

MEMORANDO

Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20251100083103**

Página 1 de 1

Bogotá D.C., 31 de Octubre de 2025

PARA: YULI MARCELA TORO PASCAGAZA
Oficina Asesora de planeación

DE: Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe Auditoría Interna Sistema Gestión Calidad – Procesos Direcccionamiento - Estratégico, Gestión del Conocimiento y la Innovación y Participación Ciudadana

Respetada Doctora Yuli Marcela.

En cumplimiento de la Auditoría interna al Sistema de Gestión de Calidad bajo los parámetros de la Norma técnica Colombiana ISO 9001:2015, por medio de la presente se remite el informe de auditoría de los procesos a su cargo.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta auditoría, es necesario revisar las No Conformidades, Observaciones y Recomendaciones con el fin de establecer y documentar en el plan de mejoramiento interno, las acciones correctivas o de mejora que den lugar sobre el enfoque del Autocontrol.

Para la elaboración del plan de mejoramiento se deben seguir los lineamientos establecidos en el procedimiento “ECM-PC-03 V10 Planes de mejoramiento” y remitirlo a la Oficina de Control Interno dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación del informe de auditoría. En caso de requerir apoyo para su elaboración, el equipo auditor estará disponible para orientar dicho proceso.

Agradecemos la disposición y colaboración frente a este ejercicio.

Cordialmente,

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Fecha: 2025.11.04 23:54:34 -05'00'

SANDRA BEATRIZ ALVARADO SALCEDO

Jefe Oficina Control Interno

e-mail: Sandra.alvarados@uaesp.gov.co

Anexos: Informes de Auditoria

Elaboró: Carmen Liliana Villa Reina – PU (e) Oficina de Control Interno

Oscar Javier Hernández – PE - Oficina de Control Interno

Revisó y Aprobó: Sandra Beatriz Alvarado Salcedo – Jefe Oficina de Control Interno

Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos

Cra 10 No. 17-72 L-119

PBX: (+57) 601 358 0400

www.uaesp.gov.co

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	6
7. RECOMENDACIONES.....	7
8. APROBACIÓN.....	7

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	7

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
INFORME	Auditoría Interna NTC ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad – Proceso Direccionamiento Estratégico
PROCESO, PROCEDIMIENTO	Proceso Direccionamiento Estratégico
RESPONSABLE O AUDITADOS	Luz Mary Palacios
OBJETIVO	Verificar el cumplimiento de los requisitos ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad e identificar oportunidades de mejora para fortalecer el proceso de Direccionamiento Estratégico.
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>Auditor</i> Óscar Javier Hernández Serrano <i>Observador:</i> Diana Patricia Vargas García
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

La verificación de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad del proceso de Direccionamiento Estratégico de la UAESP, se realizó el día 09 de octubre de 2025 en la sala de juntas de la Oficina Asesora de Planeación de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP y fue atendida exclusivamente por la funcionaria Luz Mary Palacios.

Como se indicó en la reunión de apertura del día 25 de septiembre, fecha en la cual se ratificó el Plan de Auditoria, La planeación de la entrevista al proceso Direccionamiento Estratégico se desarrolló entre el 06 y el 10 de octubre, tiempo en el cual el auditor pudo consultar la información estratégica de la entidad, los datos relacionados al proceso a auditar vigentes y publicados en el Micrositio del SIG.

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.

Durante la entrevista la auditada hizo un esquema de organización del proceso de “Direccionamiento Estratégico”, seguidamente se respondieron cada una de las preguntas programadas en la lista de chequeo y presentando la evidencia para la verificación de los requisitos de la norma aplicables al proceso y se finalizó haciendo énfasis en el informe de Revisión por la Dirección 2024, el procedimiento DES-PC-01 V6 - Control de las Salidas no conformes y se indago por el tema relacionado con el cumplimiento y el liderazgo para la consecución de las metas Plan de Desarrollo 2024-2027.

A continuación, se presentan de manera general los principales resultados frente a los aspectos auditados de la norma 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 deben tener con los grupos de interés identificados y priorizados, con el fin de garantizar una gestión sostenible que cree valor social,

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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 mejorar continuamente del sistema de gestión de la calidad, demostrado en 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 y liderada en forma anual por la Oficina Asesora de Planeación. -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;

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

Finalmente, es posible evidenciar la continua socialización de la Política del SIG de la Entidad, actividad que en forma recurrente es verificada en las actas de revisión por la dirección que se desarrollan en forma anual y que pueden ser consultadas en el link anterior.

