14 Auditores Líderes, 7 Auditores Acompañantes de las diferentes dependencias de la Secretara General.

## METODOLOGÍA APLICADA

Se aplicaron las técnicas de auditoría NTC ISO 19011:2018, directrices para realizar la auditoría de los sistemas de gestión, se manejaron muestras selectivas basadas en la información disponible, entrevistas, revisión de documentos y registros.

De igual manera, se aplicaron los lineamientos establecidos en el procedimiento de Auditorías internas de calidad, código 4201000-PR-361 versión 06 correspondiente al proceso Evaluación del Sistema de Control Interno.

	<b>PROCESO</b>	Evaluación del sistema de control interno	<b>CÓDIGO</b>	4201000-FT-209
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Auditorías internas de calidad	<b>VERSIÓN</b>	08
	<b>FORMATO</b>	Informe de Auditoría interna de Calidad	<b>PÁGINA</b>	2 de 10

## MARCO NORMATIVO:

- ✓ ISO 9001:2015 Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✓ Decreto 367 de septiembre 2 de 2022 “Por medio del cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C” y Decreto 140 de abril 14 de 2021 "Por medio del cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C”.
- ✓ Documentos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad de la Secretaría General.

## CONCLUSIONES


### 1. ESTADO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Efectuadas las auditorías internas de calidad a los 16 procesos de la Secretaría General, en el período comprendido de junio de 2022 a junio de 2023, de acuerdo con el resultado obtenido de las auditorías, se concluyó que, el sistema de gestión de la calidad tiene establecidos elementos de gestión para el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, como de los requisitos propios de la entidad, así mismo, la documentación establecida proporciona la estructura necesaria para apoyar el mantenimiento del sistema de gestión de la calidad.

La Secretaría General, ha mantenido el sistema de gestión de la calidad bajo el enfoque de la mejora continua, y se ha evidenciado su capacidad para el cumplimiento de la política y los objetivos de calidad, evidenciándose el liderazgo y compromiso de los directivos, respecto al mantenimiento y mejoramiento continuo del sistema de gestión de la calidad, basado en los resultados del ejercicio de auditorías, en los cuales, se comprobó conformidad frente a 115 requisitos de los 128 que presenta la ISO 9001:2015. De igual forma, producto de las auditorías practicadas, se identificaron 22 no conformidades asociadas a trece (13) requisitos y 27 observaciones.

### 2. CICLO DE AUDITORÍAS DE CALIDAD


- Durante la etapa de planeación del ciclo de auditorías de calidad para la vigencia 2023, se elaboró el cronograma de auditorías internas de calidad, el cual se presentó en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el 26 de Julio de 2023. Para los 16 procesos de la Secretaria General se llevaron a cabo las auditorías internas de calidad entre el 1 de agosto y el 31 de agosto de 2023, evaluándose el periodo junio 2022 a junio 2023.

	<b>PROCESO</b>	Evaluación del sistema de control interno	<b>CÓDIGO</b>	4201000-FT-209
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Auditorías internas de calidad	<b>VERSIÓN</b>	08
	<b>FORMATO</b>	Informe de Auditoría interna de Calidad	<b>PÁGINA</b>	2 de 10

- Se observó que el numeral 7.5.3 control de la información documentada, fue el que presentó el mayor número de incumplimientos (5), que equivalen al (18,52%) del total (27), debido a registros inexistentes o que no corresponden a las actividades, y uso de formatos en versiones no vigentes o diligenciados parcialmente.
- Realizado el comparativo frente a las situaciones de auditoría identificadas en el ciclo de auditorías de calidad vigencia 2022 vs. vigencia 2023, se evidenció disminución en el número de observaciones identificadas en los procesos, pasando de treinta y ocho (38) observaciones en la vigencia 2022 a veintisiete (27) en la vigencia 2023, lo que corresponde, a una disminución del 29%. En relación con el comportamiento de las no conformidades identificadas, se evidenció una disminución del 15% comparando las dos vigencias, pasando de 26 no conformidades en la vigencia 2022, a 22 no conformidades en la vigencia 2023.

De acuerdo con lo anterior, en el marco de la mejora continua, sobre estas situaciones, se solicitó la formulación de acciones por parte de los líderes de los procesos, con el propósito de mejorar la eficacia del sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción de los clientes internos y/o externos generando valor público a través de la entrega de resultados que respondan y satisfagan las necesidades y demandas de los ciudadanos.

- Por parte de los líderes de los procesos, se realizó evaluación de la labor efectuada por el equipo auditor en las auditorías internas de calidad, con base en los criterios establecidos y asociados a: ejecución frente al objetivo, conocimiento del marco normativo, objetividad, contribución a la mejora del sistema, comunicación de resultados, trato y enfoque basado en riesgos, obteniendo un resultado promedio de calificación de 3.95 sobre 4 puntos posibles, registrando un aumento en el promedio obtenido con respecto a la vigencia 2022, el cual fue de 3.91.
- Sin embargo, es importante recomendar que se continúe con el fortalecimiento de competencias respecto a conocimiento de la norma y enfoque de riesgos, así como habilidades del equipo auditor para el desarrollo de las auditorías internas de calidad para la próxima vigencia; al igual que, generar estrategias para ampliar el equipo de auditores y lograr una suficiente participación de los funcionarios de la Secretaría General en el rol de auditor interno de calidad para próximos ciclos de auditoría.

	<b>PROCESO</b>	Evaluación del sistema de control interno	<b>CÓDIGO</b>	4201000-FT-209
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Auditorías internas de calidad	<b>VERSIÓN</b>	08
	<b>FORMATO</b>	Informe de Auditoría interna de Calidad	<b>PÁGINA</b>	2 de 10

## RESULTADO DEL CICLO DE AUDITORÍAS DE CALIDAD

### 1. Procesos que no presentaron hallazgos de incumplimiento resultado de la auditoría

Se evaluaron los 16 procesos que conforman el modelo de Operación por Procesos de la Secretaría General, bajo los criterios aplicables de la norma ISO 9001:2015; obteniendo una cobertura del 100% de estos, el proceso de Gestión financiera no fue objeto de no conformidades ni observaciones, es decir, se evidenció conformidad de los criterios objeto de verificación.


### 2. No Conformidades y Observaciones Identificadas

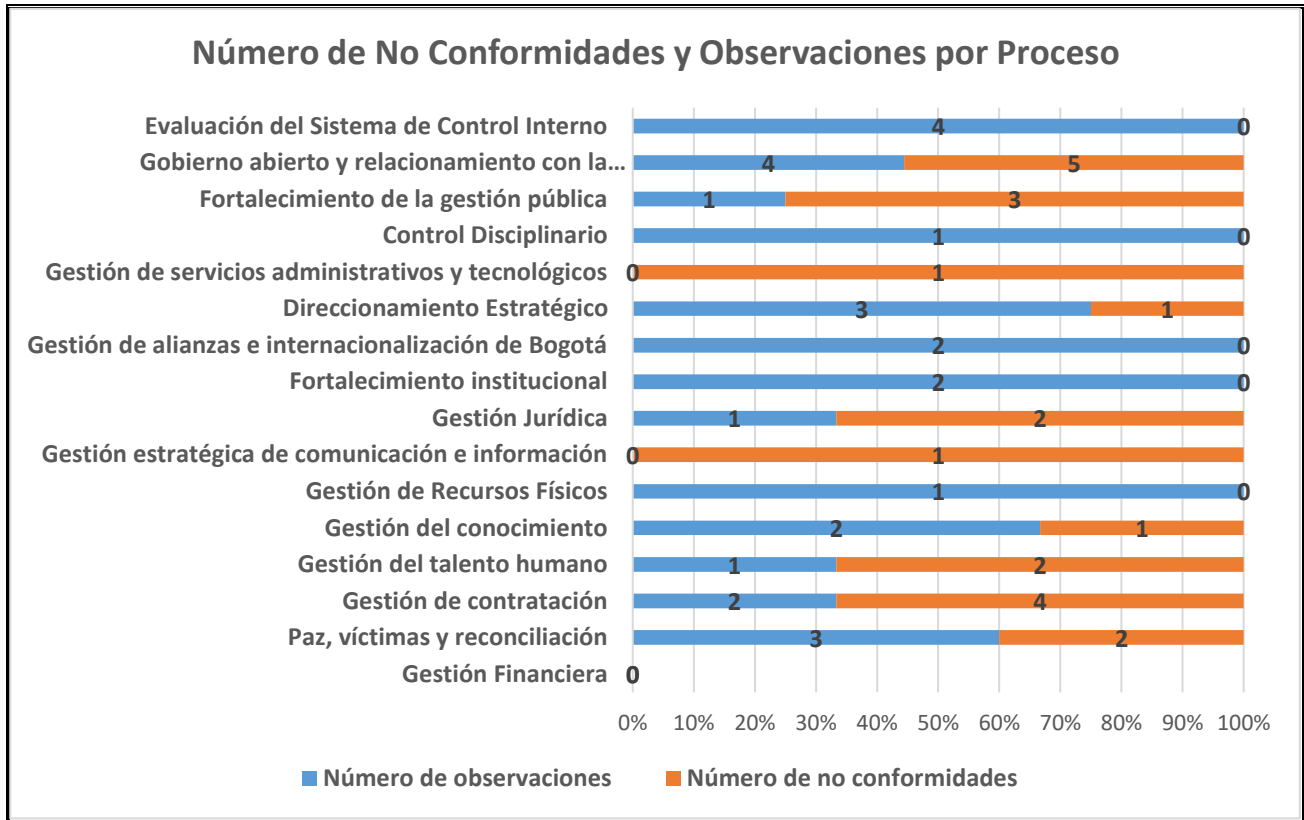
Resultado de la evaluación a los procesos de la Entidad, se identificaron las siguientes situaciones del ciclo de auditoría:

- ✓ Veintidós (22) no conformidades asociadas a diez (10) procesos de la Entidad, y;
- ✓ Veintisiete (27) observaciones, asociadas a trece (13) procesos.

Sobre las anteriores situaciones, en el marco de la mejora continua, los líderes de los procesos se encuentran en proceso de formulación de las acciones de mejora pertinentes, con el objetivo de mejorar la eficacia del sistema de gestión de la calidad, por tanto, aumentar la satisfacción de los clientes internos y/o externos generando valor público a través de la entrega de servicios que respondan y satisfagan las necesidades y demandas de los ciudadanos.


A continuación, en la gráfica se muestra las veintidós (22) no conformidades y veintisiete (27) observaciones identificadas por cada proceso:

	<b>PROCESO</b>	Evaluación del sistema de control interno	<b>CÓDIGO</b>	4201000-FT-209
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Auditorías internas de calidad	<b>VERSIÓN</b>	08
	<b>FORMATO</b>	Informe de Auditoría interna de Calidad	<b>PÁGINA</b>	2 de 10



Respecto a las veintidós (22) no conformidades, las situaciones evidenciadas incumplen trece (13) numerales de la norma ISO 9001:2015; criterios que se relacionan en la siguiente tabla:

Requisitos ISO 9001:2015	No conformidades
4.4.1 La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad (...)	3
4.4.2 En la medida que sea necesario la organización debe (..)	3
6.1.1 Al planificar el sistema de gestión del a calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado (...)	3
6.1.2 La organización debe planificar (...)	2
7.1.5.1 Generalidades	1
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones	1


	<b>PROCESO</b>	Evaluación del sistema de control interno	<b>CÓDIGO</b>	4201000-FT-209
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Auditorías internas de calidad	<b>VERSIÓN</b>	08
	<b>FORMATO</b>	Informe de Auditoría interna de Calidad	<b>PÁGINA</b>	2 de 10

Requisitos ISO 9001:2015	No conformidades
7.5.2 Creación y actualización	1
7.5.3 Control de la información documentada	5
8.4.1 Generalidades	1
8.4.2 Tipo y alcance del control de la provisión externa	1
9.1.1 Generalidades	1
10.1 Generalidades	1
10.2 No conformidad y acción correctiva	4

Como se observó en la tabla anterior, el numeral de la norma que registró mayor número de incumplimientos fue el 7.5.3. control de la información documentada, asociado a registros inexistentes o que no corresponden a las actividades, y uso de formatos en versiones no vigentes o diligenciados parcialmente. Los procesos con estos incumplimientos corresponden a:

- ✓ Paz, víctimas y reconciliación.
- ✓ Gestión de contratación.
- ✓ Gestión del talento humano.
- ✓ Gestión del conocimiento.
- ✓ Gestión estratégica de comunicación e información.
- ✓ Gestión Jurídica.
- ✓ Direccionamiento Estratégico.
- ✓ Gestión de servicios administrativos y tecnológicos.
- ✓ Fortalecimiento de la gestión pública.
- ✓ Gobierno abierto y relacionamiento con la ciudadanía.

Efectuado el comparativo de las situaciones identificadas en el ciclo de auditorías de calidad vigencia 2022 vs. vigencia 2023, se comprobó disminución en el número de observaciones identificadas en los procesos, pasando de treinta y ocho (38) observaciones en la vigencia 2022 a veintisiete (27) en la vigencia 2023, correspondiente a una disminución del 29%.

	<b>PROCESO</b>	Evaluación del sistema de control interno	<b>CÓDIGO</b>	4201000-FT-209
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Auditorías internas de calidad	<b>VERSIÓN</b>	08
	<b>FORMATO</b>	Informe de Auditoría interna de Calidad	<b>PÁGINA</b>	2 de 10


En relación con el comportamiento de las no conformidades identificadas, se reflejó una disminución del 15% comparando las dos vigencias, pasando de veintiséis (26) no conformidades en la vigencia 2022 a veintidós (22) en la vigencia 2023.

