

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20251100082843**

Página 1 de 2

Bogotá D.C., 31 de Octubre de 2025

PARA: **ARMANDO OJEDA ACOSTA**
Dirección General

DE: Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe de auditoría interna UAESP 2025 bajo el Estándar NTC ISO-9001:2015

Respetado Doctor Ojeda:

En cumplimiento del Programa Anual de Auditorías y de conformidad con los lineamientos establecidos por la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015, me permito remitir el Informe Consolidado de Auditoría Interna al Sistema de Gestión de la Calidad de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP.

La auditoría fue desarrollada por el equipo de la Oficina de Control Interno, con el apoyo de funcionarios y contratistas de diversas dependencias, garantizando independencia, objetividad y la aplicación de los criterios técnicos establecidos para la evaluación del sistema.

Como resultado del ejercicio auditor, se identificaron No Conformidades, Observaciones y Recomendaciones, las cuales ya fueron socializadas con los líderes de proceso. En atención a ello, se solicita a cada dependencia revisar detalladamente dichos resultados y proceder a formular, documentar e incorporar en el Plan de Mejoramiento Interno las acciones correctivas y de mejora que correspondan, asegurando así el cierre efectivo de los hallazgos y el cumplimiento del ciclo de mejora continua, bajo el liderazgo de la alta dirección.

De igual manera, se invita a todos los procesos a asumir este ejercicio como una oportunidad para fortalecer la gestión, avanzar en la estandarización de prácticas y consolidar la cultura de calidad institucional. El trabajo riguroso, articulado y orientado a resultados será fundamental para la preparación de la auditoría externa de seguimiento que adelantará ICONTEC durante la vigencia 2026, en la cual la Entidad deberá evidenciar la madurez, solidez y mejora continua de su Sistema de Gestión de la Calidad.

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20251100082843**

Página 2 de 2

Bogotá D.C., 31 de Octubre de 2025

Sandra
Beatriz
Alvarado
Salcedo

Firmado
digitalmente por
Sandra Beatriz
Alvarado Salcedo
Fecha: 2025.11.04
23:50:56 -05'00'

SANDRA BEATRIZ ALVARADO SALCEDO

Jefe Oficina de Control Interno

sandra.alvarados@uaesp.gov.co;

Anexos: Informe de auditoría interna UAESP 2025

Elaboró: Oscar Javier Hernández Serrano - Profesional Especializado OCI

Revisó: Sandra Beatriz Alvarado Salcedo - Jefe OCI

Aprobó: Sandra Beatriz Alvarado Salcedo – Jefe OCI

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA	2
2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA	3
3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS	5
4. OBSERVACIONES.....	6
5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS	6
6. CONCLUSIONES	12
7. RECOMENDACIONES.....	13
8. APROBACIÓN.....	17

Lista de Tablas

Tabla 1- Información de la auditoria.....	2
Tabla 2 - Observaciones de la auditoría	6
Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas.....	6
Tabla 4 - Recomendaciones por proceso	13

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA

Tabla 1- Información de la auditoria

ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA	Sistema de Gestión de Calidad – NTC ISO 9001:2015
INFORME	Auditoría Interna NTC ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad
PROCESO, PROCEDIMIENTO	Todos los procesos de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos
RESPONSABLE O AUDITADOS	Líderes y gestores de los Procesos de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos
OBJETIVO	Verificar el cumplimiento de los requisitos ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad e identificar oportunidades de mejora para fortalecer los procesos de la entidad
ALCANCE	Comprende las actividades y documentos relacionados a todos los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y mejora de Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP
PERIODO DE EJECUCIÓN	Septiembre – Octubre de 2025
EQUIPO AUDITOR	<i>Auditores</i> Carmen Liliana Villa Reina Óscar Javier Hernández Serrano Javier Ramiro Álvarez Sayra Paola Nova Murcia Maria Carolina Camacho Gamboa John Fredy Aguirre Correa Nury Cobo Villamil <i>Observadores</i> Camilo Andres Beltrán Garzón Christian David Mora Silva Karol Alejandra Carranza Bustos Oscar Ignacio Prieto Bareño Diana Patricia Vargas García

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

DOCUMENTACIÓN ANALIZADA	• Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 • Modelo Integrado de Planeación y Gestión • Modelo Estándar de Control Interno • Micrositio del SIG - https://www.uaesp.gov.co/mipg/index.php#inicio • Evidencia de cumplimiento de los procedimientos y registros de uso de los formatos.
---	---

2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA

En el marco de la certificación ISO 9001:2015 del Sistema de Gestión de Calidad de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP, la Oficina de Control Interno atendiendo las funciones asignadas, realiza cada año la Auditoría Interna de seguimiento a la implementación de nuestro sistema. Para ello, desde el año 2022 y teniendo en cuenta que la entidad capacitó a varios de sus funcionarios en la competencia de auditores internos, ha adelantado esta auditoría interna incluyendo como auditores a los funcionarios que cumplen con esa competencia, con el fin de retornar el conocimiento adquirido en la entidad y de fortalecer al mismo tiempo esta competencia desde la práctica realizada en este ejercicio auditor, orientadas a demostrar el mantenimiento del sistema para las auditoría en este caso de Recertificación que debe realizar la entidad certificadora en este caso el ICONTEC.

