

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20251100083133**

Página 1 de 1

Bogotá D.C., 31 de Octubre de 2025

PARA: **DIEGO ALEJANDRO OSSA URREA**
Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público

DE: Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe Auditoría Interna Sistema Gestión Calidad – Procesos Servicios -
Funerarios y Alumbrado Publico

Respetado Subdirector.

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 23:51:51 -05'00'

SANDRA BEATRIZ ALVARADO SALCEDO

Jefe Oficina Control Interno

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

Anexos: Informe 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.....	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	6
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 Servicios Funerarios
PROCESO, PROCEDIMIENTO	Servicios Funerarios
RESPONSABLE O AUDITADOS	Carlos Gilber Cabrera
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	Javier Ramiro Alvarez Christian Mora Silva
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 Servicios Funerarios de la UAESP, se realizó el día 09 de Octubre de 2025 en las instalaciones de la Subdirección de Servicios Funerarios de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP. La entrevista de auditoría inició a las 10:00 y finalizó a las 16:00

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, 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” conforme a lo establecido en los lineamientos institucionales.

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 identificó que el proceso tiene definidos los roles y responsabilidades en los procedimientos.

2.3 El proceso ha gestionado parcialmente los controles y acciones para abordar los riesgos, debido a que no cuenta con un mapa de riesgos y su respectivo plan de manejo actualizado, aun cuando si cuenta con los documentos necesarios para cumplir con las necesidades y expectativas de las partes interesadas, lo que evidencia el cumplimiento parcial del numeral 6 “Planificación”

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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, e implementar actividades para fortalecer la toma de conciencia del SIG, para dar así conformidad a los requisitos aplicables del numeral 7 “Apoyo”

Con respecto al numeral 7.5 Información Documentada, el proceso gestiona la creación, actualización y control de la información. No obstante, se evidenció que cada cementerio gestiona individualmente la disponibilidad de la información en lo concerniente a la prestación de los servicios funerarios, y los requisitos correspondientes; posteriormente esta información se consolida mediante bases de datos.

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, con lo cual se evidencia su cumplimiento. No obstante, se identifica desactualización del procedimiento “*SFU-PC-02 V1 Subvenciones – Subsidios Funerarios*” y del Mapa de Riesgos y Oportunidades.

La prestación de los servicios se realiza según las necesidades y se hace a través de un proceso licitatorio para la operación de los cementerios, aun cuando a la fecha esta prestación de servicios se realiza de manera directa por la UAESP, de acuerdo con un plan de contingencia documentado. En cuanto al control, este se lleva mediante los informes periódicos de supervisión y gestión. En la vigencia 2025 solo se han publicado en la página Web los informes de supervisión y control hasta el mes de julio.

En relación con los numerales 8.2.1 “Comunicación con el cliente” y 8.2.2 “Determinación de los requisitos para los productos y servicios”, el proceso comunica de manera directa y personal a la ciudadanía la documentación requerida para la prestación de cada uno de los servicios funerarios; no obstante, no utiliza para este fin otros medios de comunicación, como son la página web o la plataforma distrital de trámites y servicios.

Con respecto al numeral 8.7 Control de salidas No conformes, el proceso gestiona estas no conformidades mediante la Matriz de formulación de requisitos de servicios, y su correspondiente matriz de seguimiento de servicios no conformes.

2.6 El proceso no cuenta con indicador de gestión alguno debidamente registrado en el micrositio del SIG, por lo cual no reporta seguimiento de acuerdo con cierta periodicidad, ni presenta evidencias de formulación y seguimiento constante al cumplimiento de las acciones propuestas en la vigencia para evitar desviaciones. En este orden de ideas se evidencia incumplimiento al numeral 9 de la norma “Evaluación del Desempeño” y la inobservancia del procedimiento *DES-PC-08 V12 Indicadores de Gestión*.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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”. Se pudo evidenciar que en el PMI el proceso tiene seis acciones correctivas, de las cuales 5 se encontraban en proceso y 1 cumplida y cerrada por la OCI.