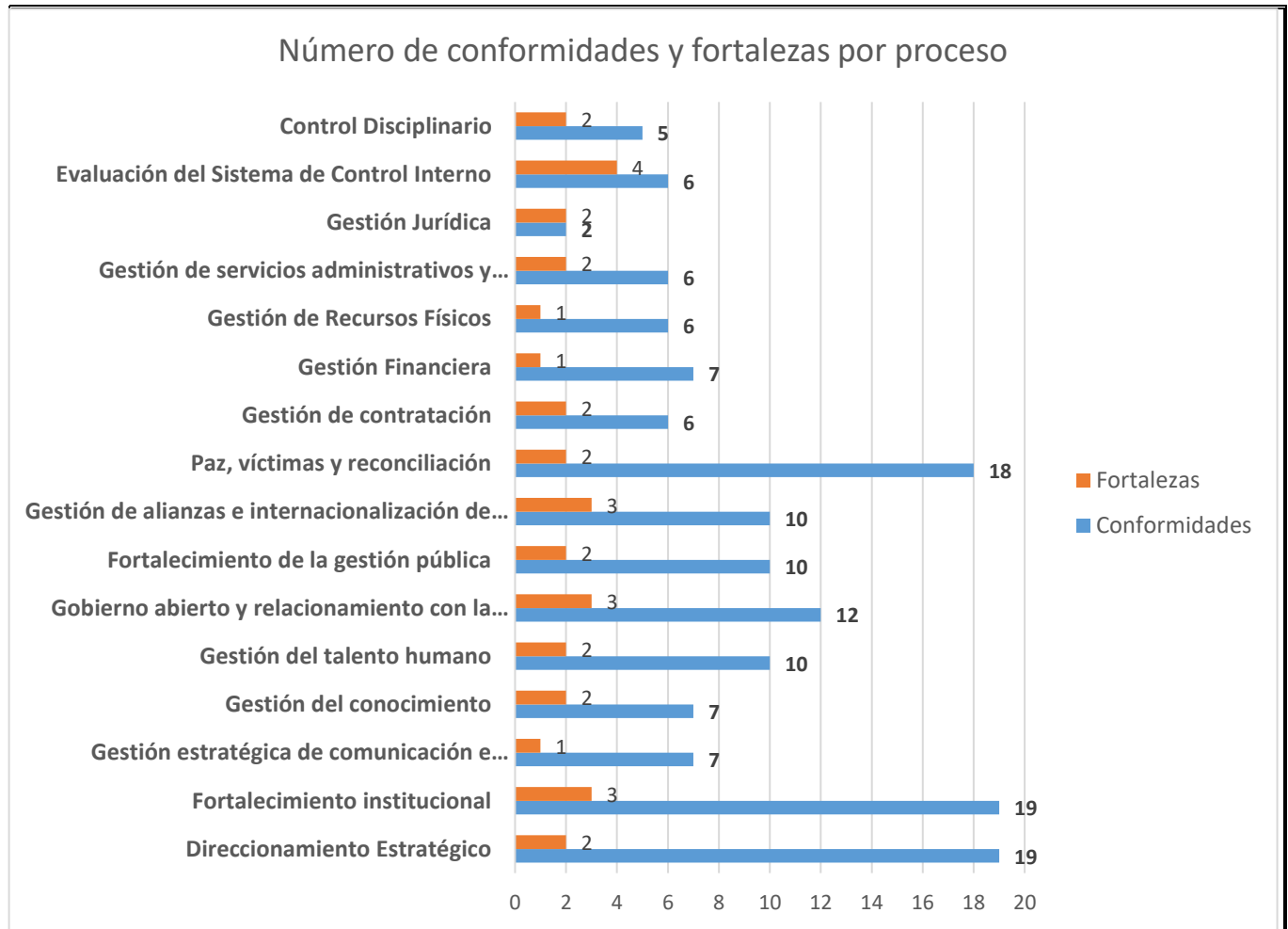
A continuación, se presenta el detalle por proceso para los 16 procesos de la Secretaría General:

Proceso	Número de observaciones	Número de no conformidades
Gestión Financiera	0	<b>0</b>
Paz, víctimas y reconciliación	3	2
Gestión de contratación	2	<b>4</b>
Gestión del talento humano	1	2
Gestión del conocimiento	2	1
Gestión de Recursos Físicos	1	0
Gestión estratégica de comunicación e información	0	1
Gestión Jurídica	1	<b>2</b>
Fortalecimiento institucional	2	0
Gestión de alianzas e internacionalización de Bogotá	2	0
Direccionamiento Estratégico	3	<b>1</b>
Gestión de servicios administrativos y tecnológicos	0	<b>1</b>
Control Disciplinario	1	0
Fortalecimiento de la gestión pública	1	3
Gobierno abierto y relacionamiento con la ciudadanía	4	5
Evaluación del Sistema de Control Interno	4	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>22</b>

### 3. Conformidades y Fortalezas

Producto de la evaluación a los procesos de la Entidad, en la siguiente grafica se observa el número de conformidades y fortalezas por proceso:


	<b>PROCESO</b>	Evaluación del sistema de control interno	<b>CÓDIGO</b>	4201000-FT-209
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Auditorías internas de calidad	<b>VERSIÓN</b>	08
	<b>FORMATO</b>	Informe de Auditoría interna de Calidad	<b>PÁGINA</b>	2 de 10



#### 4. Resultado Evaluación del Equipo Auditor

Efectuada la convocatoria para conformar el equipo de auditores internos de calidad de la Secretaría General, para el ciclo de auditorías vigencia 2023, se constituyó el equipo con 14 auditores líderes, 7 auditores acompañantes de las diferentes dependencias de la Secretaría General.



	<b>PROCESO</b>	Evaluación del sistema de control interno	<b>CÓDIGO</b>	4201000-FT-209
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Auditorías internas de calidad	<b>VERSIÓN</b>	08
	<b>FORMATO</b>	Informe de Auditoría interna de Calidad	<b>PÁGINA</b>	2 de 10

Una vez ejecutadas las auditorías internas de la calidad a los 16 procesos de la Secretaría General, se realizó por parte de los líderes de proceso una evaluación del equipo auditor de cada proceso, con el objetivo de evaluar el conocimiento y habilidades de estos, de tal forma que, permita identificar los aspectos objeto de mejora continua y habilidades a fortalecer para el próximo ciclo de auditorías de calidad. La evaluación se realizó en una escala de máximo 4 puntos establecidos, obteniéndose los siguientes resultados:

Ejecución frente al objetivo		Conocimiento del marco normativo		Objetividad en las desviaciones		Contribución a la mejora		Comunicación de los resultados		Trato correcto y educado		Enfoque basado en riesgos	
2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
3,9	3,9	3,9	3,9	3,8	3,9	3,9	4,0	3,9	3,9	4,0	4,0	4,0	3,9

Comparado los resultados obtenidos en la vigencia 2022 vs. vigencia 2023, se observó mejora en los siguientes aspectos evaluados:


- ✓ Transmite con objetividad las desviaciones detectadas en el desarrollo de la auditoría.
- ✓ El resultado de la auditoría contribuye a la mejora de la unidad auditable.

En lo referente al aspecto “El Auditor desarrollo el trabajo enfocado a los riesgos del proceso.” Presento una leve disminución en el resultado obtenido para la vigencia 2023 frente al de la vigencia 2022.

De igual manera, los otros cuatro (4) aspectos restantes evaluados, se mantuvieron las calificaciones frente a la vigencia anterior.

## 5. Estado de la formulación de Acciones


A partir de las veintidós (22) No conformidades y veintisiete (27) Observaciones identificadas para los procesos institucionales durante el desarrollo de la auditoría interna de calidad vigencia 2023, a la fecha de generación del presente informe, se encuentran en formulación y carga en el aplicativo Daruma por parte de los procesos, para determinar acciones en términos de:

	<b>PROCESO</b>	Evaluación del sistema de control interno	<b>CÓDIGO</b>	4201000-FT-209
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Auditorías internas de calidad	<b>VERSIÓN</b>	08
	<b>FORMATO</b>	Informe de Auditoría interna de Calidad	<b>PÁGINA</b>	2 de 10

- Acción correctiva: acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir (ISO 9000:2015).
- Acción de mejora: acción para incrementar la mejora del desempeño del proceso, las capacidades de la organización, la satisfacción frente al desarrollo de productos y servicios que ofrece la entidad (construcción propia).
- Corrección: acción para eliminar la no conformidad detectada (ISO 9000:2015).

**Elaborado por:** César Alberto Arcos Tiuso, Contratista / Oficina Asesora de Planeación, Iveth Lorena Herrera Hernández – Profesional Especializado OCI

**Revisado y Aprobado por:** Jorge Eliecer Gómez Quintero – jefe Oficina de Control Interno

	<b>PROCESO</b>	Evaluación del sistema de control interno	<b>CÓDIGO</b>	4201000-FT-209
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Auditorías internas de calidad	<b>VERSIÓN</b>	08
	<b>FORMATO</b>	Informe de Auditoría interna de Calidad	<b>PÁGINA</b>	2 de 10

## Anexo. Hallazgos de auditoría identificadas en los procesos (Detalle Fortalezas, Observaciones y No Conformidades)

### 1. Proceso Paz, víctimas y reconciliación

#### FORTALEZAS (1)

1. El Sistema de Información para las Víctimas – SIVIC y su funcionalidad frente a la trazabilidad de los servicios prestados, así como las mejoras (SIVIC+) que se están realizando a este aplicativo, orientadas al fortalecimiento de la prestación de los servicios.
2. Dominio de los temas del alcance del proceso por parte del personal auditado.

#### OBSERVACIONES (2)


1. En la Ficha técnica de encuesta de satisfacción con alcance para los servicios de Acompañamiento psicosocial, Atención jurídica, Caracterización socioeconómica y Otorgar ayuda y atención humanitaria inmediata asociados al proceso “Paz, víctimas y reconciliación” aprobada para la vigencia del 2023, se identifica falta de alineación entre el nombre del indicador establecido y las variables definidas para su medición (Fórmula), debido a que el nombre del indicador, el cual corresponde a *“Porcentaje de satisfacción de los beneficiarios de los servicios prestados en los Centros de encuentro en materia de atención, asistencia y reparación integral a víctimas del conflicto armado en Bogotá”* como bien lo indica explícitamente, está orientado a medir el porcentaje de satisfacción de los beneficiarios, mientras que las variables que integran la fórmula del indicador y que corresponden a *Número total de beneficiarios encuestados que respondieron satisfecho (4) y muy satisfecho (5)* (Numerador) y *Número total de beneficiarios que respondieron la encuesta de satisfacción* (Denominador), miden es el porcentaje de beneficiarios con los niveles de satisfacción de *satisfecho (4) y muy satisfecho (5)*.

Lo anterior puede llegar a afectar el cumplimiento del análisis y evaluación de los resultados del grado de satisfacción de los usuarios en el marco del análisis de los resultados del indicador.

Requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado: 9.1.3 Análisis y evaluación, el cual establece: La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.

Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: b) el grado de satisfacción del cliente.

2. Si bien se evidenció que se está en proceso de actualización de la ficha técnica del servicio de *Otorgamiento de ayuda o atención humanitaria inmediata a la población víctima del conflicto armado interno residente en Bogotá*, no se ha contemplado en la misma los requisitos específicos y los correspondientes criterios de aceptación y salidas no conforme relacionadas

	<b>PROCESO</b>	Evaluación del sistema de control interno	<b>CÓDIGO</b>	4201000-FT-209
	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Auditorías internas de calidad	<b>VERSIÓN</b>	08
	<b>FORMATO</b>	Informe de Auditoría interna de Calidad	<b>PÁGINA</b>	2 de 10

con cada una de las medidas contempladas en el servicio, como son: alimentación, alojamiento transitorio en las modalidades de arriendo y albergue, transporte de emergencia y kits habitacionales.

Lo anterior puede llegar a afectar el cumplimiento de la planificación del servicio.

Requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado: 8.1 Planificación y control operacional, el cual establece: La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos (véase 4.4) necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6, mediante:

- a) la determinación de los requisitos para los productos y servicios;
- b) el establecimiento de criterios para: (...) 2) la aceptación de los productos y servicios;

(...) La salida de esta planificación debe ser adecuada para las operaciones de la organización.

**3.** En la tabla de retención documental de la Dirección de Reparación Integral que se encuentra en proceso de actualización y que de acuerdo con la información brindada por el proceso está pendiente de presentar ante el Consejo Distrital de Archivos, se evidenció en el marco de las muestras verificadas que no se tiene incluido el registro correspondiente a *Remisión acceso a derechos y oferta social a víctimas del conflicto armado en Bogotá* el cual se genera en el marco de la ejecución de los procedimientos de *Elaboración, implementación, seguimiento y medidas individuales de reparación en los planes de atención a víctimas del conflicto armado residentes en Bogotá (4130000-PR-314)*, Versión 008 y de *Otorgar ayuda y atención humanitaria inmediata (4130000-PR-315)* Versión 006.

Lo anterior puede llegar a afectar el control de la información documentada que se genera en el proceso.

Requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado:7.5.3, el cual establece que 7.5.3.2. Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; d) conservación y disposición.

## 2. Proceso Gestión Financiera

### FORTALEZAS (1)

El proceso se desempeña conforme con los requisitos. Se resalta el compromiso del personal entrevistado con sus aportes al proceso.

### OBSERVACIONES (2)

No se generaron observaciones durante el desarrollo de la auditoría interna de calidad al proceso Gestión Financiera.

### NO CONFORMIDADES (3)

No.	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
	No se generaron No conformidades durante el desarrollo de la auditoría interna de calidad al proceso Gestión Financiera.

## 3. Proceso Gestión de contratación

### FORTALEZAS (1)

1. Los Sistemas utilizados para la gestión contractual (SECOP 1, SECOP 2 y Sistema de Gestión Contractual) permiten el control y seguimiento de las diferentes etapas del proceso, el almacenamiento de documentos fundamentales que se constituyen como registros y la trazabilidad con los usuarios externos.
2. Dominio de los temas del alcance del proceso por parte del líder del proceso y el personal auditado.

### OBSERVACIONES (2)

1. En la muestra revisada del contrato 619-2023 proceso de mínima cuantía, contratista Media Technology Word SAS, se encontró que el formato 4231000-FT-1089 Análisis económico del sector y de los oferentes, no corresponde con la versión del documento oficializado en el sistema de gestión de calidad puesto a disposición en el aplicativo DARUMA.

Lo anterior puede llegar a afectar el control de la información documentada que se genera en el proceso. Requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado: 7.5.3.2 Para el control de la

información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso;

2. En la revisión realizada al reporte de los indicadores de gestión del proceso (GES\_14, GES\_15, GES\_16, GES\_17) y la formulación enviada por el proceso a la Oficina Asesora de Planeación mediante memorando 3-2022-33975 del primero de diciembre de 2022, donde se establece que su medición es mensual y sus variables están en función de las solicitudes ingresadas en el periodo y las atendidas a tiempo en el periodo.

Al verificar los soportes mensuales se encuentra que se traslapan los meses, es decir, como muestra el archivo soporte del mes de junio para el indicador GES\_17 contiene datos del mes de mayo, el archivo soporte del mes de marzo para el indicador GES\_16 contiene datos del mes de febrero, el archivo soporte del mes de abril para el indicador GES\_15 contiene datos del mes de marzo y el archivo soporte del mes de marzo para el indicador GES\_14 contiene datos del mes de febrero, lo que evidencia que falta claridad en la delimitación de las variables de los indicadores con el fin de definir claramente el periodo de medición.

Lo anterior puede llegar a afectar los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 correspondientes a: 9.1.1 Generalidades: la organización debe determinar: literal b). Los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos y 9.1.3 Análisis y evaluación: La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.