Esta auditoría se realizó mediante entrevistas las cuales fueron planeadas con los procesos y desarrolladas entre el 22 y 23 de septiembre, tiempo en el cual cada equipo auditor pudo consultar la información estratégica de la entidad, los datos relacionados a los procesos a auditar vigentes y publicados en el Micrositio del SIG y la documentación suministrada por la Oficina de Control Interno.

La verificación de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad de la UAESP, se realizó entre el día 29 de septiembre y el 16 de octubre de 2025 en las salas de juntas de las distintas dependencias de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP y fue atendida exclusivamente por los gestores, responsables y distintos operadores de los procesos.

Los métodos utilizados durante la auditoría fueron entrevistas con la aplicación de listas de chequeo basadas en los requisitos de la norma ISO9001:2015, la observación de actividades y la revisión de documentación y registros.

En términos generales durante las entrevistas cada equipo auditado informó el esquema de organización de su proceso/dependencia, seguidamente se respondieron cada una de las preguntas programadas en la lista de chequeo presentando la evidencia para la verificación de

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

los requisitos de la norma aplicables y se finalizó haciendo énfasis en los temas particulares asociados a su proceso/misionalidad.

Resultado de las verificaciones antes mencionadas, se resaltan los siguientes aspectos de acuerdo con los requisitos de la norma evaluados así:

2.1 La Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos da cumplimiento a los requisitos del capítulo 4. Contexto de la Organización, el cual es evaluado anualmente por cada uno de los procesos, adicionalmente se demuestra cumplimiento de los requisitos establecidos en el documento “Manual **DES-MN-01 V5 Manual del SIG**” donde se evidencia la forma de relacionamiento y la interacción del MIPG – MECI, así como la definición de las actividades claves de los distintos sistemas de gestión y control y su alineación con los objetivos del sistema integrado de gestión y los objetivos estratégicos de la Entidad.

Se destaca entre otros aspectos, el modelo de relacionamiento PCI-FM-05 V1, el cual busca orientar la relación que se debe tener con los grupos de interés identificados y priorizados, con el fin de garantizar una gestión sostenible que cree valor social, económico y ambiental, reconociendo su importancia para la toma de decisiones de la Unidad.

2.2 La alta dirección ha demostrado su “Liderazgo” a través del establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad, mediante los procesos de seguimiento con el organismo certificador, el desarrollo de auditorías internas para la mejora y la evaluación anual que surge como resultado de la “Revisión por la Dirección” adelantada en forma anual por la Oficina Asesora de Planeación en cabeza. -Evidencia: https://www.uaesp.gov.co/mipg/documentos-sig/direccionamiento_estrategico/docsinteres/Informe%20de%20Revisi%C3%B3n%20por%20la%20Direcci%C3%B3n%20-%202024.pdf;

Se tienen definidos los roles, responsabilidades, y se ha identificado el compromiso de los integrantes de la entidad, lo que evidencia la conformidad del numeral 5 de la norma en relación con “Liderazgo”.

2.3 La Entidad a través de sus procesos ha gestionado los diversos controles para abordar los riesgos con sus respectivos planes de manejo y también cuenta con los documentos necesarios para cumplir con las necesidades y expectativas de las partes interesadas, lo que evidencia la conformidad del numeral 6 “Planificación”. No obstante, se presentan recomendaciones frente a la mejora de algunos aspectos relacionados con el análisis y tratamiento de los riesgos.