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:

- Se evidenció el cumplimiento del plan de mejoramiento interno; las acciones fueron formuladas y cumplidas en el plazo establecido.
- Se evidenció la adaptación del procedimiento *SFU-PC-01 V8 Supervisión y Control del servicio funerario*, en el marco del plan de contingencia y su respectiva operación directa de los servicios prestados, en relación con los puntos de control, responsables y registros.
- Se evidenció la construcción de los protocolos de prestación de servicios de Inhumación, Exhumación y Cremación, en el marco de la operación directa por parte de la UAESP.

4. OBSERVACIONES

Tabla 2 - Observaciones de la auditoría

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN
	N/A	

5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
1	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

6. CONCLUSIONES

De acuerdo con la evaluación realizada a los requisitos de la norma ISO 9001:2015 que le aplican al proceso de Servicios Funerarios, se identificaron tres (3) fortalezas, una (1) No conformidad y dos (2) oportunidades de mejora, con lo cual se puede evidenciar que las actividades adelantadas por el proceso han permitido asegurar la implementación y mantenimiento del sistema de Gestión de Calidad con aspectos por mejorar.

- Se identificó una oportunidad de mejora relacionada con los numerales 8.2.1 “Comunicación con el cliente” y 8.2.2 “Determinación de los requisitos para los productos y servicios”, específicamente con respecto a los requisitos legales y reglamentarios, como es la documentación requerida para la prestación de cada uno de los servicios funerarios, la cual debe de ser comunicada de cara a la ciudadanía por los canales formales y propios de la UAESP.
- Oportunidad de mejora relacionada con el numeral 7.5 Información documentada, con respecto a estructuración de repositorio de documentación que permita consulta clasificada y segura de la información propia del proceso y soportes de los requisitos en la prestación de los servicios.

7. RECOMENDACIONES

Tabla 4 - Recomendaciones por proceso

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
1	Servicios Funerarios	Revisar la formulación de la matriz de riesgos y oportunidades, cuya estructura debe completarse a través de la inclusión de nuevas causas, consecuencias, controles y

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

		planes de tratamiento. Lo anterior en coordinación con la OAP
2	Servicios Funerarios	Revisar y modificar el procedimiento “ <i>SFU-PC-02 V1 Subvenciones – Subsidios Funerarios</i> ”, en el marco del cambio normativo en relación con la prestación de los servicios funerarios a costo cero (0), y sus respectivos puntos de control, responsables y registros.
3	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.
4	Servicios Funerarios	Presentar y publicar oportunamente el informe mensual de supervisión y control de servicios funerarios, para garantizar el acceso de la información a la ciudadanía.

8. APROBACIÓN

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo
Fecha: 2025.10.31 19:08:58 -05'00'

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



Javier Ramiro Alvarez Muñoz

Auditor(es) Interno(s) que ejecutaron el trabajo

FECHA 31/10/2025

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA	2
2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA	2
2.1. Contexto de la organización.	3
2.2. Liderazgo.....	4
2.3. Planificación.	4
2.4. Apoyo.	5
2.5. Operación.	6
2.6. Evaluación del Desempeño.....	8
2.7. Mejora.....	8
3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS.....	9
4. OBSERVACIONES.....	10
5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS	10
6. CONCLUSIONES.....	10
7. RECOMENDACIONES.....	11
8. APROBACIÓN.....	12

Lista de Tablas

Tabla 1- Información de la auditoria.....	2
Tabla 2 - Observaciones de la auditoría	10
Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas.....	10
Tabla 4 - Recomendaciones por proceso	11

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 Alumbrado Público
PROCESO, PROCEDIMIENTO	Proceso de Alumbrado Público
RESPONSABLE O AUDITADOS	Adrián Humberto Erazo Castro Carlos Gilbert Cabrera Ovalle Edilberto Peralta Peña Jennifer Alexandra Díaz Calvo
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 Alumbrado.
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	- Nury Cobo Villamil – Auditor Interno - Christian David Mora Silva – Observador
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

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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 Alumbrado Público de la UAESP, se realizó el día 08 de octubre de 2025 en las instalaciones de la sala de juntas de la Subdirección de Alumbrado Público y Servicios Funerarios de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP. La entrevista de auditoría inició a las 9:05 am y finalizó a las 11:45 a.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 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. Contexto de la organización.