**NO CONFORMIDADES (3)**

No.	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
1	<p>Para las muestras auditadas en el marco de la verificación de la ejecución de los procedimientos de <i>Mínima Cuantía (2211200-PR-284)</i> y de <i>Interventoría y/o supervisión (2211200-PR-195)</i> se encontró para el contrato 1009 de 2022 un cargue extemporáneo (01 de agosto 2023) del acta de conformación del comité evaluador (evaluador financiero), al igual que el incumplimiento en los tiempos de la publicación del acta de inicio del contrato 619 de 2023.</p> <p>Lo anterior incumple el requisito de la Norma ISO 9001:2015 correspondiente al numeral 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite;</p>

2	<p>Verificada la efectividad de las acciones correctivas con ID 1295 y ID 1299 las cuales constituyen el plan de mejoramiento PA220-067 registrado en el aplicativo Daruma, si bien se cumplieron en su ejecución (eficacia), se evidenció que el hallazgo de incumplimiento frente al cual fueron establecidas y que corresponde al incumplimiento en los tiempos establecidos para la publicación del acta de inicio en SECOP, sigue persistiendo, teniendo en cuenta que para las muestras auditadas en el marco de la verificación de la ejecución de los procedimientos de <i>Mínima Cuantía (2211200-PR-284)</i> y de <i>Interventoría y/o supervisión (2211200-rPR-195)</i> se encontró para el contrato 1009 de 2022 un cargue extemporáneo (01 de agosto 2023) del acta de conformación del comité evaluador (evaluador financiero), al igual que el incumplimiento en los tiempos de la publicación del acta de inicio del contrato 619 de 2023.</p> <p>Lo anterior incumple el requisito de la Norma ISO 9001:2015, 10.2.1 el cual establece que: 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 (...)</p>
3	<p>No se cuenta con controles determinados en el suministro externo del servicio “otorgamiento de la ayuda humanitaria inmediata” que impidan la entrega de productos no conformes con los criterios establecidos.</p> <p>Lo anterior se evidencia en la muestra tomada “contrato 967-2022” del contratista Caja Colombiana de Compensación Familiar Colsubsidio, el cual tiene por objeto “Prestar el servicio de suministro controlado de alimentos y elementos de aseo en el marco del otorgamiento de la medida de Ayuda o Atención Humanitaria Inmediata a la población víctima del conflicto armado, de conformidad con lo establecido en la Ley 1448 de 2011 y demás decretos reglamentarios” en el cual se identificó la entrega de productos que incumplen los criterios establecidos, en las bases de datos “3. Base Alimentos No permitidos Oct y Nov 967” y “Alimentos NO PERMITIDOS enero 2023” las cuales cuantifican de manera posterior los alimentos y elementos de aseo que no son permitidos en este servicio misional.</p> <p>Lo anterior incumple los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, asociados a los siguientes numerales:</p> <p>8.4.1 Generalidades. La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos. La organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando: b) los productos y servicios son proporcionados directamente a los clientes por proveedores externos en nombre de la organización;</p>

	<p>8.4.2 Tipo y alcance del control. La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes.</p> <p>La organización debe: a) asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad;</p>
4	<p>En la revisión de los procedimientos <i>Mínima Cuantía (2211200-PR-284)</i> y de <i>Interventoría y/o supervisión (2211200-PR-195)</i> se evidenciaron los siguientes hallazgos en los registros de las actividades:</p> <p><i>Mínima Cuantía (2211200-PR-284):</i></p> <p>En las muestras de los contratos 619 de 2023 y 1009 de 2022 para la actividad número siete “Aprobar estudio de mercado”, se establece la aprobación del estudio de mercado por parte del Subdirector Financiero, pero los registros muestran la aprobación por parte de un profesional especializado.</p> <p>En la muestra del contrato 619 de 2023 para la actividad trece “Conformar el comité evaluador” no se evidencia designación del evaluador técnico, de igual forma en la actividad catorce “Verificar la conformación del comité evaluador” (punto de control) no se evidencia el aval del jefe de la dependencia técnica del evaluador técnico.</p> <p><i>interventoría y/o supervisión (2211200-PR-195):</i></p> <p><i>El documento 2211200-PR-195</i> cargado en el aplicativo DARUMA en su versión 13 carece de numeración en la columna titulada “ID”</p> <p>En la muestra tomada del contrato número 8 del año 2023 a nombre del contratista Diana Marcela Cepeda, para la actividad “Verificar el cumplimiento de las obligaciones del contratista” para el mes de enero se presenta como cumplimiento de la actividad número uno un cronograma incompleto que solo contiene la relación del mes de enero, de igual forma se verificó la misma actividad en el informe del mes de abril, encontrando que se relaciona nuevamente el cronograma como un entregable pero no existe el documento soporte sin embargo se genera el pago.</p> <p>Lo anterior incumple los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, asociados al siguiente numeral:</p>



- 4.4.2 En la medida en que sea necesario, la organización debe:
- mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos;
  - conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.

#### 4. Proceso Gestión del talento humano

##### FORTALEZAS (1)

- La disposición y conocimiento por parte del equipo de trabajo, con respecto al proceso, procedimientos y demás información asociada a estos, lo cual permitió el adecuado desarrollo de la auditoría y el cumplimiento del programa establecido.
- La mejora continua a partir de la revisión y actualización que se está realizando a los procedimientos Gestión organizacional (2211300 PR-221) Versión 11 y Gestión de la formación y la capacitación (2211300 PR-164) Versión 18.

##### OBSERVACIONES (2)

- En el procedimiento Gestión organizacional (2211300 PR-221) Versión 11, se relaciona como registro de las actividades el formato Seguimiento teletrabajo (4232000-FT-1167), sin embargo, al consultar este formato en el Aplicativo DARUMA, el encabezado del mismo se denomina "Planificación y seguimiento del teletrabajador"

Lo cual genera un potencial incumplimiento del requisito de la Norma ISO 9001:2015 numeral 7.5.2. *Creación y actualización. Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que: a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia)*

##### NO CONFORMIDADES (3)

No.	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
1	<p>En el procedimiento Gestión organizacional (2211300 PR-221) Versión 11, para los registros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4232000-FT-1123 Manifestación de Interés Proceso de Encargo. Se evidenció que el formato diligenciado por la servidora, remitido mediante memorando 3-</li> </ul>

2023-4641 del 08 de febrero de 2023, no corresponde a la versión oficial del formato publicada en el Aplicativo DARUMA. Por otra parte, el “*Formato manifestación de interés*” publicado en la sede electrónica de la entidad, botón de transparencia numeral 9 convocatorias, no corresponde a la versión oficial. El formato oficial publicado en el Aplicativo DARUMA, es el 4232000-FT-1123 Manifestación de Interés Proceso de Encargo, versión 1 del 24 de marzo de 2020.

- 4232000-FT-1124 Visita domiciliaria teletrabajo. No se encontró diligenciado este formato para la visita domiciliaria realizada a la servidora Ana Victoria Cáceres Caicedo, de acuerdo con la actividad 14 “Gestionar reconocimiento de teletrabajadores/as” del procedimiento. Se encontró una lista de chequeo - teletrabajo emitido por la ARL Positiva.
- 4232000-FT-1184 Certificación días teletrabajados. No se encontró diligenciado este formato para la servidora Ana Victoria Cáceres Caicedo de acuerdo con la actividad 16 “Gestionar Reconocimiento Económico a Teletrabajadores/as” del procedimiento. Se evidenció diligenciado y firmado el registro “Certificación anual de días efectivamente teletrabajados” uno por 16 días con fecha noviembre 28 de 2022 y otro por 9 días de diciembre 01 de 2022. Este formato no se encuentra codificado por lo tanto no está en el Aplicativo DARUMA.
- 4232000 FT-1105 Certificación de días efectivamente teletrabajados. Se encuentra activo en el Aplicativo DARUMA, pero no se encontró diligenciado para la servidora Ana Victoria Cáceres Caicedo. De acuerdo con el control de cambios del procedimiento este registro fue creado el 21 de octubre de 2019, pero no se menciona en ninguna de las actividades del procedimiento.

Lo anterior incumple los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 asociados a:

*7.5.3.1. La información documentada requerida por el Sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: (a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite.*

*7.5.3.2. Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades según corresponda: (c) Control de cambios (por ejemplo, control de versión).*

2

De acuerdo con los reportes de monitoreo de los riesgos del proceso, para los siguientes riesgos no se reportó la ejecución de las actividades de control ni se evidenció avance:

- **Riesgo 155:** Posibilidad de afectación económica (o presupuestal) por reconocimientos adicionales a los servidores por conceptos de nómina reflejados en las cuentas contables, debido a desvío de recursos físicos o económicos durante la liquidación de nómina para otorgarse beneficios propios o a tercero.  
Fuente: Corrupción.  
No se reportó ejecución del control para el primer bimestre de 2023.
- **Riesgo 156:** Posibilidad de afectación reputacional por quejas y/o demandas de los/as servidores/as y/o ciudadanos/as, debido a desvío de recursos físicos o económicos en el manejo de los botiquines ubicados en las diferentes sedes de la entidad, con el fin de obtener beneficio a nombre propio o de terceros.  
Fuente: Corrupción.  
No se reportó ejecución de cuatro controles para el primer bimestre de 2023.  
No se reportó ejecución de dos controles para el tercer bimestre de 2023.
- **Riesgo 162:** Posibilidad de afectación reputacional por quejas interpuestas por los directivos líderes de las dependencias que cuentan con servidores/as en calidad de teletrabajadores/as y/o por los/as teletrabajadores/as, debido a incumplimiento parcial de compromisos en la implementación, comunicación y seguimiento del teletrabajo en la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.  
Fuente: Gestión.  
No se reportó ejecución del control para el primer cuatrimestre de 2023.

De acuerdo con los reportes de monitoreo de los riesgos del proceso, para los siguientes riesgos no se reportó la ejecución de las actividades de control, sin embargo, durante el desarrollo de la auditoria se encontró evidencia de su ejecución:

- **Riesgo 154:** Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad de las partes involucradas e interesadas en los procesos de poblamiento de la planta de la entidad, debido a decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros para la vinculación intencional de una persona sin cumplir los requisitos mínimos de un cargo con el fin de obtener un beneficio al que no haya lugar.  
Fuente: Corrupción

Control 837: No se adjuntó evidencia del resultado de la revisión del plan de Previsión de Recursos Humanos.

Control 838: Para el primer bimestre de 2023; la evidencia suministrada dio cuenta del formato 4232000-FT-810, no corresponde con la evidencia registrada en el

control; que establece como evidencia la Evaluación perfil 2211300-FT-809 diligenciado.

Control 840 y 841: Para el tercer bimestre: “El diseño del control indica que la periodicidad de su aplicación es bimestral, no se evidencian soportes de su aplicación en el periodo. El control establece realizar una revisión cuyo informe se presenta en el marco Subcomité de autocontrol, si bien se reporta que no se han realizado Subcomités de autocontrol, se debería estar realizando y reportando la evidencia de la revisión establecida, la cual no se encuentra sujeta a que se realicen los subcomités de autocontrol”.

- Riesgo 156: Posibilidad de afectación reputacional por quejas y/o demandas de los/as servidores/as y/o ciudadanos/as, debido a desvío de recursos físicos o económicos en el manejo de los botiquines ubicados en las diferentes sedes de la entidad, con el fin de obtener beneficio a nombre propio o de terceros  
Fuente: Corrupción

Controles 851 y 852: Para el tercer bimestre no se reportó ejecución de los controles preventivo # 851 y detectivo # 852 en el periodo.

Control 853: Para el primer bimestre no se reportó la ejecución de cuatro controles. Para el segundo bimestre “Para el riesgo con ID 156, respecto al reporte de ejecución del control, cuya evidencia es el Acta de subcomité de autocontrol, se reportó y adjuntó como evidencia, acta del subcomité de autocontrol del 25 de enero de 2023, fecha que no corresponde al periodo objeto de reporte del riesgo de corrupción, el cual es el 2do bimestre (marzo y abril de 2023).”

Para el tercer bimestre: “El diseño del control indica que la periodicidad de su aplicación es bimestral, no se evidencian soportes de su aplicación en el periodo. Si bien no se están realizando Subcomités de autocontrol porque se vienen realizando seguimientos semanales a los temas estratégicos de la dependencia, a través de estos seguimientos se debería estar realizando la verificación que establece el control de acuerdo con su periodicidad.”

De acuerdo con los reportes de monitoreo de los riesgos del proceso, para los siguientes riesgos se reportó la ejecución de las actividades de control, sin embargo, no se encuentran alineados con lo establecido en su diseño:

- **Riesgo 154:** Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad de las partes involucradas e interesadas en los procesos de poblamiento de la planta de la entidad, debido a decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros para la vinculación intencional de una persona sin cumplir los requisitos mínimos de un cargo con el fin de obtener un beneficio al que no haya lugar.

Fuente: Corrupción

Controles 840 y 841: Para el primer bimestre de 2023: La descripción de la ejecución de los controles 4 y 5 (detectivos) se registró en términos de que "... realizaron la exposición de la gestión adelantada..."; se debe describir en términos de la Revisión que se hace en el marco de los subcomités de autocontrol, esto de acuerdo con lo que indica el propósito del control.

Para el tercer bimestre de 2023: Controles detectivos ID 840 e ID 841: "El diseño del control indica que la periodicidad de su aplicación es bimestral, no se evidencian soportes de su aplicación en el periodo. El control establece realizar una revisión cuyo informe se presenta en el marco Subcomité de autocontrol, si bien se reporta que no se han realizado Subcomités de autocontrol, se debería estar realizando y reportando la evidencia de la revisión establecida, la cual no se encuentra sujeta a que se realicen los subcomités de autocontrol".

- **Riesgo 160:** Posibilidad de afectación económica (o presupuestal) por multas y sanciones de ente(s) regulador(es) y/o fallos judiciales a favor de los(as) servidores(as), debido a incumplimiento legal en la implementación de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Fuente: Gestión

Control 1169: Para el primer cuatrimestre de 2023. Frente al control 1-Preventivo, se reportó que "Durante el 2° bimestre de 2023 no hubo lugar a la actualización de la Matriz Legal de Seguridad y Salud en el Trabajo toda vez que no se expedieron o modificaron normas en materia de seguridad y salud en el trabajo" y que no aplican evidencias, sin embargo el control establece que bimestralmente se verifica la expedición de normatividad en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y que la Matriz Legal de Seguridad y Salud en el Trabajo esté actualizada y que si no hay observaciones, se registra, en la Matriz Legal de Seguridad y Salud en el Trabajo, la conformidad de la misma; es decir que independientemente de si no ha habido cambios en la normatividad, se debe registrar el resultado de la verificación de la matriz legal de SST y suministrar la correspondiente evidencia.

- Riesgo 162: Posibilidad de afectación reputacional por quejas interpuestas por los directivos líderes de las dependencias que cuentan con servidores/as en calidad de teletrabajadores/as y/o por los/as teletrabajadores/as, debido a incumplimiento parcial de compromisos en la implementación, comunicación y seguimiento del teletrabajo en la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.