2.3 El proceso ha gestionado los controles para abordar los riesgos con su respectivo plan 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”.

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%20compartidos%2FSEGUIMIENTO%20A%20RIESGOS%202025&p=true&ct=1760547481533&or=OWA%2DNT%2DMail&cid=bfd6bda2%2D241e%2D28d0%2D6362%2D8e76fe8b1fbb&ga=1&LOF=1>;

2.4 La organización y el proceso gestionan los recursos necesarios para dar cumplimiento al objetivo del proceso, para organizar y planificar el presupuesto de la vigencia, implementar 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 por parte de la alta dirección la forma en que proporcionan las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos, teniendo en cuenta que los procesos contractuales necesarios para la operación de los diversos procesos misionales y de apoyo, solo se desarrollaron hasta el mes de mayo, con lo cual se observaron algunas debilidades en los procesos de atención de peticiones, quejas y reclamos de los usuarios en las subdirecciones misionales de Recolección, Barrido y Limpieza y la de Aprovechamiento.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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, la actualización del Manual DES-MN-01 V5 entre otros.

2.6 El proceso cuenta con un indicador de gestión, lo 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”.

2.7 El proceso 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”. Así mismo, se evidencia cumplimiento de directrices en relación con los planes de mejora de la Entidad, a través del seguimiento que se desarrollan sobre el tema en los Comités de Gestión y Desempeño y en los seguimientos que se evidencian en los Comités de Coordinación del Sistema de Control Interno desarrollados a lo largo de esta vigencia.

3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS

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

- El proceso de Direccionamiento Estratégico ha establecido los elementos necesarios para la implementación, puesta en marcha y mantenimiento del SIG de la Entidad.
- 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 elementos estratégicos y en la aplicación de metodologías precisas 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, con un resultado satisfactorio, siendo evidente el trabajo y el compromiso de funcionarios y contratistas para atender este tipo de actividades de evaluación y mejora.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
	N/A		

6. CONCLUSIONES

El análisis realizado permite evidenciar que la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos mantiene un nivel de cumplimiento adecuado frente a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, demostrando la consolidación de su Sistema Integrado de Gestión a través de la planeación, ejecución, seguimiento y mejora continua de sus procesos. Se observó el compromiso de la alta dirección y del equipo responsable en la implementación de acciones orientadas a la eficacia del sistema, así como el fortalecimiento de los mecanismos de evaluación y control. En este sentido, se considera pertinente continuar con las actividades encaminadas a la sostenibilidad y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad, promoviendo la participación de los procesos y garantizando la preparación institucional para la renovación de la certificación vigente.

No obstante, se recomienda a la alta dirección continuar fortaleciendo la provisión oportuna de recursos necesarios para garantizar la operación eficaz de los procesos misionales y de apoyo, en especial aquellos relacionados con la atención al ciudadano. Este esfuerzo permitirá afianzar la sostenibilidad del Sistema de Gestión de la Calidad y asegurar la preparación institucional para la auditoria de ente de certificación durante la vigencia 2026.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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 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.

8. APROBACIÓN

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Fecha: 2025.10.31 19:10:57 -05'00'

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Jefe Oficina de Control Interno



Óscar Javier Hernández Serrano
Auditor Líder



Diana Patricia Vargas García
Auditor Observador

FECHA 31-10-2025

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA	2
2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA	2
3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS	4
4. OBSERVACIONES.....	5
5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS	5
6. CONCLUSIONES	6
7. RECOMENDACIONES.....	7
8. APROBACIÓN.....	11

Lista de Tablas

Tabla 1- Información de la auditoria.....	2
Tabla 2 - Observaciones de la auditoría	5
Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas.....	5
Tabla 4 - Recomendaciones por proceso	7

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
INFORME	Auditoría Interna NTC ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad – Proceso Gestión del Conocimiento y la Innovación
PROCESO, PROCEDIMIENTO	Gestión del Conocimiento y la Innovación
RESPONSABLE O AUDITADOS	Kelly Johanna Ávila Ravelo, Sergio Oswaldo Cajias Lizcano y Oscar Jovany Nadjar Jaramillo
OBJETIVO	Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma NTC-ISO-9001:2015.
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
PERIODO DE EJECUCIÓN	Septiembre – Octubre 2025
EQUIPO AUDITOR	María Carolina Camacho Gamboa
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA	• Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 • Modelo Integrado de Planeación y Gestión • Modelo Estándar de Control Interno • Micrositio del SIG • Evidencia de cumplimiento de los procedimientos y registros de uso de los formatos.