Se abordó la validación del ítem de “4. Contexto de la organización”, en la que se encontró que en el micrositio del Sistema Integrado de Gestión se cuenta con la debida caracterización del proceso a través del documento “ALP-CP-01 V1 Caracterización Alumbrado Público” donde se identificaron partes interesadas, entradas, actividades principales, salidas y clientes dentro del ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar). Durante la entrevista, los profesionales del proceso informaron que dicha caracterización fue actualizada en marzo de 2025 donde se ajustaron salidas del proceso que fueran no conformes.

El proceso mostró conformidad con los requisitos establecidos, particularmente en lo que respecta al contexto organizacional. A partir de las entrevistas, observaciones y revisión de documentos, se comprobó que el equipo tiene un conocimiento claro del ciclo PHVA y de los elementos esenciales del proceso.

Como evidencia se cuenta con la caracterización “ALP-CP-01 V1 Caracterización Alumbrado Público” que se encuentra en el micrositio de la entidad.¹

¹ https://uaespdg.sharepoint.com/:x/s/MIPG-SIG-WWW/EXro5UuYIfZImLDxt4Za1nwBD6_CxEF01U-BJLA5ZDHWfg?rttime=rVBZPMgQ3kg

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

2.2. Liderazgo.

Durante la auditoría se evidenció el compromiso con el Sistema de Gestión de la Calidad. Se constató que el proceso ha identificado de manera precisa las autoridades y responsabilidades, las cuales se han ajustado conforme a la estructura organizacional de la entidad. Asimismo, se observó que los roles y responsabilidades están claramente definidos y que los integrantes del proceso demuestran un alto nivel de compromiso, lo que respalda el cumplimiento del numeral 5 de la norma.

Se reconoce la mejora respecto a la situación evidenciada en la vigencia anterior, dado que justo en dicho momento, el proceso se encontraba sin un responsable en titularidad que direccionara las actividades y acciones del proceso. En su lugar, en la vigencia actual, el proceso cuenta con un responsable identificado y altamente apropiado el cual, además, conoce del proceso, sus tiempos, riesgos, procedimientos y acciones de la dinámica diaria del mismo.

No obstante, se reconoce que al inicio de la vigencia y debido a falta de personal técnico y profesional, algunos de los procedimientos del proceso presentaron fallas en cumplimiento en lo que refiere a tiempos establecidos, así como la planeación de proyectos de inversión; debido a decisiones de alta dirección.

En este sentido, y aunque se reconoce que la dinámica presupuestal y algunos aspectos de planeación de la entidad y decisión de alta dirección, condicionan el proceso, al momento de la presente auditoría, el proceso se encuentra cumpliendo con lo determinado en el numeral 5 de la norma.

2.3. Planificación.

Durante la auditoría se validó que 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**”.

En el micrositio del Sistema Integrado de Gestión, se encuentra publicado el análisis de riesgos del proceso, bajo el formato establecido para la entidad y debidamente diligenciado; allí se identificaron 2 riesgos: uno de gestión y uno de corrupción. Se evidenció que los riesgos identificados han sido evaluados para determinar acciones proporcionales a su impacto potencial; con acciones de control en “Revisión mensual de la base de correspondencia de los proyectos de alumbrado público para verificar el estado de las solicitudes” y “Revisión mensual del cumplimiento de requisitos para otorgamiento de permisos mediante la aplicación de listas de chequeo”.

Ahora bien, el proceso no tiene contemplados riesgos de seguridad de la información particular, reconociendo que el mismo es competencia de la Oficina de tecnologías de la Información y

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

las Comunicaciones; así como el riesgo asociado a SARLAFT, a cargo de la Subdirección de Asuntos Legales de la entidad.