Fuente: Gestión

Control 1181: Para el primer cuatrimestre de 2023, Respecto al control No 2 (Detectivo), se reportó que “la ejecución del mismo respecto a la verificación de la ejecución del: i) Plan Anual de Vacantes 2022 ii) Plan de Previsión de Recursos Humanos 2022 en el subcomité de autocontrol; orientar los próximos reportes a la verificación que se hace en el subcomité, respecto a los temas de teletrabajo”.

Lo anterior incumple los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 asociados a:

*6.1.1. Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las*

*cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de: (a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos; (c) prevenir o reducir efectos no deseados; (d) lograr la mejora.*

*6.1.2. La organización debe planificar: (b) la manera de: 2) evaluar la eficacia de estas acciones.*

## 5. Proceso Gestión del conocimiento

### FORTALEZAS (1)

1. Durante el desarrollo de la auditoría, se observó dominio y apropiación del procedimiento, riesgo, e indicador, establecidos en el proceso y de los conceptos básicos del Sistema de Gestión de calidad y como contribuyen desde su gestión al cumplimiento de los objetivos Institucionales.
2. Se observó la disponibilidad en el One Drive de la Oficina Asesora de Planeación, de la información que se genera en la operación del proceso, lo cual garantiza la custodia y el acceso oportuno a ésta, por parte de los funcionarios de la dependencia.

**OBSERVACIONES (2)**

1. Se evidenció en el aplicativo Daruma, herramienta oficial del Sistema de gestión, que, en el módulo normograma no está incluida la normatividad correspondiente al proceso de Gestión del Conocimiento, la cual es un recurso muy importante para la implementación y documentación de los lineamientos del proceso, acorde a la normatividad vigente para el mismo.

*Requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado: 7.5.3.1 La información documentada requerida por el SGC y por la Norma se debe controlar para asegurarse de: a) Disponibilidad y adecuación para su uso, dónde y cuándo se necesite.*

2. Realizada la verificación en el aplicativo Daruma - módulo Riesgos, el cual es la herramienta oficial para la gestión de los Riesgos, se evidenció inconsistencia entre el informe matriz de calor dentro del aplicativo y la visualización general por procesos para el riesgo de gestión con ID 153 "Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad ante los grupos de valor y partes interesadas, debido a la aprobación de las fichas técnicas, cuestionarios o informes de las encuestas de satisfacción sin el cumplimiento de los requisitos técnicos estadísticos".

*Requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado: 7.5.2. CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN La organización debe asegurar cuando se crea y actualiza información documentada c) La revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación*

**NO CONFORMIDADES (3)**

No.	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
1	<p>En lo referente al procedimiento 4202000-PR-263 Elaboración y análisis de encuestas, se evidenció incumplimiento e inconsistencias de acuerdo con las siguientes situaciones identificadas como resultado de la verificación de la muestra auditada:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Para las actividades con ID 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 11 no se evidenció en el aplicativo DARUMA, los registros establecidos como evidencia de su ejecución.</li><li>2. Frente a los puntos de control No.2 y 6, no se evidenció en el aplicativo DARUMA los registros correspondientes a "Registro de la revisión"</li></ol>

- metodológica de la ficha técnica en la plataforma Daruma” y “Cuestionario de prueba diligenciado en el Módulo Encuestas de la plataforma Daruma”.
- No se ha implementado el módulo de encuestas en el aplicativo Daruma, de acuerdo con lo estipulado en el procedimiento.

*Lo anterior incumple los requisitos de la Norma ISO 9001:2015: 4.4.2. Cuando sea necesario, la organización debe: a) Mantener información documentada para apoyar la operación de los procesos*

## 6. Proceso Gestión de Recursos Físicos

### FORTALEZAS (1)

Se observa que la entidad cuenta con un módulo para consultas de inventarios de acceso libre en todos los computadores de la red de la entidad, que permite que cada uno de los funcionarios y contratistas pueda consultar su inventario de elementos a cargo, hacer consultas por placa incluyendo la visualización de soportes de traslado, generar formatos de traslado y reintegro de bienes con información tomada directamente de los registros oficiales de la entidad y también, generar la constancia necesaria para iniciar el trámite de paz y salvo. Lo anterior facilita el acceso a la información para que cada persona esté enterada sobre el inventario a su cargo.

### OBSERVACIONES (2)

Se evidenció que dentro de los mantenimientos realizados a la infraestructura tecnológica, existen los realizados directamente por la Oficina de Tecnologías de la Comunicación y las Comunicaciones, en los cuales por su calidad de administrador no requiere la generación de todos los registros mencionados en el procedimiento Mantenimiento de la Infraestructura Tecnológica (4204000-PR-104), como por ejemplo el correo electrónico para solicitar el ingreso al datacenter, lo cual no se especifica en el procedimiento.

*Requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado: 7.5.2 Creación y actualización. Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.*

### NO CONFORMIDADES (3)

No.	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
No aplica	No se identificaron no conformidades en la auditoría interna de calidad realizada al proceso Gestión de recursos físicos.



## 7. Proceso Gestión estratégica de comunicación e información

### FORTALEZAS (1)

- El proceso Gestión estratégica de comunicación e información cuenta con un repositorio en OneDrive para la organización de las evidencias soporte a las campañas y acciones adelantadas por la Oficina Consejería de Comunicaciones en el marco del procedimiento Comunicación Corporativa (4140000-PR-368) y Publicación de información en los portales y micrositos web de la Secretaría General (4140000-PR-359), permitiendo tener la trazabilidad de la información para cada caso.

### OBSERVACIONES (2)

- Durante el desarrollo de la auditoría interna de calidad al proceso Gestión estratégica de comunicación e información, no se identificaron observaciones.

### NO CONFORMIDADES (3)

No.	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
1	<p>En la revisión de los registros asociados al procedimiento Comunicación corporativa (4140000-PR-368), se evidenció que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La revisión de la propuesta de diseño de la campaña denominada “Semana Ambiental”, para aprobación por parte de la Dirección Administrativa y Financiera, se realizó a través de correo electrónico y no a través de la “Evidencia de reunión (2213100-FT-449) indicando las observaciones y ajustes al diseño de campaña o la aprobación de la misma” establecida en la actividad Nro. 8 “Revisar la propuesta de diseño de campaña para aprobación” del procedimiento.</li> <li>No se evidenciaron los registros de “Ficha técnica de la encuesta de satisfacción” y de “Evidencia de Reunión (2213100-FT-449) con el análisis de resultados de la encuesta” de la encuesta de satisfacción de la vigencia 2022, establecidos en la actividad Nro. 10. “Medir la satisfacción de los servidores con relación a las campañas desarrolladas” del procedimiento.</li> </ul> <p>Lo anterior afecta el control de la información documentada que se genera en el proceso. <i>Requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado:7.5.3, el cual establece que 7.5.3.2. Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; d) conservación y disposición.</i></p>

## 8. Proceso Gestión Jurídica

### FORTALEZAS (1)

3. Los Sistemas utilizados para la gestión contractual (SECOP 1, SECOP 2 y Sistema de Gestión Contractual) permiten el control y seguimiento de las diferentes etapas del proceso, el almacenamiento de documentos fundamentales que se constituyen como registros y la trazabilidad con los usuarios externos.
4. Dominio de los temas del alcance del proceso por parte del líder del proceso y el personal auditado.

### OBSERVACIONES (2)

1. En la muestra revisada del contrato 619-2023 proceso de mínima cuantía, contratista Media Technology Word SAS, se encontró que el formato 4231000-FT-1089 Análisis económico del sector y de los oferentes, no corresponde con la versión del documento oficializado en el sistema de gestión de calidad puesto a disposición en el aplicativo DARUMA.

Lo anterior puede llegar a afectar el control de la información documentada que se genera en el proceso. Requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado: 7.5.3.2 Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso;

2. En la revisión realizada al reporte de los indicadores de gestión del proceso (GES\_14, GES\_15, GES\_16, GES\_17) y la formulación enviada por el proceso a la Oficina Asesora de Planeación mediante memorando 3-2022-33975 del primero de diciembre de 2022, donde se establece que su medición es mensual y sus variables están en función de las solicitudes ingresadas en el periodo y las atendidas a tiempo en el periodo.

Al verificar los soportes mensuales se encuentra que se traslapan los meses, es decir, como muestra el archivo soporte del mes de junio para el indicador GES\_17 contiene datos del mes de mayo, el archivo soporte del mes de marzo para el indicador GES\_16 contiene datos del mes de febrero, el archivo soporte del mes de abril para el indicador GES\_15 contiene datos del mes de marzo y el archivo soporte del mes de marzo para el indicador GES\_14 contiene datos del mes de febrero, lo que evidencia que falta claridad en la delimitación de las variables de los indicadores con el fin de definir claramente el periodo de medición.

Lo anterior puede llegar a afectar los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 correspondientes a: 9.1.1 Generalidades: la organización debe determinar: literal b). Los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos y

9.1.3 Análisis y evaluación: La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.

**NO CONFORMIDADES (3)**

No.	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
1	<p>Para las muestras auditadas en el marco de la verificación de la ejecución de los procedimientos de <i>Mínima Cuantía (2211200-PR-284)</i> y de <i>Interventoría y/o supervisión (2211200-PR-195)</i> se encontró para el contrato 1009 de 2022 un cargue extemporáneo (01 de agosto 2023) del acta de conformación del comité evaluador (evaluador financiero), al igual que el incumplimiento en los tiempos de la publicación del acta de inicio del contrato 619 de 2023.</p> <p>Lo anterior incumple el requisito de la Norma ISO 9001:2015 correspondiente al numeral 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite;</p>
2	<p>Verificada la efectividad de las acciones correctivas con ID 1295 y ID 1299 las cuales constituyen el plan de mejoramiento PA220-067 registrado en el aplicativo Daruma, si bien se cumplieron en su ejecución (eficacia), se evidenció que el hallazgo de incumplimiento frente al cual fueron establecidas y que corresponde al incumplimiento en los tiempos establecidos para la publicación del acta de inicio en SECOP, sigue persistiendo, teniendo en cuenta que para las muestras auditadas en el marco de la verificación de la ejecución de los procedimientos de <i>Mínima Cuantía (2211200-PR-284)</i> y de <i>Interventoría y/o supervisión (2211200-PR-195)</i> se encontró para el contrato 1009 de 2022 un cargue extemporáneo (01 de agosto 2023) del acta de conformación del comité evaluador (evaluador financiero), al igual que el incumplimiento en los tiempos de la publicación del acta de inicio del contrato 619 de 2023.</p> <p>Lo anterior incumple el requisito de la Norma ISO 9001:2015, 10.2.1 el cual establece que: 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 (...)</p>
3	<p>No se cuenta con controles determinados en el suministro externo del servicio “otorgamiento de la ayuda humanitaria inmediata” que impidan la entrega de productos no conformes con los criterios establecidos.</p>

	<p>Lo anterior se evidencia en la muestra tomada “contrato 967-2022” del contratista Caja Colombiana de Compensación Familiar Colsubsidio, el cual tiene por objeto <i>“Prestar el servicio de suministro controlado de alimentos y elementos de aseo en el marco del otorgamiento de la medida de Ayuda o Atención Humanitaria Inmediata a la población víctima del conflicto armado, de conformidad con lo establecido en la Ley 1448 de 2011 y demás decretos reglamentarios”</i> en el cual se identificó la entrega de productos que incumplen los criterios establecidos, en las bases de datos “3. Base Alimentos No permitidos Oct y Nov 967” y “Alimentos NO PERMITIDOS enero 2023” las cuales cuantifican de manera posterior los alimentos y elementos de aseo que no son permitidos en este servicio misional.</p> <p>Lo anterior incumple los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, asociados a los siguientes numerales:</p> <p>8.4.1 Generalidades. La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos. La organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando: b) los productos y servicios son proporcionados directamente a los clientes por proveedores externos en nombre de la organización;</p> <p>8.4.2 Tipo y alcance del control. La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes. La organización debe: a) asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad;</p>
<p>4</p>	<p>En la revisión de los procedimientos <i>Mínima Cuantía (2211200-PR-284)</i> y de <i>Interventoría y/o supervisión (2211200-PR-195)</i> se evidenciaron los siguientes hallazgos en los registros de las actividades:</p> <p><i>Mínima Cuantía (2211200-PR-284):</i></p> <p>En las muestras de los contratos 619 de 2023 y 1009 de 2022 para la actividad número siete “Aprobar estudio de mercado”, se establece la aprobación del estudio de mercado por parte del Subdirector Financiero, pero los registros muestran la aprobación por parte de un profesional especializado.</p> <p>En la muestra del contrato 619 de 2023 para la actividad trece “Conformar el comité evaluador” no se evidencia designación del evaluador técnico, de igual forma en la</p>

actividad catorce “Verificar la conformación del comité evaluador” (punto de control) no se evidencia el aval del jefe de la dependencia técnica del evaluador técnico.

*interventoría y/o supervisión (2211200-PR-195):*

*El documento 2211200-PR-195 cargado en el aplicativo DARUMA en su versión 13 carece de numeración en la columna titulada “ID”*

En la muestra tomada del contrato número 8 del año 2023 a nombre del contratista Diana Marcela Cepeda, para la actividad “Verificar el cumplimiento de las obligaciones del contratista” para el mes de enero se presenta como cumplimiento de la actividad número uno un cronograma incompleto que solo contiene la relación del mes de enero, de igual forma se verificó la misma actividad en el informe del mes de abril, encontrando que se relaciona nuevamente el cronograma como un entregable pero no existe el documento soporte sin embargo se genera el pago.

Lo anterior incumple los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, asociados al siguiente numeral:

4.4.2 En la medida en que sea necesario, la organización debe:

- a) mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos;
- b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.

## 9. Proceso Fortalecimiento institucional

### FORTALEZAS (1)

- Se evidencia que el equipo de la Oficina Asesora de Planeación cuenta con el conocimiento de cada uno de los procedimientos y sus actividades relacionadas, contribuyendo así al cumplimiento de la misionalidad de los objetivos institucionales de la entidad. De igual forma se observa el sentido de pertenencia de cada uno de los colaboradores y la buena disposición del equipo de la Oficina Asesora de Planeación para atender la auditoría interna de calidad.
- Se observa la optimización por parte de la Oficina Asesora de Planeación en la utilización del aplicativo DARUMA y las herramientas de seguimiento utilizadas en la dependencia, toda vez que se observa la trazabilidad de las actividades que componen los procedimientos fortaleciendo los controles existentes, permitiendo la verificación de los soportes documentales de una manera más ágil, eficiente y oportuna.

- De igual forma se evidenció que se cuenta con los soportes documentales solicitados los cuales fueron suministrados de forma oportuna.