Se destaca como ejercicio de seguimiento el seguimiento que como segunda y tercera línea defensa llevan los procesos de Direccionamiento Estratégico y el de Evaluación y Mejora a los riesgos identificados por el SIG. <https://uaespd.sharepoint.com/sites/EQUIPOOAP266/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FEQUIPOOAP266%2FDocumentos%20compartid>

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

[os%2FSEGUIMIENTO%20A%20RIESGOS%202025&p=true&ct=1760547481533&or=OWA%2DNT%2DMail&cid=bfd6da2%2D241e%2D28d0%2D6362%2D8e76fe8b1fb&ga=1&LOF=1;](#)

2.4 La organización y sus procesos gestionan los recursos necesarios para dar cumplimiento al objetivo del proceso, para organizar y planificar el presupuesto de la vigencia, implementando actividades para fortalecer la toma de conciencia sobre el SIG y adoptando, ajustando y actualizando los documentos de acuerdo con los lineamientos del SIG para dar así conformidad a los requisitos aplicables del numeral 7 “Apoyo”.

Se recomienda evaluar la forma en que se proporcionan los recursos necesarios para la implementación eficaz del sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos, teniendo en cuenta que se observaron algunas debilidades en los procesos de atención de peticiones, quejas y reclamos de los usuarios en las subdirecciones misionales y áreas de apoyo.

2.5 En relación con el numeral 8 de “Operación” el proceso planifica y adopta los documentos necesarios en el micrositio del SIG y en la página web de la entidad para evidenciar su cumplimiento. Dentro de estos últimos se destacan los seguimientos que se realizan a la publicación de resultados de las metas Plan de Desarrollo de la Entidad, y la actualización del Manual DES-MN-01 V5 entre otros.

2.6 Los procesos cuentan con sus respectivos indicadores de gestión, los reporta de acuerdo con la periodicidad y guarda la evidencia del reporte, realiza seguimiento constante al cumplimiento de las acciones propuestas en la vigencia para evitar desviaciones y apoya las solicitudes realizadas, informando sobre la gestión del proceso, dando cumplimiento al numeral 9 de la norma “Evaluación del Desempeño”. No obstante, se presentan recomendaciones frente a la mejora frente a la inclusión, actualización y seguimiento de indicadores.

2.7 El SIG-UAESP establece las acciones necesarias para la mejora continua de acuerdo con las revisiones internas y documenta las acciones que son requeridas por observaciones y desviaciones que surgen de auditorías y seguimientos internos y externos, lo que evidencia el cumplimiento del numeral 10 de la norma “Mejora”. [Planes de mejoramiento | Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos -UAESP-](#)

3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS

Teniendo en cuenta la revisión de las evidencias aportadas y el análisis realizado por los auditores se puede resaltar entre otros aspectos los siguientes:

- El proceso de Direccionamiento Estratégico ha establecido los elementos necesarios para la implementación, puesta en marcha y mantenimiento del SIG de la Entidad.
- Se destaca la capacidad del equipo de profesionales del área de “Programas y Proyectos y Calidad” para dar soporte a la alta dirección en los seguimientos de los

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

elementos estratégicos y en la aplicación de metodologías para mantener actualizadas las cifras en materia de “Planes y proyectos” y el “estado, actualización y mantenimiento del SIG”, reflejado en el seguimiento permanente a través del CIGD y la actualización de normas, procedimientos y manuales que permiten garantizar la efectividad del componente “Ambiente de control” del Modelo Estándar de Control Interno. – MECI.

- Se destaca el proceso de seguimiento adelantado por la firma ICONTEC, el cual se realizó durante el primer semestre de 2025, el cual obtuvo un resultado satisfactorio, con lo cual es evidente el trabajo y el compromiso de funcionarios y contratistas para atender este tipo de actividades de evaluación y mejora.
- Las auditorías evidencian que los procesos de la UAESP mantienen conformidad general con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, en especial en los numerales 4 (Contexto de la organización), 5 (Liderazgo) y 6 (Planificación), reflejando una gestión alineada con los principios de calidad, el MIPG y el MECI. No obstante, se identificaron brechas recurrentes en la implementación y seguimiento de actividades asociadas a los numerales 7 (Apoyo), 8 (Operación) y 9 (Evaluación del desempeño), especialmente en materia de control documental, tratamiento de riesgos, actualización de procedimientos, indicadores y reporte oportuno de información.

4. OBSERVACIONES

Diligenciar solo si corresponde a una auditoria de aseguramiento o de ley, de lo contrario N/A.

Tabla 2 - Observaciones de la auditoría

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN
	N/A	

5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS

Diligenciar solo si corresponde a una auditoria de sistemas de gestión, de lo contrario N/A.

Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas

Teniendo en cuenta los distintos informes de auditoría a cada uno de los 16 procesos que hacen parte del sistema de Gestión de la entidad, se consolidan las siguientes no conformidades por proceso:

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
1	Gestión Integral de Residuos	Durante la revisión de las 12 metas del Plan de Desarrollo Distrital 2024–2027 con corte al 30 de junio de 2025, se evidenció que cuatro de ellas están directamente relacionadas con el proceso de “Gestión Integral de	4.4.1 literal g

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

		Residuos”, las cuales presentan un bajo nivel de cumplimiento. Esta situación refleja debilidades en la implementación y control de los mecanismos de seguimiento y ajuste de la planeación operativa, lo que limita la capacidad del proceso para adoptar acciones correctivas oportunas y asegurar el cumplimiento de los resultados planificados, afectando la confianza institucional en la eficacia del sistema de gestión y el logro de los objetivos estratégicos misionales, incumpliendo así lo establecido en el numeral 4.4.1 literal g de la norma ISO 9001:2015.	
2	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Durante la auditoría se identificó que, aunque el proceso contempla un mecanismo para gestionar el riesgo de pérdida de conocimiento estratégico y memoria institucional “posibilidad de pérdida de conocimiento estratégico y memoria institucional, debido a debilidades en su identificación y desactualización en la documentación del conocimiento tácito de funcionarios y contratistas”, este no ha sido implementado desde el inicio ni con la periodicidad requerida. Esta situación limita la eficacia del control establecido, afecta la gestión del conocimiento, comprometiendo la disponibilidad de información crítica en escenarios de rotación de personal o finalización de contratos.	6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades
3	Participación Ciudadana	Se evidenció que el proceso de Participación Ciudadana no realiza ni conserva las actas correspondientes a los espacios de capacitación que deben llevarse a cabo de manera trimestral, según lo establecido en la planificación de riesgos del proceso. Asimismo, no se implementa un sistema de consecutivo que permita el control y trazabilidad de dichas actas. Esta situación impide realizar un seguimiento efectivo a las acciones de capacitación y a la gestión del riesgo asociado, incumpliendo lo dispuesto en la norma respecto a la necesidad de planificar e implementar acciones para abordar riesgos y oportunidades.	6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades
4	Gestión de las Comunicaciones	Se evidencia los siguientes riesgos sin estar en la matriz de riesgos de la plataforma de la UAESP, referente a la NTC 9001 de 2015: 1. Transporte, y seguridad en el traslado de equipos de comunicación. 2. Almacenamiento de la información. 3. Ausencia de equipos y los reels sin archivo.	6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades
5	Gestión de Apoyo Logístico	Durante las entrevistas realizadas a los integrantes del proceso, se evidenció que no todos los miembros del equipo tienen conocimiento sobre los documentos y elementos que conforman el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), tales como la política de	7.3 Toma de conciencia

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

		calidad, los objetivos de calidad y otros elementos del Sistema Integrado de Gestión. Por lo tanto, se requiere reforzar las acciones de capacitación y sensibilización dirigidas al equipo de trabajo, con el fin de fortalecer el conocimiento y apropiación de los lineamientos del sistema, asegurando que todos los integrantes comprendan su rol dentro del marco del MIPG y contribuyan activamente a su implementación.	
6	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Durante las entrevistas realizadas a los integrantes del proceso, se evidenció que no todos los miembros del equipo tienen conocimiento sobre los documentos y elementos que conforman el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), tales como la política de calidad, los objetivos de calidad y otros elementos del Sistema Integrado de Gestión. Por lo tanto, se requiere reforzar las acciones de capacitación y sensibilización dirigidas al equipo de trabajo, con el fin de fortalecer el conocimiento y apropiación de los lineamientos del sistema, asegurando que todos los integrantes comprendan su rol dentro del marco del MIPG y contribuyan activamente a su implementación.	7.3 Toma de conciencia
7	Gestión de las Comunicaciones	No se han realizado ni documentado ni participado ni gestionado acciones ni socializaciones y actividades de divulgación de los elementos estratégicos del SGC para que las personas tomen conciencia de las consecuencias de incumplir los requisitos del sistema de gestión de calidad.	7.3 Toma de conciencia
8	Participación Ciudadana	Se constató que no existen evidencias documentadas que soporten la realización o participación del proceso en socializaciones y actividades de divulgación relacionadas con los elementos estratégicos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC). Esta situación limita la toma de conciencia del personal frente a la importancia del cumplimiento de los requisitos del sistema y de los impactos derivados de su incumplimiento.	7.3 Toma de conciencia
9	Gestión de Talento Humano	Se evidenció que los procedimientos “GTH-PC-04 V4 Permisos, Licencias y Otras Situaciones Administrativas”, “GTH-PC-17 V1 Beneficios a empleados a largo plazo” y “GTH-PC-25 V1 Prácticas laborales UAESP” se encuentran desactualizados, lo que representa un incumplimiento del control de la información documentada, según lo establecido en el numeral 7.5 de la norma ISO 9001:2015.	7.5 Información documentada
10	Gestión de las	Se evidencia ausencia y falta de organización en los diferentes formatos, sin contar con un archivo que asegure y garantice la operación de los procesos, lo cual impide	7.5 Información documentada