Sin embargo, el proceso ha gestionado requerimientos y controles para abordar los riesgos 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.

2.4. Apoyo.

Durante el proceso de auditoría, se revisó en primera medida los indicadores y su reporte en el micrositio. Allí se encuentran 3 indicadores del proceso:

- Diseños Fotométricos Aprobados (Fase II)
- Solicitudes de incorporación de infraestructura revisadas documentalmente
- Solicitudes de incorporación de infraestructura visitadas en terreno

Los tres indicadores son trimestrales, no obstante, durante la entrevista de la presente auditoría, se realiza validación en el micrositio del Sistema Integrado de Gestión encontrando el último reporte a junio de 2025. Ante lo cual se requiere a los profesionales del proceso la evidencia de reporte a la Oficina Asesora de Planeación para confirmar que se cumplió con la actividad. Igualmente, dentro de los soportes requeridos en la presente auditoría, el proceso entregó el cálculo de indicadores a septiembre de la vigencia en curso.

Especialmente, los indicadores relacionados con Solicitudes de incorporación presentan un porcentaje de cumplimiento de aproximadamente 67% lo cual es abordado con los profesionales del proceso, quienes indican que debido a la insuficiencia de personal que se presentó en parte de la vigencia de revisión, se afectaron los indicadores a tal punto que, aunque ya se cuente en la actualidad con suficientes recursos; el rezago de los procesos se evidencia en aspectos como los indicadores.

Se reitera la sugerencia de incluir en la hoja de vida de los indicadores la determinación de la causa raíz y acciones de mejora propuestas para manejar el reporte cuando el resultado sea “crítico”.

No obstante, se realizó una reestructuración en la asignación del recurso humano al interior del proceso; y replanteando actividades como la atención de solicitudes a través del canal de WhatsApp, el cual ya no hace parte del proceso dado que encontraron que se trataba de una reiteración de actividades al interior del mismo proceso.

Ahora bien, los documentos relacionados con cada proceso, como manuales, guías, procedimientos y formatos, están debidamente estructurados y son fácilmente accesibles. Esto garantiza que todos los miembros del equipo tengan la información necesaria para desempeñar sus funciones de manera efectiva y conforme a los estándares establecidos.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

También, durante la entrevista desarrollada, los funcionarios aseguraron que cada ocasión que se incorpora personal nuevo se hace capacitación sobre el proceso, los procedimientos, base de datos y manejo de la información. Así, garantizan la adecuada toma de conciencia.

Así pues, es importante señalar que el proceso cuenta en la actualidad con el personal suficiente para llevar a cabo sus funciones, 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”.

Finalmente resaltar como una mejora respecto a la auditoría interna de la vigencia anterior, que el proceso tiene **centralizada** las entradas y salidas, así como las bases de datos, formatos y soportes de cada actividad en un SharePoint de la entidad, con acceso de los profesionales responsables de cada procedimiento y gestión de la información.

2.5. Operación.

El proceso consta de 5 procedimientos en el micrositio del Sistema Integrado de Gestión; entre los que se encuentra, a la fecha de la presente auditoría, el denominado “ALP-PC-06 V1 Gestión social para el servicio de alumbrado público”; el cual se indicó que realmente no está siendo ejecutado por el proceso, debido a decisiones de la Alta Dirección que conllevaron a que ya el proceso no cuente con profesionales asignados que adelanten dicha gestión social puesto que se realiza directamente desde la Dirección. Como oportunidad de mejora quedará que deben replantear y evaluar la pertinencia de contar con dicho procedimiento dentro del proceso.

Respecto al informe mensual de supervisión y control del alumbrado público; se observa que en la página web se encuentra publicado hasta el informe correspondiente a Julio de 2025; y manifiesta que el correspondiente a agosto de 2025 se encuentra listo para firma del Subdirector. Se continua con la observación relacionada con el tema de ajustar los tiempos determinados en el procedimiento “ALP-PC-02 V6 Supervisión y Control de Alumbrado Público”, en especial lo referente a los 10 días hábiles de elaboración del “ALP-FM-06 V9 Informe mensual supervisión y control de Alumbrado Público”. El equipo de profesionales del proceso reconoce la necesidad de ajustar este aspecto conforme a la realidad de desarrollo de este.