**OBSERVACIONES (2)**

- En validación para corroborar la efectividad de las acciones de mejora correspondiente al proceso Fortalecimiento Institucional, se observó que la acción con ID 324 del PA220-078, liderada por la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, establecida para finalizar el 30 de noviembre de 2022, y que cuenta con el correspondiente seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación, así como las alertas, se cumplió de manera extemporánea el 3 de marzo de 2023, sin observarse justificación, ni solicitud de prórroga o las gestiones para dar cumplimiento oportuno por parte del responsable de la acción.

Posible incumplimiento del requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado: *10.2.2 la organización debe conservar información documentada como evidencia de: a) La naturaleza de las no conformidades y cualquier acción posterior tomada.*

- En cuanto a la socialización y entendimiento de la Política de Calidad y demás aspectos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad al interior de la entidad se realiza mediante los gestores de calidad, no obstante, no se observó retroalimentación por parte de los gestores que evidencien la socialización al interior de cada dependencia garantizando así la transferencia de las actualizaciones presentadas de la Política de Calidad y/o demás aspectos asociados al Sistema a todos los funcionarios de la entidad, lo cual puede generar un desconocimiento, poco entendimiento o inadecuada aplicación de la Política de Calidad.

Posible incumplimiento del requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado: *5.2.2 la política de calidad debe: Comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización.*

**NO CONFORMIDADES (3)**

No.	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
	No se identificaron no conformidades en la auditoría interna de Calidad realizada al Proceso Fortalecimiento Institucional.

## 10. Proceso Gestión de alianzas e internacionalización de Bogotá

### FORTALEZAS (1)

- El líder del proceso demuestra conocimiento profundo y compromiso con los propósitos del proceso.
- El personal entrevistado entiende el proceso de manera amplia y evidencia compromiso hacia los logros del mismo.
- La apropiación de los conocimientos propios del proceso, por parte de los funcionarios que llevan poco tiempo en la Dirección, permite inferir en nivel de compromiso con la dependencia y la administración distrital.

### OBSERVACIONES (2)

#### Observación N°. 1

Se fundamenta en los siguientes hechos:

- a. La Resolución 277 de 2020 – “Por la cual se adopta la plataforma estratégica de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C.”, determina como objetivo estratégico numeral 6 que a letra indica, “Conocer **los referentes internacionales de gestión pública, a través de estrategias de cooperación y articulación, para lograr que la administración distrital mejore su gestión pública y posicione las buenas prácticas que realiza**”.
- b. La Guía para la gestión por procesos en el marco del MIPG, Versión 1 de 2020, presenta en el numeral 2.3.4. **Objetivos estratégicos “Una vez la entidad ha establecido su misión, su visión y sus valores fundamentales, debe formular sus objetivos estratégicos. De acuerdo con la CEPAL (2009) los objetivos estratégicos son los logros que la entidad pública, ministerio u órgano espera concretar en un plazo determinado (mayor de un año) para el cumplimiento de su misión de forma eficiente y eficaz. Es posible distinguir las siguientes características de los objetivos estratégicos:**
  - **Se vinculan directamente con la misión.**
  - **Están orientados a definir los resultados esperados para concretar la misión en un período determinado de tiempo”.**
- c. El Decreto 140 de 2021 - Por medio del cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C., presenta en el artículo 19 las funciones misionales de la Subsecretaría de Fortalecimiento institucional (de la cual depende la Dirección de Relaciones Internacionales), específicamente en la función en el numeral 6 **“Dirigir y orientar las políticas, lineamientos, directrices,**

**estrategias, planes, programas en temáticas de promoción, proyección, posicionamiento y cooperación internacional de Bogotá – Región”.**

- d. En el gestor documental oficial para el Sistema de Gestión de la Calidad “DARUMA”, al momento de la auditoria, se encuentra vigente el documento “Asesoría y/o asistencia técnica en materia de cooperación, relacionamiento, diplomacia de ciudad y posicionamiento internacional”; correspondiente a la ficha técnica de un servicio misional de la Secretaría General y como tal cuenta, entre otras cosas, con parametrización del servicio no conforme”.

Como se puede evidenciar en la ficha en su numeral 1, menciona la identificación del producto o servicio, los cuales se describen en la norma ISO en el numeral 8.2 y el proceso auditado es de carácter estratégico sin observancia a los numerales 8 de la norma ISO 9001:2015.

- e. En la modificación de la caracterización del proceso versión 11 de 9 de junio de 2023, se justifica: “...**Se actualiza la caracterización del proceso de acuerdo con la actualización del Mapa de procesos de la Secretaría General aprobado en la sesión Nro. 007 de 2022 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño...**”, donde se cambia la tipología del proceso misional a estratégico.

Se observa que hay aspectos normativos y documentales que no permiten ver con claridad la coherencia del cambio de tipología del proceso, de misional a estratégico, desde el punto de vista de requisitos que ya no le aplican de la Norma ISO 9001:2015, específicamente, los relacionados en el capítulo 8. Operación. Lo anterior podría afectar la conformidad del requisito de la Norma ISO 9001:2015 establecido en el numeral 4.3. “*La organización debe aplicar todos los requisitos de esta norma internacional si son aplicables en el alcance determinado de su sistema de gestión de la calidad*”.

## Observación N° 2

Con base en la programación del evento Internacional “Women Delivery 2023” realizado el 29 de junio de 2023, se estableció y se realizó la visita en el horario de 8 am a 12 m a la Manzana de cuidado Lourdes y Juan Rey. Al realizar la verificación del procedimiento 4212000-PR-242 Posicionamiento Internacional, en la actividad # 4, que indica: “**Realiza la visibilización de los logros y resultados de la acción de posicionamiento en medios de difusión en coordinación con la Oficina Consejería de Comunicaciones**”, y como registro de la actividad de visibilización de la acción de posicionamiento, se solicita “**la publicación en medios de difusión de la (s) acción (es)**”.

Por lo tanto, la tarea que conlleva al cumplimiento de la actividad en mención no se ajusta a la realidad, ya que en los eventos donde participa la Alcaldesa, es la Oficina Consejería de Comunicaciones, quien determina qué y cómo se publica, pero para las demás comunicaciones



no es claro quién debe publicar en los medios de difusión, para el caso del evento Women Delivery 2023, los contenidos fueron publicados por la Secretaría Distrital de la Mujer y no por la Dirección de Relaciones Internacionales. Lo anterior podría afectar la conformidad del requisito de la Norma ISO 9001:2015 establecido en el numeral 7.5.3.1: “La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite”.

**NO CONFORMIDADES (3)**

No.	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
	No se generaron No conformidades durante el desarrollo de la auditoría interna de calidad al proceso de Gestión de alianzas e internacionalización de Bogotá

**11. Proceso Direccionamiento Estratégico****FORTALEZAS (1)**

- Se evidencia que el equipo de la Oficina Asesora de Planeación cuenta con el conocimiento de cada uno de los procedimientos y sus actividades relacionadas, que contribuyen al cumplimiento de la misionalidad de los objetivos institucionales de la entidad, así como sentido de pertenencia de cada uno de los colaboradores y la buena disposición del equipo de la Oficina Asesora de Planeación.
- Se observan buenas prácticas en cuanto a la optimización en la utilización de los aplicativos DARUMA y las herramientas de seguimientos utilizadas en la dependencia, toda vez que se evidencia la trazabilidad de las actividades que componen los procedimientos fortaleciendo los controles existentes, permitiendo la verificación de los soportes documentales de una manera eficiente y en tiempo real.

**OBSERVACIONES (2)**

1. Durante la revisión del procedimiento Formulación y Seguimiento al Plan de Acción Institucional -2210111-PR-182, se observaron los siguientes aspectos:
  - Para las actividades 2 “Construir el plan de acción institucional” y actividad 6 “Consolidar la información de seguimiento de cada componente del plan de acción

*institucional*”, establecidas como punto de control en el procedimiento, se observó que los nombres de las mismas, no están definidos con un verbo rector que las identifique como un control y en la descripción de la tarea no está claramente establecido de qué forma se efectúa la revisión, contraste o validación de la información para efectuar el control.

- En la actividad 3 *“Disponer a consulta el plan de acción institucional y recibir los aportes u observaciones”* no se precisa en la actividad que la publicación de plan de acción en la página de la entidad para consulta y aportes de la ciudadanía y partes interesadas, es de tipo **“preliminar”**, así como tampoco se menciona en los registros establecidos, ya que el registro soporte se define de igual manera en las actividades 3, 5 y 7 como: correo electrónico con propuesta e información a publicar, sin permitir ver el estado de avance en el desarrollo de las actividades a lo largo del procedimiento.
- En la actividad 7 *“Presentar el seguimiento al plan de acción institucional”*, se establece que se presenta el seguimiento trimestral del plan de acción institucional en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, no obstante, no está claramente establecido si se toman acciones o decisiones en caso de presentar incumplimientos, rezagos o dificultades en el cumplimiento de las metas programadas en el plan de acción institucional.

Requisitos de la Norma ISO 9001:2015 asociados: 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos; 4.4.1. La organización debe: c) Definir e implementar criterios y los métodos, (incluyendo el seguimiento, la medición y los indicadores del desempeño relacionados) para asegurarse de la eficaz operación y control de los procesos; g) Evaluar los procesos e implementar cualquier cambio necesario, para asegurar que logran los resultados previstos; h) Mejorar los procesos y el SGC.

2. Durante la revisión al Procedimiento Gestión de Políticas Públicas - 4210000-PR-370, se observaron los siguientes aspectos:
  - Se observó que la Oficina Asesora de Planeación maneja un documento Excel que contiene el listado consolidado de las políticas a cargo de la Secretaría General y adicionalmente descarga un archivo Conpes denominado *“Cronograma ecosistema PP DC”* (ambos archivos no incluidos en el procedimiento) procedente de la Secretaría Distrital de Planeación, con datos generales de las

políticas. No obstante, se observó que la información contenida en los mencionados archivos, no permiten identificar completa y oportunamente el estado, etapa, o trámite actual que se está gestionando en cada política a cargo de la Secretaría General, dado que no es un archivo propio construido y actualizado por la Oficina Asesora de Planeación.

- En la actividad 2 *“Revisar el Documento de análisis de la necesidad y la problemática”* no están definidos, los registros que reflejan el cumplimiento y desarrollo de la misma, de acuerdo al procedimiento activo en el sistema DARUMA, el cual es el aplicativo utilizado para publicar los documentos oficiales del Sistema Integrado de Gestión. Sin embargo, se evidenció y constató con la dependencia que el error se originó en la migración al nuevo sistema DARUMA, dado que, en la antigua plataforma, Aplicativo SIG, el procedimiento sí tenía consignados los respectivos registros de la actividad.
- La actividad 9 *“Presentar para aprobación del Documento estructura de la política y el plan de acción”*: menciona que “Se efectúa una revisión de parte de la Secretaría Jurídica y se procede con la publicación del Documento Conpes”, sin embargo, en esta actividad no se indica de manera clara el tipo de revisión, no se estableció registro en el procedimiento y en la práctica no sucede en la Secretaría General, pues es un paso cuyo cumplimiento es gestionado por parte de la Secretaría Distrital de Planeación, previo a la aprobación y publicación. Al respecto, se observó que esta actividad se eliminará en la actualización que actualmente se lleva a cabo sobre este procedimiento, por no ser responsabilidad de la Secretaría General.
- Se observó que el procedimiento no contempla la elaboración de un cronograma para la implementación de la política pública como actividad ni como registro, pero el cronograma sí se establece dentro de la etapa de implementación de la política. Al respecto, se incluirá esta actividad y el correspondiente registro, en la actualización que actualmente se lleva a cabo sobre este procedimiento.
- Se observó que el procedimiento no diferencia de manera completa el rol de la participación directa como responsable y líder de las políticas públicas, y el rol y actividades que cumple cuando participa como ejecutor de productos y políticas

que lideran otras entidades. Por tanto, aunque se hace el maneja y reporta de maneta independiente los productos de políticas lideradas por otras entidades, no está establecido claramente en el procedimiento. Ante esta observación, se observó que en el nuevo procedimiento si se realiza esta separación de procedimientos.

- Se observó que en la actividad 11 *“Desarrollo Fase de Seguimiento”* aunque se establece como se realiza el seguimiento de los productos establecidos para la política, ni en esta actividad ni en actividades posteriores, se establece cuáles son los pasos o estrategia a seguir en caso de presentarse incumplimiento de metas programadas y/o rezagos en la gestión proyectada, así como se observó en los archivos de reporte de seguimiento del II trimestre de 2023, poca facilidad para detectar si se han presentado o no casos de incumplimiento o rezagos.
- La actividad 12 *“Realizar una evaluación preliminar”* establece que se debe *“Formular el instrumento que permita medir el cumplimiento del propósito y los objetivos planteados en el marco de la política pública distrital”*, sobre el cual no se evidenció la existencia de este instrumento, a lo cual la Oficina Asesora de Planeación indicó que este instrumento como tal nunca existió, dado que en esta etapa lo que se realiza es presentar la propuesta de evaluación. Al respecto, se observó que esta actividad se ajusta en la actualización que se lleva cabo sobre este procedimiento.

Requisitos de la Norma ISO 9001:2015 asociados: 7.5.2 Creación y actualización (control de documentos).

3. Con respecto al riesgo No. 1 *“Posibilidad de afectación reputacional por Pérdida de credibilidad de los grupos de valor y partes interesadas, debido a errores fallas o deficiencias en la formulación y actualización de la planeación institucional”*, sobre una muestra seleccionada se verificó la ejecución de los siguientes controles, observando que:

Control 7: *“El procedimiento modificaciones al presupuesto de los proyectos de inversión (4202000-PR-365), actividad 11, indica que el equipo de profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, autorizado(a) por el (la) Jefe de la Oficina asesora de Planeación, Cada vez que se realice una solicitud de modificación presupuestal interna o entre proyectos de inversión o para realizar el pago de pasivos exigibles, realiza los movimientos presupuestales en el Sistema de*

*Gestión Contractual - SGC o su equivalente, de acuerdo con los documentos soporte de la modificación presupuestal y envía correo electrónico al Gerente del proyecto notificando el registro de los movimientos presupuestales de los movimientos presupuestales realizado en el Sistema de Gestión Contractual - SGC o su equivalente. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) los documentos soporte de la modificación presupuestal. En caso de evidenciar observaciones, desviaciones o diferencias, se comparan los cambios realizados en el Sistema de Gestión Contractual - SGC o su equivalente, frente a los documentos y se realizan los ajustes correspondientes. De lo contrario, se continúa con la siguiente actividad actualizar el Plan Anual de Adquisiciones– PAA. Quedan como evidencias correo electrónico notificando el registro de los movimientos presupuestales o los ajustes a partir de las diferencias encontradas”*

Como resultado de la validación, se observaron las evidencias que soportan la ejecución de la actividad tal y como está establecida, no obstante, se determinó que el diseño de la misma no cumple con la función de control, dado que la actividad está centrada en el registro de la modificación presupuestal en el Sistema de Gestión contractual - SGC.