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

	Comunicaciones	realizar un control adecuado sobre la entrada y salida de dichos registros. Esta situación limita la posibilidad de generar estadísticas confiables y de medir la eficacia del proceso de divulgación, en contravención de lo establecido en la NTC ISO 9001:2015, cláusula 7.5 (información documentada) así como la ausencia del archivo de gestión compromete la integridad, disponibilidad y accesibilidad de la información documentada.	
11	Gestión de las Comunicaciones.	Custodia del formato “Autorización de uso de imagen” (GCO-FM-04 V1): Se evidencia no conformidad en el proceso de archivo y custodia del formato de autorización de uso de imagen, toda vez que los soportes son cargados y almacenados en carpetas denominadas “videos” o en discos duros externos sin un sistema formal de control ni medidas de seguridad. Esta práctica expone la información a riesgos de pérdida, alteración o acceso no autorizado, incumpliendo lo señalado en la NTC ISO 9001:2015, cláusula 7.5.3.2 (protección, control de acceso y preservación de la información documentada).	7.5 Información documentada
12	Servicio al Ciudadano	Se evidenció que el procedimiento “ <i>SCI-PC-01 V7 – Servicio al Ciudadano</i> ” se encuentra desactualizado, lo cual puede generar inconsistencias en la ejecución de las actividades del proceso, lo que impide que el personal cuente con directrices vigentes y alineadas con los requisitos normativos, lo que puede afectar la eficacia del sistema de gestión de calidad.	7.5.2 Creación y actualización
13	Gestión Integral de Residuos	Al verificar las cifras correspondientes al cierre oportuno de las peticiones de la ciudadanía relacionadas con el proceso de Gestión Integral de Residuos Sólidos durante el primer semestre de 2025, se evidenció una recurrencia en el incumplimiento de los plazos establecidos en el artículo 14 de la Ley 1755 de 2015. Esta situación representa un riesgo reputacional para la Entidad y podría generar eventuales acciones sancionatorias por parte de los entes de control. En consecuencia, se determina que el proceso no dispone de mecanismos suficientes para asegurar el control y cumplimiento de los requisitos legales asociados a la provisión del servicio, configurando un incumplimiento del numeral 8.1 de la norma ISO 9001:2015.	8.1 Planificación y Control Operacional

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

14	Todos los procesos-GD	Se evidenció un avance insuficiente en la elaboración de los inventarios documentales mediante el Formato Único de Inventario Documental (FUID). A la fecha de la auditoría, no se tiene la totalidad de los inventarios correspondientes a cada una de las dependencias, según los expedientes entregados al archivo de gestión hasta el año 2021. Esta situación contraviene las directrices establecidas por el Archivo General de la Nación, que exige la elaboración completa y precisa de los inventarios como instrumento de control archivístico para garantizar la trazabilidad, conservación y recuperación de la información documental.	8.1 Planificación y Control Operacional
15	Gestión de Apoyo Logístico	Durante la revisión del procedimiento GALO-PC03 “Administración y Manejo de Inventarios”, se evidenció que, aunque se menciona un “programa de inventario continuo”, no se define su periodicidad, y en la práctica los inventarios se realizan de forma aleatoria y no en todas las dependencias, lo que contradice lo establecido en el procedimiento. Al verificar el reporte vigente se encontraron inconsistencias como funcionarios retirados con bienes asignados y registros de funcionario asociados a dos subdirecciones. La causa obedece a la falta de una periodicidad formal y mecanismos de seguimiento definidos. Como efecto, el inventario no refleja la realidad física de los bienes, afectando la trazabilidad, confiabilidad y control del patrimonio institucional.	8.5.1 Control de la producción y provisión del servicio
16	Gestión de Apoyo Logístico	Durante la revisión de la matriz de riesgos del proceso, se identificó el riesgo denominado: “Posibilidad de afectación económica, sanciones administrativas, penales o fiscales por pérdidas de bienes de propiedad de la entidad, debido a la falta de responsabilidad de la persona, supervisor o en quien recae la custodia de estos, por incumplimiento de los procedimientos.” Al revisar el control que es el reporte de inventario o movimiento como esta descrito en el control, se encontró que existen funcionarios retirados que aún figuran con bienes asignados a su nombre, lo cual representa una posible pérdida de activos institucionales y una debilidad en la trazabilidad y control de los bienes. Esta situación evidencia que, aunque los controles y acciones definidos en la matriz de riesgos han sido	8.5.1 Control de la producción y provisión del servicio