En cuanto a la estructura y calidad de información de dicho informe auditado, se evidenció una gestión sólida y bien organizada, destacado por su pertinencia, claridad y efectividad. En términos generales, la gestión técnico-operativa presenta una estructura coherente que abarca de manera integral el seguimiento de la infraestructura, así como las labores de mantenimiento preventivo y correctivo que garantizan la continuidad del servicio.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

De igual forma, el documento evidencia un seguimiento riguroso a las actividades de normalización de la infraestructura y a las mediciones de iluminancia, asegurando el cumplimiento de los estándares técnicos establecidos. La incorporación de información sobre acciones de mejora y la atención de PQRS refleja sensibilidad frente a las necesidades de la ciudadanía y compromiso con la satisfacción del usuario. En el ámbito financiero, el informe presenta datos claros y verificables, que permiten un control transparente de pagos, obligaciones contractuales y ejecución presupuestal, aspectos esenciales para una adecuada rendición de cuentas.

Finalmente, se observó conformidad con los requisitos del numeral 8, “Operación”, de la norma ISO 9001:2015, dado que el proceso planifica y dispone de la documentación requerida en el micrositio del SIG y en la página web institucional para demostrar su cumplimiento. Asimismo, se evidencia una adecuada gestión de los productos y servicios bajo su responsabilidad, garantizando el cumplimiento de los requisitos tanto de los clientes internos como de la entidad.

No obstante, durante la auditoría se encuentran dos observaciones al respecto:

- Aunque cuentan con un Excel que incluye la relación de radicados de los informes mensuales de Interventoría, se sugiere que se reference dentro del cuerpo del Informe, el radicado UAESP con el cual ingresa al sistema de gestión documental dicho Informe de Interventoría, precisando su versión al momento de elaboración del informe de supervisión, de tal forma que permita a cualquier persona tanto externa como interna de la organización, que pueda rastrear, consultar y conocer dicho informe; facilitando trazabilidad en el manejo de la información.
- 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 que pertinencia y diferenciación tendría con el Informe mensual supervisión y control de Alumbrado Público”.

Finalmente, durante la auditoría se solicitaron soportes relacionados con: Matriz de proyectos de incorporación, registro de incorporación de infraestructura y acceso a carpeta que incluyera todos los documentos soporte de un proyecto completo que permitiera evidenciar el registro de cada actividad del procedimiento ALP-PC-04 V7 Revisión, Verificación y Aprobación de Diseños Fotométricos.

Así como entregan copia de Acta y Listado de Asistencia a Comité Primario desarrollado en junio de 2025. Soportes que fueron entregados a través de carpeta en Sharepoint. ²

² [AP](#)

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

También, y como se mencionó en la Caracterización, se reconoce que el proceso tiene control a las salidas no conformes a través de las matrices que manejan dentro del proceso y que además están incluidas en el proceso de cálculo de los indicadores y su reporte mensual a la Oficina Asesora de Planeación.

2.6. Evaluación del Desempeño.

El proceso cuanta con 3 indicadores de gestión:

- Diseños Fotométricos Aprobados (Fase II)
- Solicitudes de incorporación de infraestructura revisadas documentalmente
- Solicitudes de incorporación de infraestructura visitadas en terreno

Los tres indicadores son trimestrales, no obstante, especialmente, los indicadores relacionados con Solicitudes de incorporación presentan un porcentaje de cumplimiento de aproximadamente 67% lo cual es abordado con los profesionales del proceso, quienes indican que debido a la insuficiencia de personal que se presentó en parte de la vigencia de revisión, se afectaron los indicadores. Se reitera la sugerencia de incluir en la hoja de vida de los indicadores la determinación de la causa raíz y acciones de mejora propuestas para manejar el reporte cuando el resultado sea “crítico”.