2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA

La planeación de las entrevistas a los procesos se desarrolló entre el 29 de septiembre y el 10 de octubre, tiempo en el cual el 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 del proceso de Gestión del Conocimiento y la Innovación de la UAESP, se realizó el día 03 de octubre de 2025 en las instalaciones de la Oficina Asesora de Planeación

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP. La entrevista de auditoría inició a las 10:00 a.m. y finalizó a las 12:30.

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.

Durante la entrevista los auditados fueron respondiendo cada una de las preguntas programadas en la lista de chequeo y presentando la evidencia para la verificación de los requisitos de la norma aplicables al proceso y las evidencias adicionales requeridas fueron solicitadas al correo electrónico para guardar la trazabilidad de la comunicación oficial.

A continuación, se presentan de manera general los principales resultados frente a los aspectos auditados de la norma así:

2.1 Se verificó que el proceso ha identificado sus partes interesadas, sus entradas y salidas, los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos, los indicadores y los documentos necesarios para el cumplimiento del objetivo del proceso. Como evidencia se cuenta con la caracterización y los documentos anexos cumpliendo así el Numeral 4 de la norma, En el contexto tanto interno como externo de la organización, donde se validaron como están trabajando en tendencias tecnológicas, cambios normativos, capacidades internas en la UAESP.

2.2 Al interior de la entidad y del proceso se tienen definidos los roles, responsabilidades, y se ha identificado el compromiso del responsable, del gestor y de los integrantes del proceso, lo que evidencia la conformidad del numeral 5 de la norma “Liderazgo con el compromiso de trabajar porque se propenda a la Innovación y mejorar el conocimiento de la entidad para la satisfacción de la ciudadanía y de los clientes internos de la Unidad”.

2.3 El proceso ha gestionado los controles para abordar los riesgos con su respectivo plan 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” sin embargo se debe realizar una revisión de los riesgos con el fin de mejorar los controles cerrando posibles brechas de pérdida de información.

2.4 La organización y el proceso gestionan los recursos necesarios para dar cumplimiento al objetivo del proceso, para organizar y planificar el presupuesto de la vigencia, implementar 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 realizan recomendaciones para este numeral en pro de mejorar la ya existente.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

2.5 Para dar cumplimiento a los requisitos aplicables al proceso descrito en el numeral 8 “Operación”, el proceso realiza la planificación y adopta los documentos necesarios en el micrositio del SIG. No obstante, se recomienda como oportunidad de mejora revisar el ajuste o la creación de documentos que contribuyan a preservar la información y el conocimiento generado por los funcionarios de la entidad (tanto personal de planta como contratistas), con el fin de evitar la pérdida de dicha información. Se evidenció que los documentos actuales se encuentran disponibles en la página web de la entidad. Para verificar su cumplimiento, se revisaron las evidencias correspondientes y se procedió a emitir las recomendaciones pertinentes.

2.6 El proceso cuenta con un indicador de gestión, lo 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”, sin embargo se recomienda revisarlos y ajustarlos con fin de poder hacer una mejor medición de la gestión del proceso.