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

		implementados, no están resultando eficaces para mitigar adecuadamente el riesgo identificado.	
17	Servicios Funerarios	Se evidenció que el proceso no cuenta con indicador de gestión alguno, debidamente registrado en el micrositio del SIG y así mismo la falta de reporte en el seguimiento de este, con lo cual se verifica la no conformidad respecto al numeral 9 de la norma “Evaluación del Desempeño” y la inobservancia del procedimiento <i>DES-PC-08 V12 Indicadores de Gestión</i> .	9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación
18	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Durante la auditoría se evidenció que, aunque el proceso cuenta con tres indicadores definidos (Actualización de Información Estadística, Gestión de la Información Estadística – GIE, y Retos Institucionales – RI UAESP), no se dispone de una programación anual formalizada que permita verificar su cumplimiento ni realizar un seguimiento sistemático. Además, se observó que solo el indicador RI UAESP presenta reporte correspondiente al mes de junio, a pesar de tener periodicidad mensual, mientras que los demás indicadores no cuentan con registros que evidencien su medición en los periodos establecidos. Esta situación afecta el cumplimiento de los requisitos relacionados con el seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño de los procesos, así como la planificación para alcanzar los objetivos de calidad, dificultando la toma de decisiones basada en evidencia y promover la mejora continua.	9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación
19	Gestión de las Comunicaciones.	No se evidencian indicadores que permiten el análisis y evaluación del desempeño del proceso GCO-PC-01 V5 Relaciones interinstitucionales y eventos. En el SGI.	9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación
20	Participación Ciudadana	No se evidenció la consolidación ni el análisis integral de los indicadores del proceso, lo que impide determinar de manera objetiva el grado de cumplimiento de los objetivos de gestión y la eficacia del proceso de Participación Ciudadana. La falta de análisis dificulta la toma de decisiones basada en evidencia	9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación
21	Servicio al Ciudadano	Se evidenció que la línea PBX 3480400, aunque tiene un menú definido no está actualizado conforme a la ubicación de la sede principal actual; al realizar una llamada de verificación a extensión No. 6 (Servicio al Ciudadano-PQRS) cuya respuesta es “ <i>No hay agentes disponibles</i> ”. En el desarrollo de la auditoria se indagó a la líder del proceso por el servicio en la atención a línea, a lo que manifestó “ <i>que esa línea no servía, que la atención vía telefónica se realizaba a través de la línea #195</i> ”, sin que	9.1.2 Satisfacción al Cliente

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

		esta información esté claramente comunicada al usuario. Esto afecta la accesibilidad y la confianza en el servicio.	
22	Gestión de las Comunicaciones	No se evidencian formatos de Acciones correctivas y de mejora ni evidencias de cumplimiento.	10.2. Formato de Acciones correctivas y de mejora.

6. CONCLUSIONES

La Auditoría Interna realizada entre septiembre y octubre de 2025 a los 16 procesos que integran el Sistema de Gestión de la Calidad de la UAESP permitió evaluar el nivel de conformidad frente a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, determinando la madurez, eficacia y capacidad del sistema para asegurar la calidad de los servicios prestados por la Entidad.

Los resultados evidencian que la UAESP mantiene un nivel de cumplimiento adecuado con los requisitos de la norma, especialmente en los numerales 4 (Contexto), 5 (Liderazgo) y 6 (Planificación). La entidad cuenta con mecanismos definidos para la identificación del contexto organizacional, la articulación con el MIPG y el MECI, la gestión de riesgos, y la claridad en roles, responsabilidades y compromisos institucionales. Se resalta el apoyo de la alta dirección y el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión a través del seguimiento estratégico, la revisión por la dirección y la atención satisfactoria al seguimiento del ente certificador.

No obstante, se identifican brechas significativas que requieren atención prioritaria. Entre las más relevantes se encuentran debilidades en la gestión de la información documentada (numeral 7.5), la toma de conciencia institucional (7.3) y la planificación y control operacional (8.1), reflejadas en procedimientos desactualizados, ausencia de registros esenciales, controles insuficientes, y demoras recurrentes en procesos misionales como la atención a PQRS en Gestión Integral de Residuos. Asimismo, varios procesos presentan inconsistencias en indicadores, seguimiento y medición del desempeño (numeral 9), incluyendo ausencia de programación, falta de reportes y limitaciones para evaluar la eficacia de la gestión.