- Control No.14:” *El procedimiento PR-164 - Gestión de la Formación y la Capacitación indica que El (la) Director (a) Técnico(a) de Talento Humano, autorizado(a) por el(la) Secretario(a) General, anualmente verifica que el Plan Institucional de Capacitación - PIC formulado para la vigencia cumpla con la normatividad vigente en materia de capacitación al igual que con las necesidades priorizadas para la vigencia y demás fuentes de información utilizadas como insumos para su formulación. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) resultados obtenidos mediante la aplicación de encuestas individuales y colectivas (diagnóstico de necesidades de aprendizaje organizacional elaborado mediante la aplicación de instrumento determinado), Plataforma y planeación estratégica de la entidad, lineamientos dispuestos por el MIPG desde la política de Gestión Estratégica de Talento Humano, informe de gestión sobre la ejecución del Plan Institucional de Capacitación – PIC de la vigencia anterior, informe final emitido por el proceso de Gestión del Desempeño sobre los resultados obtenidos en los procesos de evaluación aplicados en la de la vigencia anterior, resultados de auditorías internas, propuestas realizadas por la Comisión de Personal frente a los procesos de formación y capacitación y caracterización de la población de la entidad. En caso de evidenciar observaciones, desviaciones o diferencias, se deben notificar al Profesional Especializado o Profesional Universitario de Talento Humano*

*responsable de la formulación del Plan Institucional de Capacitación - PIC, a través de correo electrónico o del documento de revisión del proyecto del proyecto del Plan Institucional de Capacitación - PIC. De lo contrario, queda como evidencia correo electrónico o documento de revisión del proyecto del Plan Institucional de Capacitación - PIC.”*

Como resultado de la validación se determinó que el control tal como está descrito actualmente, no establece claramente el proceso de cotejo y comparación que se realiza con las múltiples fuentes de información para que como resultado se obtenga que el PIC cumple con *“la normatividad vigente en materia de capacitación al igual que con las necesidades priorizadas para la vigencia”*, más aún teniendo en cuenta que el control procede del procedimiento PR-164 - *Gestión de la Formación y la Capacitación* y esta denominado como *“Formular el Plan Institucional de Capacitación – PIC”*, lo cual no es enunciado que indique la ejecución de un control.

Frente al riesgo No. 2 *“Posibilidad de afectación económica (o presupuestal) por decisión (sanción) de un organismo de control u otra entidad, debido a incumplimiento parcial de compromisos en la ejecución de la planeación institucional y la ejecución presupuestal”*, durante la verificación los siguientes aspectos:

- Control 4: *“El procedimiento formulación, programación y seguimiento a los proyectos de inversión (4202000-PR- 348) actividad 19, indica que Los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, autorizado(a) por el (la) Jefe de la Oficina asesora de Planeación, de acuerdo con el cronograma establecido verifican la información cuantitativa y cualitativa registrada, así como los soportes, estén acordes con la programación del proyecto de inversión. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) los soportes de cumplimiento remitidos por los proyectos, las herramientas presupuestales, hoja de programación y reporte del formato FT-1006. En caso de evidenciar observaciones, desviaciones o diferencias, se envían mediante correo electrónico y se regresa a la actividad reportar el seguimiento a proyectos de inversión. De lo contrario, se remite memorando del proceso de retroalimentación y continua con el registro de información en los sistemas dispuestos por la Secretaría Distrital de Planeación Queda como evidencia Correo electrónico con observaciones Memorando 2211600-FT-011 de retroalimentación”.*

Como resultado de la verificación se evidenció que se ejecutó el control tal y como está estipulado. Sin embargo, se observa que el control no establece las acciones a seguir que garanticen los ajustes o cambios producto de las retroalimentaciones que efectúa la Oficina Asesora de Planeación, y así poder dar cuenta real del avance de la meta programada.

Requisitos de la Norma ISO 9001:2015 asociados: 6.1.2 La organización debe planificar:  
a. Las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades. b. La manera de (...)

## 12. Proceso Gestión de servicios administrativos y tecnológicos

### FORTALEZAS (1)

- Conocimiento por parte del equipo de trabajo de la Subdirección de Servicios Administrativos, la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la Subdirección de Gestión Documental, de las actividades propias del proceso Gestión de servicios administrativos y tecnológicos.
- A través del sistema de información GLPI, la entidad asegura la atención y prestación de los servicios de apoyo relacionados con las solicitudes de servicios administrativos y de gestión de incidentes, requerimientos y problemas tecnológicos en la entidad.

### OBSERVACIONES (2)

No se identificaron observaciones en la auditoría interna de calidad realizada al proceso Gestión de servicios administrativos y tecnológicos.

### NO CONFORMIDADES (3)

No.	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
1	Se evidenció que el proceso Gestión de servicios administrativos y tecnológicos definió no aplicar la encuesta de satisfacción asociada a la prestación de servicios en la vigencia 2023, lo cual fue informado a la Oficina Asesora de Planeación mediante memorando 3-2023-13717 del 9 de mayo de 2023, sin embargo, en la revisión efectuada al procedimiento "Prestación de Servicios Administrativos (2211500-PR-153) versión 10", se encontraron actividades asociadas a la aplicación de dicha encuesta, lo que no es acorde con la operación actual del proceso.

Lo anterior incumple el requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado a 7.5.2 Creación y actualización. Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.

### 13. Proceso Control Disciplinario

#### FORTALEZAS (1)

3. Se observó que, el proceso Control disciplinario cuenta con un One-drive, para la disponibilidad de la información que se genera en la operación del proceso, así como la adecuada custodia y acceso oportuno a ésta y control de la información reservada, por parte de los funcionarios de la dependencia.
4. En el desarrollo de la auditoría, se observó dominio y apropiación de los procedimientos, riesgos, e indicadores, establecidos en el proceso, así como de los conceptos básicos del Sistema de Gestión de calidad y como contribuyen desde su gestión al cumplimiento de los objetivos Institucionales.

#### OBSERVACIONES (2)

- Realizada la verificación en el aplicativo Daruma - módulo Riesgos, el cual es la herramienta oficial para la gestión de los Riesgos, se evidenció para los riesgos de gestión con ID 115 “Posibilidad de afectación económica (o presupuestal) por fallo judicial en contra de los intereses de la entidad, debido a errores (fallas o deficiencias) en el trámite de los procesos disciplinarios.” e ID116 “Posibilidad de afectación reputacional por sanción de un ente de control u otro ente regulador en materia disciplinaria, debido a incumplimiento legal ante la revelación de información reservada en el desarrollo de las etapas de indagación preliminar, indagación previa e investigación disciplinaria “que, dentro de las evidencias, el acta del subcomité de autocontrol de la Oficina de control disciplinario interno del mes de abril no se encuentra firmada.

*Lo cual puede poner en riesgo de incumplimiento del Requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado: 7.5.3.1 La información documentada requerida por el SGC y por la Norma se debe controlar para asegurarse de: a) Disponibilidad y adecuación para su uso, dónde y cuándo se necesite;*



**NO CONFORMIDADES (3)**

No.	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
	<i>De acuerdo con las evidencias en el desarrollo de la auditoria no se identificaron requisitos No conformes.</i>

**14. Proceso Fortalecimiento de la gestión pública****FORTALEZAS (1)**

- Se evidenció conformidad en el desarrollo de las actividades definidas en el procedimiento Producción de artes gráficas para entidades distritales (2213300-PR-098) frente a los requisitos establecidos por el proceso y por la Norma ISO 9001:2015. Se resalta la revisión y aprovechamiento de los sobrantes de las planchas y de papel generados durante el proceso productivo para el desarrollo de otras estrategias como la elaboración de la EcoFicha, la elaboración de Block calcante para estudiantes, y las piezas de señalización. De igual forma, se resalta la planificación y ejecución de las 15 Visitas guiadas en un número mayor de 490 usuarios internos y colegios con el fin de fortalecer la visibilización de la Imprenta antes las entidades del distrito y privadas. De igual manera con el fin de establecer un control preventivo en las maquinas utilizadas por la imprenta, cada semana los días lunes o martes dedican las dos primeras horas para realizar limpieza por parte de los operarios, garantizando su óptimo funcionamiento y pudiendo establecer mecanismo de control con inmediatez.

**OBSERVACIONES (2)**

- Se evidenció que en el informe preliminar de Medición de la satisfacción del servicio de “Estrategias para el fortalecimiento de la gestión pública del Distrito Capital” para el primer semestre de 2023, el resultado del indicador “Porcentaje de satisfacción de las entidades acompañadas” señala un cumplimiento del 98,43% de entidades satisfechas (63 de 64 entidades encuestadas). Al respecto, la entidad que presenta insatisfacción (ETB) tiene un resultado global superior a 4 por cuanto no se considera insatisfecha, dado que solo se está teniendo en cuenta el resultado de un componente (convocatoria) de los seis evaluados en la misma encuesta, lo que podría afectar el análisis y evaluación de los datos e información que surgen por el seguimiento de la medición del grado de satisfacción del cliente.

*Lo anterior podría incumplir el requisito de la norma ISO 9001:2015 asociado a 9.1.3 Análisis y evaluación. La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados*

que surgen por el seguimiento y la medición. Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: b) el grado de satisfacción del cliente

**NO CONFORMIDADES (3)**

No.	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
1	<p>Durante la verificación al procedimiento Monitoreo y control de condiciones ambientales (2215100-PR-080), se encontró lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para las actividades “Elaborar y entregar el informe técnico de monitoreo de condiciones ambientales” y “Elaborar y entregar el informe técnico de saneamiento ambiental”, no se evidenció el correo electrónico de entrega del Informe técnico de monitoreo de condiciones ambientales y del Informe técnico de monitoreo de saneamiento ambiental al Subdirector de Gestión del Patrimonio Documental.</li> <li>• Para la actividad “Realizar el seguimiento a las recomendaciones generadas en los informes técnicos de monitoreo y de saneamiento ambiental”, no se evidencia, que en el marco de las reuniones del Subcomité de autocontrol de la Subdirección de Gestión del Patrimonio Documental, se realizara seguimiento al estado de implementación de las recomendaciones generadas en el Informe técnico semestral de monitoreo de condiciones ambientales (2215100- FT-480) y en el Informe técnico anual de saneamiento ambiental (2215100-FT-480) elaborados en la vigencia 2022.</li> </ul> <p><i>Lo anterior incumple el requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado a 7.5.3 Control de la información documentada, literal 7.5.3.1 a) Esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite.</i></p>
2	<p>Durante la verificación al procedimiento Monitoreo y control de condiciones ambientales (2215100-PR-080), y en el marco de la actividad “Realizar el monitoreo de condiciones ambientales”, no se evidenció la realización de la toma de medidas respecto a la “Iluminancia y radiación”, a través del formato Captura de datos de iluminancia y de radiación (2215100-FT-590), en los depósitos y áreas técnicas para la vigencia 2023. El último monitoreo de condiciones ambientales realizado se efectuó en junio de 2022.</p> <p>Lo anterior incumple el requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado a 7.1.5 Recursos de seguimiento y medición, 7.1.5.1 Generalidades y 7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones.</p>
3	<p>Se evidencia la no efectividad del Plan de mejoramiento “PA220-085”, específicamente la corrección con ID 341 “Realizar una sesión de trabajo con el equipo de visitas guiadas para: 1. Revisar y validar la encuesta para el servicio de “Visitas guiadas archivo de Bogotá”, en el sistema SIG a fin de unificar y garantizar que se utilice la última versión aprobada y determinar las acciones a seguir frente al formato Encuesta de satisfacción</p>

Visitas guiadas (2215100-FT-767), y 2. Cargar el formato "Inscripción y registro de asistencia visitas guiadas (2215100-FT-770) vigente en el sistema de información SUIT, con el fin de garantizar que los 2 sistemas presenten la versión más reciente y oficial del documento", teniendo en cuenta al verificar la Ficha técnica de la encuesta y el formulario del servicio "Visitas guiadas Archivo de Bogotá", aprobado por la Oficina Asesora de Planeación mediante memorando 3-2023-15663 del 31/05/2023, se evidenció que el formulario de encuestas de satisfacción disponible e implementado en la plataforma Forms no incluye la sección de "Protección de datos".

Lo anterior incumple el requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado a 10. Mejora, 10.2 No conformidad y acción correctiva, 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.

## 15. Proceso Gobierno abierto y relacionamiento con la ciudadanía

### FORTALEZAS (1)

1. Los instrumentos de seguimiento y control que aplica la Subdirección de Seguimiento a la Gestión de Inspección, Vigilancia y Control -SSGIVC- los cuales le permiten monitorear y medir el desempeño permanentemente frente a la ejecución de las actividades y el cumplimiento de las metas programadas en el Plan Operativo de la dependencia.
2. Al evaluar el desarrollo de los procedimientos en el marco de la auditoría, se evidenció información amplia y suficiente por parte de la Subsecretaría de Servicio al Ciudadano y las dependencias que la componen, al igual que, por parte de la Oficina Alta Consejería Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones –TIC., evidenciando análisis de la información producida en el desarrollo de sus actividades y evaluación de los datos, que les han permitido mejorar la prestación de sus servicios y la satisfacción de sus grupos de valor.
3. En el marco de la integración de las temáticas que reúne el proceso de Gobierno abierto y relacionamiento con la ciudadanía, se evidenció compromiso y proactividad por parte de los Directivos de todas las dependencias evaluadas y sus equipos de trabajo, con el fin de identificar, diseñar e implementar los instrumentos necesarios para articular el proceso.

**OBSERVACIONES (2)****Observación 1. Gestión del riesgo**

Revisada la gestión del riesgo del proceso y de acuerdo con la muestra evaluada, se evidencia para el riesgo 193 “*Incumplimiento de compromisos en la gestión de asesorías y formulación e implementación de proyectos en materia de transformación digital*”, el diseño de 2 controles (entre otros), así:

- 1 El procedimiento 1210200-PR-306 "Asesoría Técnica o Formulación y Ejecución de Proyectos en el Distrito Capital (**pc #8**)" indica que el Jefe de Oficina Alta Consejería Distrital de TIC autorizado por el manual de funciones, el Asesor de Despacho y el profesional líder del proyecto, autorizado(a) por el Jefe de Oficina Alta Consejería Distrital de TIC, trimestralmente realizan seguimiento a la ejecución del Proyecto a través de mesas técnicas. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) el procedimiento, Registro de Asistencia 2211300-FT211 y Acta 2211600-FT-008, - Mesas Técnicas Seguimiento Proyectos. En caso de evidenciar observaciones, desviaciones o diferencias, el líder del proyecto debe registrar en el acta las observaciones y soluciones para garantizar su cumplimiento. De lo contrario, se deja en el acta la observación del cumplimiento del plan de trabajo y cronograma.