2.7 El proceso 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”.

3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS

De acuerdo con la Auditoría Interna sobre la norma NTC ISO 9001:2015 y teniendo en cuenta la revisión de las evidencias aportadas como el análisis realizado por el equipo auditor se presentan de manera general las siguientes principales fortalezas:

- **Implementación de tableros estadísticos:** El proceso ha venido desarrollando mesas de trabajo orientadas a la creación de tableros estadísticos institucionales. Estos instrumentos permiten a la entidad visualizar de manera cuantitativa la gestión de cada subdirección, con especial énfasis en las subdirecciones misionales.
- **Compromiso con la mejora continua:** Se han ejecutado acciones concretas en el marco de la mejora continua, lo cual resulta fundamental para atender de manera integral las necesidades del proceso y fortalecer su desempeño.
- **Gestión de alianzas estratégicas:** El proceso ha promovido la articulación de alianzas público-privadas con universidades y empresas del sector privado. Estas colaboraciones han facilitado el fortalecimiento de capacidades y conocimientos del personal de la entidad, contribuyendo a la construcción conjunta de soluciones en las distintas áreas institucionales.
- **Fortalecimiento de la capacitación interna:** Se destaca la construcción e implementación de la plataforma NASA en la intranet institucional, la cual ofrece una

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

variedad de cursos disponibles para los funcionarios, promoviendo el desarrollo profesional y la gestión del conocimiento.

4. OBSERVACIONES

Tabla 2 - Observaciones de la auditoría

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN
	N/A	

5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS

Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
1	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.	Numerales: 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades. 7.1.6. Conocimiento organizacional 9.1.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación 10.3 Mejora continua
2	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	Numeral 9.1. Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

		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.	
3	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.	Numeral 7.3. Toma de conciencia

6. CONCLUSIONES

Como resultado de la auditoría interna, el equipo auditor evidenció que el proceso de Gestión del Conocimiento y la Innovación de la Unidad no cumple con algunos requisitos establecidos en la norma NTC ISO 9001:2015.

Si bien se han implementado diversas acciones y establecido alianzas orientadas a fortalecer la gestión del conocimiento y la innovación, estas no han sido suficientes para cubrir integralmente los lineamientos definidos en el marco del Sistema Integrado de Gestión (SIG). Esta situación impacta en el cumplimiento del objetivo del proceso, que consiste en el fortalecimiento de los registros administrativos y la mejora de la calidad de la información, elementos fundamentales para facilitar la toma de decisiones basada en evidencia.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

7. RECOMENDACIONES

Tabla 4 - Recomendaciones por proceso

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
1	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Durante la auditoría se evidenció que, aunque el proceso cuenta con una caracterización documentada, algunos elementos requieren actualización. Al solicitar los documentos asociados, se identificaron inconsistencias entre lo descrito en la caracterización y las prácticas actuales del proceso, lo que afecta la coherencia y trazabilidad de la información documentada. Se recomienda realizar una revisión integral de la caracterización del proceso, ajustando las entradas, actividades y salidas para reflejar con precisión la operación actual, incluyendo las mejoras implementadas. Esta acción contribuiría a fortalecer la gestión documental, asegurar la alineación entre la planificación y la ejecución, Esta corrección se asocia con los numerales: • 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos • 7.5 Información documentada • 10.3 Mejora continua
2	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Durante la revisión de la plataforma NASA, se evidenció la presencia de enlaces sin contenido y capacitaciones desactualizadas, lo cual puede generar desinformación y limitar el cumplimiento del objetivo principal de la herramienta: capacitar adecuadamente a los funcionarios de la entidad. En consecuencia, se recomienda al proceso responsable realizar una actualización integral de la información disponible en la plataforma, asegurando que los contenidos sean pertinentes, vigentes y accesibles. Esta acción es fundamental para garantizar una formación efectiva del personal, alineada con los objetivos institucionales y con los principios de mejora continua. Esta recomendación se encuentra alineada con los siguientes numerales de la norma ISO 9001:2015: • 7.1.6 Conocimiento organizacional. • 7.2 Competencia • 8.5.1 Control de la producción y provisión del servicio: • 10.3 Mejora continua