Se identificaron también no conformidades asociadas a riesgos no gestionados, deficiencias en inventarios, incumplimientos de requisitos legales en tiempos de respuesta al ciudadano, falta de trazabilidad en el manejo de bienes, ausencia de lineamientos formales en procesos operativos y debilidades en la captura y preservación del conocimiento institucional. Estos hallazgos impactan directamente la eficacia del sistema y representan riesgos operativos, reputacionales y de transparencia.

En términos generales, el análisis permite concluir que la UAESP cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad funcional, estructurado y orientado a la mejora continua. Sin embargo, para asegurar su sostenibilidad y fortalecer su preparación ante la auditoría de certificación 2026, se recomienda a la alta dirección priorizar:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- La actualización y control de la información documentada.
- El fortalecimiento del talento humano, especialmente en procesos misionales.
- La estandarización de lineamientos operativos críticos.
- La consolidación del seguimiento a indicadores y la evaluación del desempeño.
- El fortalecimiento frente a la gestión de riesgo desde el cumplimiento de los lineamientos internos para su gestión.
- La implementación oportuna de acciones correctivas derivadas de las no conformidades.

El cumplimiento oportuno de estas recomendaciones permitirá robustecer el SIG-UAESP, garantizar la calidad del servicio público y asegurar la continuidad de la certificación ISO 9001:2015 en la vigencia 2026.

7. RECOMENDACIONES

Tabla 4 - Recomendaciones por proceso

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
1	Direccionamiento Estratégico	La UAESP debe determinar si el cambio climático es un factor relevante para su contexto organizacional, en tal sentido, es necesario que determine la forma cómo el cambio climático afecta su operación, a sus partes interesadas y a la continuidad de sus servicios, para poder desarrollar estrategias de mitigación y adaptación. Lo anterior, conforme la "adenda de cambio climático" emitida por la ISO en febrero de 2024 que requiere que las organizaciones incorporen el efecto del cambio climático en sus sistemas de gestión. Si la organización determina cuestiones pertinentes relacionadas con el cambio climático, éstas deberán abordarse en el marco del Sistema de Gestión, lo que implica la determinación de riesgos y oportunidades, la planificación de cambios en el Sistema de Gestión, cambios en el alcance o abordar los requisitos

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
		relacionados dentro de los demás requisitos del Sistema de Gestión.
2	Direccionamiento Estratégico	La alta dirección requiere orientar con prontitud el proceso contractual de la Entidad para darle continuidad al trámite de peticiones, quejas y reclamos, conforme a los lineamientos de la Ley 1755 de 2015.
3	Alumbrado Público	Se encuentra que la supervisión a cada una de las actividades contratadas a la Interventoría para el servicio de alumbrado público se realiza a través de un documento denominado “INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN A CONTRATOS ALUMBRADO PÚBLICO” que no hace parte del Sistema Integrado de Gestión. Por lo que se sugiere evaluar junto con el líder del proceso y con la Oficina Asesora de Planeación la posibilidad de incluirlo dentro del sistema y determinar su pertinencia y diferenciación respecto al Informe mensual supervisión y control de Alumbrado Público.
4	Gestión Financiera	Fortalecer el control sobre los formatos de conciliación, procurando que en un único documento se integren las firmas de los responsables (Tesorero y Presupuesto) para asegurar la trazabilidad y validación del registro conforme al numeral 7.5 de la norma ISO 9001:2015, relativo al control y aprobación de la información documentada.
5	Gestión Integral de Residuos	Fortalecer la gestión de riesgos, evaluando la inclusión de un riesgo de gestión respecto de la atención oportuna y cumplimiento normativo frente a los temas de atención al ciudadano, aspectos misionales y de seguimiento, por falta de personal, lo que puede ocasionar demoras o retraso en el cumplimiento metas y objetivos institucionales.
6	Gestión Integral de Residuos	Verificar en coordinación con el proceso de Direccionamiento Estratégico, la forma como se orienta la implementación y documentación de la enmienda de “Cambio Climático” de la norma ISO 9001, aprobada el 23 de Febrero de 2024 ya que se debe introducir requisitos sobre cambio climático. Las UAESP debe evaluar el impacto y las partes interesadas. Se busca mitigar los efectos del cambio climático en la calidad de los productos y servicios.
7	Gestión Integral de - Residuos	Verificar las incidencias recurrentes del indicador de Calidad del efluente del Sistema de Tratamiento de Lixiviados, con el fin de conminar al operador del RSDJ a