No obstante, se realiza dicho reporte a Oficina Asesora de Planeación; además de seguimiento de parte del líder del proceso y profesionales a cargo de cada procedimiento asociado a cada indicador.

Adicionalmente, dentro del proceso se adelantan reuniones mensuales con Interventoría, con el operador para el servicio de alumbrado y con los terceros responsables de solicitar la incorporación de infraestructura al sistema de alumbrado público. Durante el proceso fueron entregadas actas adelantadas con Interventoría.³

Por otro lado, se sugiere precisar en observaciones de los indicadores de incorporación, cuales de las solicitudes corresponden a solicitudes rechazadas y cuantas a rezagos; con eso se obtiene claridad sobre el alcance y análisis del indicador para la gestión del proceso.

2.7. Mejora.

El proceso señala que actualmente no hay planes de mejoramiento vigentes. En revisión de la matriz del Plan de Mejoramiento Interno (PMI), descargada del sitio, se encuentran las siguientes acciones:

³ [AP](#)

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

PLAN DE MEJORAMIENTO			SEGUIMIENTO AUDITORÍA
HALLAZGO	CAUSA HALLAZGO	ESTADO / CALIFICACION	
Solicitud al área de Tics apoyo para el desarrollo de un software a la medida para el registro, gestión, seguimiento y control de la información del trámite de aprobación de proyectos fotométricos de Alumbrado Público; este requerimiento se realiza conforme a los lineamientos del procedimiento GTI-PC-18 Gestión de arquitectura de tecnologías de la información del proceso de Gestión Tecnológica.	Oportunidad de mejora	En Progreso / En proceso	Respeto a solicitud de la viabilidad de desarrollo de software diligenciando el formato GTIFM-06 V1 – Solicitud de cambio en la arquitectura TI. El proceso realizo radicación de solicitud a través de memorando 20241400055793; el cual fue atendido por la oficina TIC a través de memorando 20241400055793 en donde indicaban que revisarían la solicitud. Durante la entrevista adelantada en la presente auditoría, los profesionales del proceso señalan que la respuesta acerca de dicha solicitud estaría relacionada con que el desarrollo requiere recursos que no están presupuestados, así que la necesidad del manejo de la información a través de herramienta TIC sigue latente y en función de un área independiente al proceso que desarrollaría la misma.
Se evidencia que los datos reportados por el proceso en el indicador de aprobación de fotométricos no coinciden con los datos almacenados por el proceso, evidenciando inconsistencia en la información reportada	Inconsistencia en la base de datos de proyectos fotométricos frente a los datos reportados en la hoja de vida del indicador.	En Progreso / Cerrada	En el Plan de Mejoramiento se encuentra observación de OCI: “19/11/2024 (JAG): <i>Acción cerrada Cumplida sin reporte del proceso. Este cierre se da por la designación de Hernán Olaya y Jennifer Alexandra Diaz como filtros en la estrategia de control para la revisión de las bases de datos.</i>” En Auditoria se valida que la profesional Jennifer Alexandra Diaz y Edilberto Peralta se encuentran trabajando en dicha revisión constante.

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:

- El proceso avanzó en la centralización de la información de todos sus procedimientos en un sharepoint de acceso controlado según cada actividad; de esta manera se reconoce el primer paso hacia la centralización de la información.
- Se reconoce mejora referente a liderazgo del proceso respecto a lo evidenciado en la vigencia anterior. No obstante, a la fecha de la auditoria el proceso no cuenta con Subdirector nombrado en propiedad, a la espera de las nuevas decisiones.
- Se identifica el esfuerzo en la asignación del recurso humano en atender el rezago y cumplimiento de los tiempos de los procedimientos del proceso.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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
	N/A		