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

3	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Con el propósito de fortalecer el aprendizaje organizacional y la gestión del conocimiento, se recomienda robustecer la estrategia de difusión de la intranet institucional, con énfasis en la promoción y uso de la plataforma NASA. Esta herramienta debe posicionarse como un canal clave para el acceso a contenidos formativos, especialmente si se articula con el programa de capacitación del área de Talento Humano, integrando cursos alineados con las necesidades institucionales. Asimismo, se sugiere ampliar las alianzas estratégicas con instituciones académicas y organizaciones del sector privado para enriquecer los contenidos disponibles, e incorporar el uso de la plataforma NASA de forma sistemática en procesos de inducción, reinducción y formación continua. Estas acciones contribuirán a preservar el conocimiento organizacional, fortalecer la cultura institucional y mejorar la disponibilidad de información crítica. Esta recomendación se encuentra alineada con los siguientes numerales de la norma ISO 9001:2025: • 7.2 Competencia • 7.3 Conciencia • 7.4 Comunicación • 7.1.6 Conocimiento organizacional • 10.3 Mejora continua
4	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Durante la auditoría se evidenció que el proceso no cuenta con un documento institucional que establezca una planeación estructurada para el desarrollo de sus actividades. Esta planeación no está reflejada en los procedimientos ni en la caracterización del proceso, y el único documento identificado “Estrategia de Gestión Estadística” no cubre de manera integral las funciones relacionadas con la Gestión del Conocimiento y la Innovación. Por lo tanto, 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. Esta recomendación se asocia con los siguientes numerales de la norma ISO 9001:2015: • 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos • 6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

		• 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades: • 7.1.6 Conocimiento organizacional • 10.1 Mejora continua
5	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Con el objetivo de fortalecer la gestión documental y preservar el conocimiento organizacional, se sugiere establecer un mecanismo de control mediante lineamientos, mesas de trabajo conjuntas u otra estrategia que permita la articulación efectiva entre los procesos de Talento Humano y Asuntos Legales, con el acompañamiento de la Dirección. Esta articulación debe orientarse a la revisión, actualización y, en caso necesario, rediseño de los siguientes documentos: • GAL-MN-04 Manual de Supervisión e Interventoría • GTH-IN-03 Instructivo para la Gestión de Paz y Salvo • GCI-PC-02 Procedimiento de Gestión del Conocimiento • GTH-PC-04 Procedimiento de Permisos, Licencias y Otras Situaciones Administrativas En caso de que dichos documentos no respondan adecuadamente a las necesidades actuales de la entidad, se recomienda la creación de un nuevo instructivo o procedimiento que contemple no solo el control del inventario físico, sino también la preservación del conocimiento y la información generada diariamente por el personal de planta, contratistas y comisiones mixtas. Esta estrategia contribuirá a la consolidación del conocimiento organizacional y al fortalecimiento de la cultura institucional. Esta recomendación se encuentra alineada con los siguientes numerales • 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos • 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades • 7.1.6 Conocimiento organizacional • 7.5 Información documentada • 10.3 Mejora continua
6	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Durante la auditoría se identificó que el proceso no cuenta con un lineamiento estratégico formal que establezca la obligación de documentar y compartir el conocimiento adquirido en espacios como comisiones, congresos, simposios u otros eventos institucionales relacionados con la misionalidad. Esta ausencia ha generado dificultades en el acceso oportuno a información clave, ya que no se solicita ni se entrega de manera sistemática, lo que representa un riesgo para la conservación del conocimiento organizacional. Se recomienda desarrollar un lineamiento vinculante que defina mecanismos formales para la captura, registro y difusión del conocimiento generado en dichos espacios, mediante formatos

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

		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. Esta recomendación se encuentra alineada con los siguientes numerales: • 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos: • 7.1.6 Conocimiento organizacional • 7.4 Comunicación • 7.5 Información documentada • 10.3 Mejora continua
7	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Durante la auditoría se evidenció que el procedimiento GCI-PC-03 “Gestión de Información Estadística” presenta limitaciones en su implementación, ya que los avances registrados se restringen únicamente a la Subdirección de Disposición Final, sin contar con información proveniente de otras subdirecciones. Esta situación refleja debilidad en la articulación institucional, lo que afecta la consolidación de una visión integral del desempeño y limita la gestión efectiva del conocimiento. Por lo tanto, 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 Esta recomendación se encuentra alineada con los siguientes numerales de la norma ISO 9001:2015: • 5.1.1 Liderazgo y compromiso • 7.1.6 Conocimiento organizacional • 9.1.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación • 10.3 Mejora continua
		Durante la revisión de la gestión de riesgos del proceso, se evidenció la ausencia de un riesgo específico relacionado con la información, a pesar de que esta es altamente relevante para la Entidad y se gestiona a través de plataformas como el Drive del proceso y MOODLE-NASA. Esta omisión representa una situación crítica, ya que podría derivar en la pérdida, alteración o inaccesibilidad de datos estratégicos, afectando directamente la operación y la memoria institucional. En este contexto, se recomienda evaluar la inclusión de un riesgo específico que