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
		que cumpla los términos de calidad de los lixiviados productos de la operación.
8	Gestión Disciplinaria interna	Implementar un formato donde se evidencie el cumplimiento de la obligación de confidencialidad o de reserva legal y/o contractual a favor de la UAESP, donde todos los integrantes del grupo de la OCDI suscriban un acuerdo de confidencialidad, toda vez que el área debe guardar absoluta reserva de todos los asuntos que con ocasión al cargo o contrato sean de conocimiento para efecto del ejercicio de la actividad disciplinable
9	Servicios Funerarios	Revisar y actualizar la Matriz de formulación de requisitos del servicio Subvenciones Funerarias, en lo relacionado con los tipos y descripción de servicios a costo cero (0), y su correspondiente matriz de seguimiento de servicios no conformes.
10	Gestión de Apoyo Logístico	Se recomienda establecer un mecanismo de articulación entre los procesos de Talento Humano, TIC, Planeación y, de ser necesario, la Subdirección de Asuntos Legales, con el fin de revisar y actualizar el procedimiento GTH-IN-03 “Instructivo para la Gestión de Paz y Salvo”. Esta revisión debe enfocarse en cerrar brechas que han generado inconsistencias en el reporte de inventarios, como la permanencia de bienes asignados a funcionarios retirados, evidenciando la necesidad de fortalecer la trazabilidad en la entrega y devolución de activos. La implementación de esta recomendación permitiría mejorar el control de bienes institucionales, reducir riesgos asociados a su pérdida y asegurar la integridad de la información registrada
11	Gestión de Apoyo Logístico	Se recomienda al proceso incorporar en el registro de recorridos vehiculares un apartado que documente las solicitudes no atendidas, especificando causas y frecuencia. Esta información permitiría evaluar de forma más completa el desempeño del proceso, identificar brechas operativas, generar alertas sobre necesidades de recursos y mejorar la planificación, contribuyendo a la satisfacción del cliente interno. La implementación de este ajuste fortalecerá la trazabilidad, la toma de decisiones basada en datos y la mejora continua.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
12	Gestión de Apoyo Logístico	Se recomienda establecer controles sistemáticos que permitan verificar la coherencia entre lo facturado y los soportes físicos reportados, con el fin de prevenir cobros no justificados y asegurar la integridad de la información. La implementación de esta medida fortalecería el control financiero y operativo del proceso, mejoraría la trazabilidad de los consumos y contribuirá a la toma de decisiones basada en datos confiables.
13	Gestión de Apoyo Logístico	Se recomienda formalizar y documentar los lineamientos operativos para la administración y asignación de vehículos, asegurando su alineación con la misionalidad institucional, su difusión a las áreas involucradas y el cumplimiento de la normativa vigente y demás disposiciones sobre racionalización del uso de vehículos oficiales. Esta acción permitirá estandarizar el proceso, mejorar la transparencia en el uso de recursos y fortalecer el sistema de gestión de calidad.
14	Gestión del Conocimiento y la Innovación	se recomienda al proceso de Innovación y Conocimiento fortalecer sus estrategias de articulación institucional mediante la conformación de mesas de trabajo colaborativo con participación de todas las subdirecciones y oficinas, y el acompañamiento de la Dirección General. Estas mesas deben promover el compromiso con la generación, reporte y uso de información estratégica, como los tableros estadísticos, para consolidar la memoria institucional y mejorar la medición del desempeño
15	Gestión del Conocimiento y la Innovación	se recomienda formular un documento de planeación estratégica del proceso que integre de forma clara las actividades a desarrollar, responsables, recursos requeridos y mecanismos de seguimiento y evaluación. Este documento podría contemplar una programación anual y, preferiblemente, una proyección a mediano plazo (cuatrienio), con el fin de asegurar la trazabilidad, continuidad y mejora de las acciones del proceso.
16	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Se recomienda desarrollar un lineamiento vinculante que defina mecanismos formales para la captura, registro y difusión del conocimiento generado en dichos espacios, mediante formatos estandarizados, repositorios digitales o espacios de retroalimentación. Esta estrategia fortalecería la gestión del conocimiento, facilitaría su integración en los procesos institucionales y contribuirá a la mejora continua.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

8. APROBACIÓN

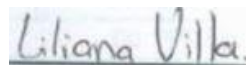
Sandra
Beatriz
Alvarado
Salcedo

Firmado
digitalmente por
Sandra Beatriz
Alvarado Salcedo
Fecha: 2025.10.31
19:10:06 -05'00'

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Jefe Oficina de Control Interno



Óscar Javier Hernández Serrano
Auditor Líder – OCI



Carmen Liliana Villa Reina
Auditor Líder - OCI

FECHA 31-10-2025