**Queda como evidencia Registro de Asistencia 2211300-FT211 y Acta 2211600-FT-008, - Mesas Técnicas Seguimiento Proyectos.**

**Tipo: Detectivo**

- 2 El procedimiento 1210200-PR-306 "Asesoría Técnica o Formulación y Ejecución de Proyectos en el Distrito Capital (pc #8)" indica que el Jefe de Oficina Alta Consejería Distrital de TIC autorizado por el manual de funciones, el Asesor de Despacho y el profesional líder del proyecto, autorizado(a) por el Jefe de Oficina Alta Consejería Distrital de TIC, trimestralmente realizan seguimiento a la ejecución del Proyecto a través de mesas técnicas. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) el procedimiento, Registro de Asistencia 2211300-FT211 y Acta 2211600-FT-008, - Mesas Técnicas Seguimiento Proyectos. En caso de evidenciar observaciones, desviaciones o diferencias, el líder del proyecto debe registrar en el acta las observaciones y soluciones para garantizar su cumplimiento. De lo contrario, se deja en el acta la observación del cumplimiento del plan de trabajo y cronograma.

**Queda como evidencia Registro de Asistencia 2211300-FT211 y Acta 2211600-FT-008, - Mesas Técnicas Seguimiento Proyectos.**

**Tipo: Preventivo**

Para lo cual se evaluó el diseño y la aplicación de los 2 controles, evidenciando:

- De acuerdo con el diseño del control, estos obedecen a dos tipos diferentes, preventivo y detectivo, no obstante, se presentan en la misma actividad del procedimiento, es decir

**OBSERVACIONES (2)**

se realizan en el mismo momento (PC#8), y no se indica la diferencia en el diseño del control cuando es preventivo y cuando actúa con enfoque detectivo, teniendo en cuenta los siguientes conceptos:

- ✓ *Control preventivo: control accionado en la entrada del proceso y **antes de que se realice la actividad originadora del riesgo, se** busca establecer las condiciones que aseguren el resultado final esperado.*
  - ✓ *Control detectivo: control accionado **durante la ejecución del proceso.** Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos.*
- Ahora bien, frente a la aplicación del control, se evidencia, que de acuerdo con lo que establece la matriz de riesgos, el registro de su aplicación corresponde al “**Registro de Asistencia 2211300-FT211 y Acta 2211600-FT-008**”, evidenciando el soporte de su aplicación por parte del proceso, no obstante, revisado el soporte, no se logró identificar la aplicación del control de manera preventiva y posteriormente de manera detectiva.

Requisito de la Norma ISO 9001:2015, asociado:

**6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES**

6.1.2 La organización debe planificar:

- a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades;
- b) la manera de:
  - 2) evaluar la eficacia de estas acciones.

**Observación 2. Actualización portafolio bienes y servicios de la Entidad**

Cruzados los servicios del proceso “Gobierno abierto y relacionamiento con la ciudadanía”, de acuerdo con el nuevo modelo de operación por procesos de la Entidad, con el “Portafolio de productos y servicios por proceso, código 4202000-OT-044 versión 10, el cual se encuentra publicado en la página web de la Secretaría General, dirección electrónica: [https://secretariageneral.gov.co/sites/default/files/complemento-1-3/portafolio\\_productos\\_servicios\\_version10.pdf](https://secretariageneral.gov.co/sites/default/files/complemento-1-3/portafolio_productos_servicios_version10.pdf), se evidencia, que el documento se encuentra desactualizado, presentando asociados los servicios de este proceso a los 2 procesos del anterior modelo de operación: “*Gestión del Sistema Distrital de Servicio a la Ciudadanía y Asesoría técnica y proyectos en materia TIC*”.

Requisito de la Norma ISO 9001:2015, asociado:

**OBSERVACIONES (2)****7.5.3 Control de la información documentada**

**7.5.3.1** La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que:

a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite;

**Observación 3. Oportunidad en el análisis y evaluación de la prestación del servicio.**

Verificados los criterios de conformidad en la prestación del servicio de “Asesoría técnica” que realiza la Oficina Alta Consejería de TICS, de acuerdo con lo establecido en la ficha del servicio “S04 Asesoría técnica a entidades distritales”, versión 1, se evidenció el cumplimiento de los requisitos de conformidad de: Oportunidad de tiempo, pertinencia en funcional y cortesía en comportamental en los servicios de asesoría técnica dados a la Secretaria Distrital de Cultura, Recreación y Deporte del 2 de septiembre de 2022, y a la Lotería de Bogotá, del 3 de marzo de 2023; si bien el resultado de las dos encuestas está calificado dentro de los rangos que permiten establecer el cumplimiento del requisito de cortesía en comportamental, de acuerdo con el rango que establece la ficha técnica (calificación 3 a 5), el análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción del servicio, se realizan hasta finalizar la vigencia, de lo cual se podría originar un riesgo frente a la identificación de un producto no conforme de manera oportuna.

Requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado:

**9.1.3 Análisis y evaluación**

La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.

Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar:

a) la conformidad de los productos y servicios;

**Observación 4. Oportunidad en el análisis y evaluación en la Satisfacción del cliente**

Revisado el “Informe de resultados consolidado encuestas de satisfacción asesorías técnicas en materia TICS”, para la vigencia 2022, que evaluó la prestación del servicio de “Asesoría técnica” que realiza la Oficina Alta Consejería de TICS, se observa, que la encuesta de satisfacción, contiene una pregunta sobre las sugerencias y comentarios de la Entidad receptora del servicio, a partir de la asesoría brindada, no obstante, el análisis y evaluación a las respuestas presentadas por las Entidades, solamente se realiza hasta finalizar la vigencia, momento en el cual, la Alta Consejería consolida sus resultados de la evaluación de satisfacción de los servicios prestados en las asesorías técnicas que desarrollo durante toda

**OBSERVACIONES (2)**

la vigencia, de lo cual, se podría originar un riesgo frente a la respuesta oportuna a las sugerencias y comentarios que presentan las entidades resultado de las asesorías brindadas.

Requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado:

**9.1.3 Análisis y evaluación**

La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.

Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar:

b) el grado de satisfacción del cliente

**NO CONFORMIDADES (3)**

No	Descripción de la condición o situación observada / Requisito de la NTC que Incumple
1.	<p><b>NO CONFORMIDAD 1. (Niveles de responsabilidad y autoridad)</b></p> <p>Revisada la caracterización del proceso “Gobierno abierto y relacionamiento con la ciudadanía”, código 4220000-CR-054, versión 1”, identifica cómo Responsable(s) del proceso al Subsecretario(a) de Servicio a la Ciudadanía y Jefe de Oficina de Alta Consejería Distrital de Tecnologías de Información y Comunicaciones –TIC, no obstante, la actividad “Formular, implementar y realizar seguimiento a las estrategias, lineamientos y proyectos en materia de gobierno abierto y la transformación digital”, en la columna de responsable identifica a la Oficina Asesora de planeación, lo que genera incertidumbre frente al cargo responsable de la actividad del proceso, teniendo en cuenta que, para las otras 11 actividades del proceso se identifica el (los) cargo (s) responsable (s) de su ejecución, y para esta actividad identifica una dependencia, de igual manera, frente al organigrama de la Entidad no se identifican las líneas de autoridad y responsabilidad de los responsables del proceso frente a esta actividad.</p> <p>Lo anterior incumple el requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado al proceso:</p> <p><b>4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS</b></p>

**NO CONFORMIDADES (3)**

4.4.1<sup>1</sup>La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.

La organización debe determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización, y debe:

e) asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos;

**NO CONFORMIDAD 2 (Interacción de actividades del proceso)**

Revisadas las actividades que conforman la cadena de valor del proceso “Gobierno abierto y relacionamiento con la ciudadanía” en la caracterización del mismo, código 4220000-CR-054, versión 1, la documentación establecida para la operación del proceso y en la verificación de los documentos en el desarrollo de las pruebas de auditoría, no se evidenció documento que permitiera identificar el cómo se relacionan entre sí o cómo interactúan las tres temáticas (servicio a la ciudadanía, gobierno abierto y gestionar asesorías y formular e implementar proyectos en materia de transformación digital), o las interrelaciones que se dan, para lo cual, los auditados manifestaron que la articulación del proceso y sus temáticas se dará a partir de la implementación del documento “Manual de Relacionamiento con la ciudadanía”, el cual, se encuentra en revisión para su aprobación por parte de la Oficina Jurídica y a partir de este documento se realizará la alineación e interacción de las actividades que conforman el proceso.

2.

Lo anterior, no es conforme con:

**4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS**

4.4.1 La organización debe determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización, y debe:

b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos;

3.

**NO CONFORMIDAD 3 (Planificación del cambio)**

<sup>1</sup> Incumpliendo también el requisito transversal del sistema de gestión de la calidad. **5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN;** La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan en toda la organización. e) asegurarse de que la integridad del sistema de gestión de la calidad se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de la calidad.



**NO CONFORMIDADES (3)**

De acuerdo con la actualización del modelo de operación por procesos de la Entidad, se evidenció el “*Plan de gestión del cambio*”, en el marco del proceso de Direccionamiento Estratégico, el cual presentó actividades previas, durante y posteriores a la adecuación del mapa de procesos de la Secretaría General, el cual finalizó en diciembre de 2022.

Para la vigencia 2023, en el marco del Plan de ajuste y sostenibilidad de MIPG, se formuló la actividad de “*Consolidar los componentes de los nuevos procesos institucionales en términos de: documentos, indicadores de gestión, riesgos de gestión y corrupción, planes de mejoramiento y encuestas de satisfacción*” la cual presenta fecha de finalización 30/09/2023, no obstante, al indagar con los responsables y gestores del proceso de Gobierno Abierto y Relacionamiento con la Ciudadanía, no se evidenció que en el marco de esta actividad se encuentre en formulación los elementos de control que consoliden el proceso de gobierno abierto con sus tres temáticas (servicio a la ciudadanía, gobierno abierto y gestionar asesorías y formular e implementar proyectos en materia de transformación digital), a nivel de indicador (es) que permita medir el objetivo del proceso, riesgos del proceso, mecanismos de autoevaluación del proceso, servicios y/o productos del proceso, sino que, aun se continua operando de acuerdo con el anterior modelo de operación por procesos, es decir, como dos procesos independientes y un proyecto de inversión; de igual manera, frente a la fecha estimada de finalización de la actividad del plan MIPG (30/09/2023), tampoco se evidenció elemento de control de programación y seguimiento del avance de la actividad del proceso de gobierno abierto en la consolidación de los componentes como nuevo proceso institucional.

Lo anterior incumple el requisito de la Norma ISO 9001:2015 asociado al proceso:

**4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS**

4.4.1<sup>2</sup> (...) La organización debe determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización, y debe:

g) evaluar estos procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logran los resultados previstos.

<sup>2</sup> Incumpliendo también el requisito transversal del sistema de gestión de la calidad. **6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS.** Cuando la organización determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada (véase 4.4). La organización debe considerar: a) (...) sus consecuencias potenciales; b) la integridad del sistema de gestión de la calidad; d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.

## NO CONFORMIDADES (3)

## NO CONFORMIDAD 4 (Indicadores)

Revisados los indicadores del proceso, se evidenció:

- 4.
- La fórmula y variables del indicador GES 39 (*Gestión de las asesorías y proyectos en Transformación Digital a entidades Distritales efectuados en la Alta Consejería Distrital de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones*) y GES 40 (*Gestión de la Estrategia de trabajo conjunto, realizado con los laboratorios de la ciudad para Bogotá territorio inteligente*), no reflejan la planeación y ejecución de las actividades del proceso, debido a que las actividades desarrolladas son por demanda, es decir, a partir de las necesidades presentadas por las entidades distritales, y el proceso no cuenta con programación de actividades que permitan realizar la medición del indicador de acuerdo con la fórmula y sus variables definidas.  
De igual manera, los reportes cualitativos y cuantitativos realizados por el proceso, no son coherentes con la fórmula y variables del indicador debido a que el reporte menciona número de informes realizado en el periodo.
  - Para el indicador GES\_41 (*Porcentaje de cumplimiento del Plan de Acción General de Gobierno Abierto de Bogotá*), se evidencia que no mide la gestión del proceso en términos de las actividades desarrolladas por la Secretaría General, sino que se asocia al avance en el cumplimiento del Plan de Acción General de Gobierno Abierto de Bogotá, es decir, incluye el desarrollo de las actividades de las Entidades del Distrito, generando un posible riesgo de incumplimiento, debido a que su logro no está bajo la gobernabilidad del proceso.
  - Para el indicador GES\_42 (*Porcentaje de gestión de las actividades realizadas para fortalecer el relacionamiento de la administración distrital en temas propios de servicio a la ciudadanía*), revisados los reportes cualitativos y cuantitativos de las variables que conforman el indicador, se observa, que el reporte cualitativo no da cuenta de los datos reportados cuantitativamente, de igual forma, para la variable de seguimiento a las entidades con funciones de Inspección, vigilancia y control, la programación y reporte de la actividad obedece a la programación y ejecución de 1 informe de la dependencia, lo cual no mide el cumplimiento del objetivo de la actividad, y su resultado siempre será 100, teniendo en cuenta que el reporte del porcentaje de ejecución está asociado a la elaboración del informe que consolida la gestión del periodo y no a los resultados de la actividad.

Lo anterior no es conforme con la ISO 9001:2015:

**NO CONFORMIDADES (3)****9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN****9.1.1 Generalidades**

La organización debe determinar:

b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos;

**NO CONFORMIDAD 5 (Efectividad de las acciones)****Plan de Acción PA220-097**

Se verificó la aplicación del instrumento “IPS Supervisión”, por parte de la de la Dirección del Sistema Distrital de Servicio a la Ciudadanía, control diseñado para asegurar la oportunidad en el cargue de la información en el Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP II, durante la ejecución de los contratos, evidenciando que se registran las fechas de la presentación de los informes de ejecución por parte del contratista, de acuerdo con los periodos establecidos en el contrato; no obstante, el instrumento no permite establecer el cumplimiento de la oportunidad en la publicación frente a los términos que señala la norma debido a que no se registran la fecha de publicación en el sistema, ni tampoco identifica si se realizó esta verificación por parte de la dependencia.

5. De acuerdo con lo anterior, se evidencia que los controles diseñados en el marco del Plan de Acción 220-097, acciones de mejora 392-393 y 394 no eliminaron la situación que origino el hallazgo inicial.

**Plan de Acción PAA220-065**

Se verificó la aplicación del control “*verificación diaria de condiciones de apertura en la red cade*”, el cual tiene como objetivo, consolidar el reporte por parte de los coordinadores de todos los cades de las condiciones de infraestructura física, al abrir sus labores diarias, observando:

- ✓ No se evidencia la aplicación del control (reporte de todos los puntos cade) de acuerdo con la periodicidad definida (Diaria)
- ✓ El seguimiento y control al reporte que realizan los coordinadores de los puntos cades, no tiene seguimiento o respuesta por parte de la Dirección del Sistema Distrital de Servicio a la Ciudadanía.
- ✓ El reporte identifica si el punto cade presenta alguna condición de infraestructura, no obstante, el control, no permite evidenciar si frente a la gestión realizada por el coordinador del punto se obtuvo respuesta por parte del responsable.