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

8	Gestión del Conocimiento y la Innovación	contemple esta situación, incluyendo medidas preventivas y correctivas que aseguren la preservación, integridad y disponibilidad de la información. Adicionalmente, se sugiere revisar otros riesgos asociados, como posibles errores en la sistematización de los tableros estadísticos y la falta de controles efectivos para la conservación del conocimiento organizacional, en coherencia con los objetivos del proceso. Estas acciones contribuirían a fortalecer la gestión documental y minimizar impactos negativos en el desempeño del proceso. Esta recomendación se asocia con los siguientes numerales de la norma ISO 9001:2015: • 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades • 7.1.6 Conocimiento organizacional • 7.5 Información documentada • 8.1 Planificación y control operacional
9	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Se recomienda solicitar a la Oficina TIC la asignación de un espacio digital seguro para el resguardo de la información que se está generando desde las actividades de Gestión de la Información Estadística, considerando la cantidad, sensibilidad e importancia de los datos asociados a los proyectos de la Entidad. Esta medida busca garantizar la disponibilidad, integridad y protección de la información, así como facilitar su acceso y uso eficiente por parte de los actores involucrados. Esta recomendación se asocia con los siguientes numerales de la norma ISO 9001:2015: • 7.1.6 Conocimiento organizacional • 7.5, Información documentada

8. APROBACIÓN

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Fecha: 2025.10.31
1905643-05707

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Jefe(a) de Oficina de Control Interno

Maria Carolina Camacho Gamboa

Maria Carolina Camacho Gamboa
Profesional Universitario Subdirección de Disposición Final
Auditor

FECHA 31-10-2025

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	4
4.	OBSERVACIONES.....	5
5.	SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS.....	5
6.	CONCLUSIONES.....	6
7.	RECOMENDACIONES.....	6
8.	APROBACIÓN	7

Lista de Tablas

Tabla 1-	Información de la auditoria	2
Tabla 2 -	Observaciones de la auditoría	5
Tabla 3 –	Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas	5
Tabla 4 -	Recomendaciones por proceso	6

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
INFORME	Auditoría Interna NTC ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad – Proceso de Participación Ciudadana
PROCESO, PROCEDIMIENTO	Participación Ciudadana
RESPONSABLE O AUDITADOS	Yuli marcela Toro Pascagaza. Nancy Liliana Rojas Romero Alejandra Casallas
OBJETIVO	Verificar el cumplimiento de los requisitos ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad e identificar oportunidades de mejora para fortalecer el proceso Participación Ciudadana.
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
PERIODO DE EJECUCIÓN	Octubre – noviembre 2025
EQUIPO AUDITOR	John Fredy Aguirre Correa (JFAC)
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA	• Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 • Modelo Integrado de Planeación y Gestión • Modelo Estándar de Control Interno • Micrositio del SIG • Evidencia de cumplimiento de los procedimientos y registros de uso de los formatos.

2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA

La planeación de las entrevistas a los procesos se desarrolló entre el 01 y el 17 de octubre, tiempo en el cual el 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 del proceso de Participación Ciudadana de la UAESP, se realizó el día 06 de octubre de 2025 en las instalaciones de sala de reuniones la Oficina Asesora de Planeación de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP piso 21. La entrevista de auditoría inició a las 09:05 am y finalizó a las 12:10 m.

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.

Durante las entrevistas los auditados respondieron cada una de las preguntas programadas en la lista de chequeo y presentaron las evidencias para la verificación de los requisitos de la norma aplicable al proceso y las evidencias adicionales requeridas fueron solicitadas y remitidas al correo electrónico del auditor, con el fin de guardar la trazabilidad de la comunicación oficial y posterior disposición de esta en el repositorio de información dispuesto por la OCI.

A continuación, se presentan de manera general los principales resultados frente a los aspectos auditados de la norma así:

2.1 Se verificó que el proceso ha identificado sus partes interesadas, sus entradas y salidas, los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos, los indicadores y los documentos necesarios para el cumplimiento del objetivo del proceso. Como evidencia se cuenta con la caracterización y los documentos anexos cumpliendo así el Numeral 4 de la norma “Contexto de la organización”.