6. CONCLUSIONES

- El proceso de Alumbrado Público cumple de manera general con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, demostrando organización, control documental y seguimiento adecuado de los procedimientos. La información y los registros se encuentran debidamente estructurados, accesibles y actualizados en el micrositio del Sistema Integrado de Gestión (SIG).
- Se destaca el liderazgo y compromiso del equipo frente al Sistema de Gestión de la Calidad. A diferencia del periodo anterior, actualmente el proceso cuenta con un responsable designado, lo que ha fortalecido la planificación, ejecución y seguimiento de las actividades, a pesar de que aún no existe un subdirector nombrado en propiedad.
- El proceso aún refleja rezagos en algunos indicadores —particularmente en las solicitudes de incorporación de infraestructura (67 % de cumplimiento)—, derivados de la falta de recursos en parte del periodo auditado.
- La centralización de la información en SharePoint representa un avance significativo hacia la eficiencia y el control interno, garantizando trazabilidad y acceso ordenado a evidencias y soportes.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

7. RECOMENDACIONES

Tabla 4 - Recomendaciones por proceso

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
1	Alumbrado Público	Liderazgo: Si bien se reconoce que a la fecha de la presente auditoría se encuentra un líder encargado para el proceso, se recomienda que el proceso realice una revisión con la alta dirección para evaluar la posibilidad de designar un profesional en propiedad para el proceso.
3	Alumbrado Público	Operación: Al igual que sucedió con la auditoría de la vigencia anterior, al revisar en sitio el Procedimiento de Incorporación de la Infraestructura de Alumbrado Público instalada en Zonas de Cesión, se ha constatado que este documento aún presenta los logos del S.G.S., por lo que se recomienda desde el proceso solicitar o alertar a la Oficina Asesora de Planeación sobre la necesidad de actualización, no solo de este procedimiento, sino de todos los procedimientos y formatos del proceso que así lo requieran; ya que, si bien es dicha dependencia la encargada de actualizar formatos en el Sistema Integrado, es responsabilidad del proceso articularse para cumplir y estar al día con lo establecido en la entidad.
4	Alumbrado Público	Operación: Se reitera la recomendación planteada desde la auditoría de la vigencia anterior, sobre ajustar los tiempos determinados en el procedimiento “ALP-PC-02 V6 Supervisión y Control de Alumbrado Público”, en especial lo referente a los 10 días hábiles de elaboración del “ALP-FM-06 V9 Informe mensual supervisión y control de Alumbrado Público”.
5	Alumbrado Público	Operación. Revisar el procedimiento “ALP-PC-06 V1 Gestión social para el servicio de alumbrado público”; y sus formatos, ya que actualmente no se está llevando a cabo en el proceso; y evaluar la pertinencia de continuar con dicho procedimiento.
6	Alumbrado Público	Operación. Aunque cuentan con un Excel que incluye la relación de radicados de los informes mensuales de Interventoría, se sugiere que se referencie dentro del cuerpo del ALP-FM-06 V9 Informe mensual supervisión y control de Alumbrado Público; el radicado UAESP con el cual ingresa al sistema de gestión documental dicho Informe de Interventoría, precisando su versión al momento de elaboración del informe

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
		de supervisión, de tal forma que permita a cualquier persona tanto externa como interna de la organización, que pueda rastrear, consultar y conocer dicho informe; facilitando trazabilidad en el manejo de la información.
7	Alumbrado Público	Operación. 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.
8	Alumbrado Público	Evaluación del Desempeño: Se reitera la recomendación planteada desde la auditoría de la vigencia anterior, de incluir en la hoja de vida de los indicadores la determinación de la causa raíz y acciones de mejora propuestas para manejar el reporte cuando el resultado sea “crítico”. Se sugiere precisar en observaciones de los indicadores de incorporación, cuales de las solicitudes corresponden a solicitudes rechazadas y cuantas a rezagos; con eso se obtiene claridad sobre el alcance y análisis del indicador para la gestión del proceso.

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


NURY COBO VILLAMIL
Profesional Universitario
Auditor Interno


CHRISTIAN DAVID MORA SILVA
Contratista SAF
Observador

FECHA 31-10-2025