**NO CONFORMIDADES (3)**

De acuerdo con lo anterior, se evidencia que los controles diseñados en el marco del Plan de Acción 220-065, acciones correctivas 232-233 y 234, por parte de la Subsecretaría de Servicio a la Ciudadanía no fueron efectivas, teniendo en cuenta, que no garantizan el mantenimiento oportuno a la infraestructura física y tecnológica de los puntos CADE, situación que origino el hallazgo inicial.

Evaluada la efectividad de los 2 planes de mejoramiento del proceso, se evidencia el incumplimiento de la ISO 9001:2015, respectivamente:

**10. MEJORA****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.

Éstas deben incluir:

- b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados;
- c) mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad

**10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA**

**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, (...)

**16. Proceso Evaluación del Sistema de Control Interno****FORTALEZAS (1)**

- Se observa conocimiento y apropiación de los temas asociados al proceso Evaluación del Sistema de Control Interno por parte de los auditados, así como su compromiso, dedicación, disposición y participación activa durante la ejecución de la auditoría.
- El control y seguimiento que se efectúa en cada una de las auditorías internas ejecutadas en el marco del Plan anual de auditorías de la vigencia 2023.
- Las reuniones del Subcomité de Autocontrol que se efectúan de manera semanal, permiten un mayor control sobre la gestión que se desarrolla al interior del proceso.

- Fortalecimiento del recurso humano con la contratación de personal especializado para apoyar las auditorías que evalúan el soporte y monitoreo a la infraestructura y recursos tecnológicos, sistemas de información entre otros que apoyan la misionalidad de la entidad.

**OBSERVACIONES (2)****Observación 1:**

- En la actividad “*Desarrollar la fase de planeación de la auditoría - Elaborar el Programa de Trabajo*”, descrita en el procedimiento “Auditorías internas de gestión (2210112-PR-006)”, se observa correo electrónico de solicitud de revisión del programa de la auditoría a la Política de Gobierno Digital y Seguridad digital del 14/04/2023, no obstante, se comprobó que esta evidencia no se encuentra relacionado como un registro resultante de la tarea en la columna “Registros” de la actividad señalada en el procedimiento.

- Al verificar la ejecución de la actividad “*Planificar la Auditoría y Comunicar el Programa de Auditoría*”, el procedimiento “Auditorías internas de calidad (2210112-PR-361)”, se observa:

Correo electrónico del 31/05/2022 con solicitud de revisión de propuesta del Programa de trabajo para la auditoría interna de calidad al proceso Gestión Jurídica y correo de la misma fecha con la aprobación del programa por parte de integrante del equipo coordinador de las auditorías de calidad.

Correo electrónico del 21/07/2023 con solicitud de revisión de propuesta del Programa de trabajo para la auditoría interna de calidad al proceso Gestión de contratación y correo de respuesta del 24/07/2023, por parte de integrante del equipo coordinador de las auditorías de calidad.

Se comprobó que dichos registros y la manera de obtenerlos, no se encuentra documentado en el procedimiento.

Lo anterior, puede llegar a afectar la conformidad del requisito de la Norma ISO 9001:2015: 7.5.2. Creación y actualización: Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.

**Observación 2:**

- Al verificar los controles definidos en el riesgo de corrupción: Posibilidad de afectación reputacional por uso indebido de información privilegiada para beneficio

propio o de un tercero, debido a debilidades en el proceder ético del auditor, se evidenció que no cuenta con controles de tipo detectivo, lo cual no permitiría al proceso identificar un evento o resultado no previsto después de que se haya producido, buscando corregir la situación y tomar las acciones correspondientes, como lo indica la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”- Departamento Administrativo de la Función Pública.

Al validar las evidencias que soportan la ejecución de controles de los riesgos de corrupción del tercer bimestre 2023 y de los riesgos de gestión del primer cuatrimestre de 2023 del proceso se observa:

**Riesgo Corrupción:** Posibilidad de afectación reputacional por uso indebido de información privilegiada parabeneficio propio o de un tercero, debido a debilidades en el proceder ético del auditor

ID	Actividad de control	Observación						
1	El procedimiento de Auditorías Internas de Gestión PR-006 (actividad 7) indica que el Jefe de la Oficina de Control Interno, autorizado(a) por el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales, <b>cada vez</b> que se vaya a realizar la auditoría a una unidad auditable <b>revisa el Programa de Trabajo</b> con el fin de asegurar la pertinencia de las pruebas de auditoría planificadas,	Al validar una muestra de 7 evidencias de los programas de trabajo y de documentación de papeles de trabajo (4201000-FT- 1026) aportados como soporte de la ejecución del control en el monitoreo del tercer bimestre de 2023 en el riesgo de corrupción se observa:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Programa de trabajo</th> <th>Observación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seguimiento Plan Mejoramiento Auditoría Interna y Contraloría 1</td> <td>No se encuentra diligenciado el campo “Fecha” de revisión y aprobación del programa de trabajo.</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC III cuatrimestre 2022.</td> <td>Se observa que el Jefe de control Interno realizó observaciones al programa de trabajo, no obstante, no se aportó como evidencia el correo electrónico, conforme con lo señalado en el control.</td> </tr> </tbody> </table>	Programa de trabajo	Observación	Seguimiento Plan Mejoramiento Auditoría Interna y Contraloría 1	No se encuentra diligenciado el campo “Fecha” de revisión y aprobación del programa de trabajo.	Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC III cuatrimestre 2022.	Se observa que el Jefe de control Interno realizó observaciones al programa de trabajo, no obstante, no se aportó como evidencia el correo electrónico, conforme con lo señalado en el control.
		Programa de trabajo	Observación					
Seguimiento Plan Mejoramiento Auditoría Interna y Contraloría 1	No se encuentra diligenciado el campo “Fecha” de revisión y aprobación del programa de trabajo.							
Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC III cuatrimestre 2022.	Se observa que el Jefe de control Interno realizó observaciones al programa de trabajo, no obstante, no se aportó como evidencia el correo electrónico, conforme con lo señalado en el control.							

780	<p>del alcance y los criterios considerados, así como su coherencia frente a los objetivos específicos previstos y los riesgos identificados. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) la propuesta de Programa de Trabajo. En caso de evidenciar observaciones, desviaciones o diferencias, se <b>comunica al auditor las observaciones para su ajuste mediante <u>correo electrónico</u>. De lo contrario, se da por aprobado el <u>programa de trabajo</u>.</b> Tipo: <b>Preventivo</b> Implementación: Manual</p>	Evaluación a la Gestión por Dependencias vigencia 2022	No se encuentran diligenciados los campos "Revisó y aprobó" y la "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo conforme a lo señalado en el control.
		Seguimiento Comité Conciliación II Semestre 2022	No se encuentra diligenciado el campo "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo.
		Auditoría de Gestión a las políticas de Gobierno digital y Seguridad digital	Se observa que el Jefe de Control Interno realizó observaciones al programa de trabajo, no obstante, no se aportó como evidencia el correo electrónico, conforme con lo señalado en el control. No se encuentra diligenciado el campo "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo.
		Seguimiento Austeridad del Gasto IV Trimestre 2022	No se encuentra diligenciado el campo "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo.

**Riesgo Gestión de procesos:** Posibilidad de afectación reputacional por la no detección de desviaciones críticas en la muestra establecida para las unidades auditables, debido a errores en la aplicación de los controles claves del proceso auditor.

ID	Actividad de control	Observación										
1040	<p>1 El procedimiento de Auditorías Internas de Gestión PR-006 (actividad 7) indica que el Jefe de la Oficina de Control Interno, autorizado(a) por el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales, <b>cada vez</b> que se vaya a realizar la auditoria a una unidad auditable <b>revisa el Programa de Trabajo</b> con el fin de asegurar la pertinencia de las pruebas de auditoría planificadas, del alcance y los criterios considerados, así como su coherencia frente a los objetivos específicos previstos y los riesgos identificados. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) la propuesta de Programa de Trabajo. En caso de evidenciar observaciones,</p>	<p>Al validar una muestra de 7 evidencias de los programas de trabajo y de documentación de papeles de trabajo 4201000-FT- 1026 aportados como soporte de la ejecución del control en el monitoreo del primer cuatrimestre de 2023 en el riesgo de gestión se observa:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Programa de trabajo</th> <th>Observación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seguimiento Plan Mejoramiento Auditoría Interna y Contraloría 1</td> <td>No se encuentra diligenciado el campo "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo.</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC III cuatrimestre 2022.</td> <td>Se observa que el jefe de control Interno realizó observaciones al programa de trabajo, no obstante, no se aportó como evidencia el correo electrónico, conforme con lo señalado en el control.</td> </tr> <tr> <td>Evaluación a la Gestión por Dependencias vigencia 2022</td> <td>No se encuentran diligenciados los campos "Revisó y aprobó" y la "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo conforme a lo señalado en el control.</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento Comité Conciliación II Semestre 2022</td> <td>No se encuentra diligenciado el campo "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo.</td> </tr> </tbody> </table>	Programa de trabajo	Observación	Seguimiento Plan Mejoramiento Auditoría Interna y Contraloría 1	No se encuentra diligenciado el campo "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo.	Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC III cuatrimestre 2022.	Se observa que el jefe de control Interno realizó observaciones al programa de trabajo, no obstante, no se aportó como evidencia el correo electrónico, conforme con lo señalado en el control.	Evaluación a la Gestión por Dependencias vigencia 2022	No se encuentran diligenciados los campos "Revisó y aprobó" y la "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo conforme a lo señalado en el control.	Seguimiento Comité Conciliación II Semestre 2022	No se encuentra diligenciado el campo "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo.
		Programa de trabajo	Observación									
		Seguimiento Plan Mejoramiento Auditoría Interna y Contraloría 1	No se encuentra diligenciado el campo "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo.									
		Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC III cuatrimestre 2022.	Se observa que el jefe de control Interno realizó observaciones al programa de trabajo, no obstante, no se aportó como evidencia el correo electrónico, conforme con lo señalado en el control.									
Evaluación a la Gestión por Dependencias vigencia 2022	No se encuentran diligenciados los campos "Revisó y aprobó" y la "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo conforme a lo señalado en el control.											
Seguimiento Comité Conciliación II Semestre 2022	No se encuentra diligenciado el campo "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo.											



	desviaciones o diferencias, se <b>comunica al auditor</b> las <b>observaciones</b> para su ajuste mediante <u>correo electrónico</u> . <b>De lo contrario</b> , se da por <b>aprobado el programa de trabajo</b> . Tipo: <b>Preventivo</b> Implementación: Manual	Auditoría de Gestión a las políticas de Gobierno digital y Seguridad digital	Se observa que el jefe de Control Interno realizó observaciones al programa de trabajo, no obstante, no se aportó como evidencia el correo electrónico, conforme con lo señalado en el control.  No se encuentra diligenciado el campo "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo.
		Seguimiento Austeridad del Gasto IV Trimestre 2022	No se encuentra diligenciado el campo "Fecha" de revisión y aprobación del programa de trabajo.

Lo anterior, puede llegar a afectar la conformidad del requisito de la Norma ISO 9001:2015: 6.1.2 La organización debe planificar: (...)

**Observación 3:**

La actividad "Revisar la propuesta de Programa de Trabajo" del procedimiento "Auditorías internas de gestión (2210112-PR-006)", indica:

*"(...) Si el programa requiere ajustes y/o modificaciones, se comunica al auditor las observaciones para su ajuste, mediante correo electrónico y regresa a la actividad 6. De lo contrario, se da por aprobado el programa de trabajo y continúa con la actividad 8."*

Al revisar el registro del "Programa de trabajo y de documentación de papeles de trabajo (4201000-FT-1026) de la auditoría a la Política de Gobierno Digital y Seguridad digital" con fecha de elaboración del 08/03/2023, se comprobó que no se encuentra diligenciado el campo "Fecha" de revisión y aprobación.

Lo anterior, puede llegar a afectar la conformidad del requisito de la Norma ISO 9001:2015: 7.5.3. Control de la información documentada

#### **Observación 4.**

- Al validar los soportes de avance del indicador “GES\_04 *Porcentaje de avance en el cumplimiento de las actividades de aseguramiento y reportes contenidas en el Plan Anual de auditorías*”, de los meses de enero a junio de 2023, no se adjuntó el “Plan Anual de Auditoría aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno” como lo indica el campo “Fuente de información” de la hoja de vida del indicador en el Aplicativo DARUMA.
- Se observa que en el reporte del mes de abril de ejecución del indicador “GES\_04 *Porcentaje de avance en el cumplimiento de las actividades de aseguramiento y reportes contenidas en el Plan Anual de auditorías*” indica que se ejecutaron 5 actividades de 5 programadas en el Plan Anual de Auditoría, incluye “Visitas SuperCades 20 de julio y Manitas (Adicional)” la cual fue efectuada el 11 y 12 de abril del año en curso como reemplazo de la actividad de "Reporte Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG)" que fue reprogramada y ejecutada en el mes de julio, teniendo en cuenta la Circular externa 100 - 003 del 3 de mayo de 2023, el Departamento Administrativo de la Función pública definió como fechas de preparación y reporte, los meses de junio y julio de 2023.

Al revisar la descripción del método de cálculo del indicador presenta: \*Para el numerador se realiza:

1. *Verificar los informes preliminares radicados o finales radicados (no requiera informe preliminar) de las actividades de aseguramiento ejecutadas en el periodo.*
2. *Verificar los reportes normativos de la OCI ejecutados en el periodo.*

*Para el denominador se realiza:*

1. *Comparar la ejecución de los puntos 1. y 2. frente a lo programado en el Plan Anual de Auditoría.*
2. *Elaborar papel de trabajo como soporte de las verificaciones descritas en los puntos 1,2 y 3, de las fuentes de información usadas, para la determinación del número de informes frente al programa anual.”*

Al respecto, no se adjuntó el Plan Anual de Auditoría que refleje la actividad de aseguramiento adicional realizada, y que se encuentra relacionada como “Fuente de información” en la hoja de vida del indicador en el Aplicativo DARUMA o la programación anual de auditorías, las cuales son utilizadas como insumos para realizar el cálculo del indicador.

Lo anterior, puede llegar a afectar la conformidad del requisito de la Norma ISO 9001:2015:9.1.3 Análisis y evaluación, Literal d). Si lo planificado se ha implementado de manera eficaz.

**NO CONFORMIDADES (3)****Descripción de la condición o situación observada /  
Requisito de la NTC que Incumple**

No se identificaron no conformidades en la auditoría interna de calidad realizada al proceso Evaluación del Sistema de Control Interno.