2.2 Al interior de la entidad y del proceso se tienen definidos los roles, responsabilidades, y se ha identificado el compromiso del responsable, del gestor y de los integrantes del proceso, lo que evidencia la conformidad del numeral 5 de la norma “Liderazgo”. Se recomienda la participación activa del líder del proceso tanto en su inicio como en la finalización de las auditorías.

2.3 El proceso ha gestionado los controles para abordar los riesgos con su respectivo plan de manejo y también cuenta con los documentos necesarios para cumplir con las necesidades y expectativas de las partes interesadas, no obstante, se evidencia no conformidad por no llevar a cabo las acciones contempladas para asumir los riesgos asociados. De conformidad al numeral 6 “Planificación”.

2.4 No se evidencia el proceso que gestionan los recursos necesarios para dar cumplimiento al objetivo del proceso, para organizar y planificar el presupuesto de la vigencia, implementar actividades para fortalecer la toma de conciencia sobre el SIG, con el fin de adoptar, ajustar y

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

actualizar los documentos de acuerdo con los lineamientos del SIG para dar así conformidad a los requisitos aplicables del numeral 7 “Apoyo”.

2.5 Para dar cumplimiento a los requisitos aplicables al proceso del numeral 8 “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. Sin embargo, en el desarrollo de la auditoría se evidenció que, el modelo de relacionamiento evidenciado en la página web se encuentra desactualizado, por lo que es necesaria una corrección a dicho proceso.

2.6 El proceso cuenta con tres indicadores de gestión, realiza seguimiento constante al cumplimiento de las acciones propuestas en la vigencia para evitar desviaciones y apoya las solicitudes realizadas, no obstante, no se logró evidenciar la sumatoria del análisis de los indicadores para cada proceso de acuerdo con el numeral 9 de la norma “Evaluación del Desempeño”.

2.7 El proceso 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”.

3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS

De acuerdo con la Auditoría Interna en la norma NTC ISO 9001:2015, teniendo en cuenta la revisión de las evidencias aportadas y el análisis realizado por el auditor se presentan de manera general las siguientes principales fortalezas:

- Se evidencia el cumplimiento de los compromisos estipulados en las mesas técnicas de Participación Ciudadana, lo que refleja un compromiso sólido por parte de la institución para fomentar la inclusión y el diálogo.
- **Compromiso institucional con la gestión de la calidad:**
- Se evidencia disposición del personal del proceso de Participación Ciudadana para la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), demostrando conocimiento de los objetivos y comprensión de su aporte al cumplimiento de estos (Cláusula 5.1 y 7.3 de la NTC ISO 9001:2015).
- **Identificación y gestión de partes interesadas:**
- El proceso cuenta con la identificación actualizada de sus partes interesadas, sus necesidades y expectativas, así como de las entradas, salidas y recursos requeridos, cumpliendo con el enfoque basado en procesos (Cláusula 4.4 de la norma).
- **Definición clara de objetivos y alineación con la planeación estratégica:**
- Los objetivos del proceso se encuentran formulados en coherencia con la misión institucional y los objetivos estratégicos, evidenciando cumplimiento del requisito 6.2 “Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos”.
- **Cumplimiento de los requisitos legales y normativos aplicables:**
- Se observó que el proceso mantiene un cumplimiento satisfactorio de los requisitos normativos y contractuales asociados a su ámbito de acción, asegurando la integridad y confiabilidad de sus resultados (Cláusula 8.2).
- **Participación en la mejora continua:**

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- El equipo del proceso muestra apertura a la identificación de oportunidades de mejora y participación en las auditorías internas, lo cual fortalece la cultura de calidad y el principio de mejora continua (Cláusula 10.3).
- Comunicación efectiva entre las áreas relacionadas:**
- Se destacó la coordinación con otros procesos de apoyo, lo cual contribuye a la coherencia del sistema y a una gestión eficiente de los recursos de comunicación y participación ciudadana (Cláusula 7.4).

4. OBSERVACIONES

Tabla 2 - Observaciones de la auditoría

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN
1	Participación Ciudadana	Se evidenció que el modelo de relacionamiento institucional publicado en la página web de la Entidad se encuentra desactualizado, lo cual puede generar inconsistencias entre la información disponible al público y los procedimientos vigentes del proceso. Esta situación afecta el cumplimiento de los requisitos relacionados con la comunicación de información precisa y actualizada sobre los servicios ofrecidos.

5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS

Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
1	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
2	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	7.3. Toma de conciencia

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

		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.	
3	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

6. CONCLUSIONES

Como resultado de la auditoría interna, el equipo auditor evidenció que el proceso de Participación Ciudadana de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP) cumple en su mayoría con los requisitos establecidos en la Norma NTC ISO 9001:2015, demostrando la implementación de prácticas orientadas al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad. No obstante, se identificaron oportunidades de mejora que permitirán fortalecer la eficacia del proceso y su alineación con los principios de mejora continua, enfoque basado en procesos y gestión de riesgos establecidos por la norma.

En atención a lo anterior, se presentan las siguientes conclusiones derivadas del ejercicio de auditoría.

Fortalecimiento del control documental y trazabilidad de registros:

La implementación de un procedimiento estandarizado para el registro, consecutivo y archivo de actas de capacitación permitirá fortalecer la trazabilidad, disponibilidad y control de la información documentada (numeral 7.5). Esto garantizará una gestión más eficiente del conocimiento institucional y una mejor toma de decisiones basadas en evidencia.

Consolidación de la comunicación interna y la toma de conciencia organizacional:

La ausencia de evidencias de socialización y divulgación del Sistema de Gestión de Calidad refleja una oportunidad de mejora en la comunicación interna y en la sensibilización del personal (numeral 7.3). La adopción de un plan estructurado de comunicación contribuirá a la apropiación de la política de calidad, el cumplimiento de los objetivos y la alineación del personal con los lineamientos del SGC.

Actualización y coherencia de la información institucional:

Mantener actualizado el modelo de relacionamiento en la página web fortalece la transparencia institucional y la coherencia documental (numeral 7.5.3). La definición de responsables y la trazabilidad en las publicaciones evitarán inconsistencias entre la información pública y los documentos internos, garantizando el cumplimiento de los principios de claridad, accesibilidad y veracidad de la información.

Mejora en la medición y análisis del desempeño del proceso:

La ausencia de consolidación en los indicadores limita la capacidad de la entidad para realizar un seguimiento efectivo del desempeño. Por ello, la implementación de un sistema estructurado de análisis, medición y evaluación de indicadores (numeral 9.1) fortalecerá la gestión basada en resultados, permitiendo identificar tendencias, anticipar riesgos y aplicar acciones de mejora oportunas.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Contribución a la mejora continua del SGC:

Las acciones recomendadas en cada no conformidad contribuyen directamente a fortalecer los pilares de la mejora continua (numeral 10.2), promoviendo la eficiencia operativa, la estandarización de procesos y la consolidación de una cultura de calidad. La implementación de estas medidas favorecerá el cumplimiento de los requisitos normativos y el incremento sostenido de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.

La adopción de estas medidas, enmarcadas en la NTC ISO 9001:2015, no solo asegura el cumplimiento normativo, sino que también impulsa la transparencia, la mejora continua y la satisfacción de las partes interesadas en coherencia con la misión y objetivos institucionales.

7. RECOMENDACIONES

Tabla 4 - Recomendaciones por proceso

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
1	Participación Ciudadana	Asegurar la actualización permanente de la documentación del proceso, garantizando su alineación con los lineamientos institucionales y la NTC ISO 9001:2015.
2	Participación Ciudadana	Realizar monitoreos internos periódicos que verifiquen el cumplimiento de los requisitos de los numerales 6.1, 7.3, 8.2 y 9.1.
3	Participación Ciudadana	Promover la capacitación continua del equipo del proceso en gestión de riesgos, control documental y análisis de indicadores.
4	Participación Ciudadana	Fortalecer la comunicación entre procesos (Gestión de la Calidad – Participación Ciudadana – Planeación) para garantizar la coherencia en la información y la mejora continua.

8. APROBACIÓN

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
 Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
 Fecha: 2025.10.31 19:05:52 -05'00'

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Jefe(a) de Oficina de Control Interno



John Fredy Aguirre Correa
Auditor Interno que ejecuto la auditoria

FECHA 31-10-2025