

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD __X__ GESTIÓN __X__

INFORME FINAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

LOCALIZACIÓN: Para el año 2020, las Auditorías Internas del Concejo Distrital de Santiago de Cali, se realizaron bajo la metodología virtual a consecuencia de los periodos de confinamiento decretados por la Administración Distrital a raíz de la Pandemia COVID-19. Por tanto, las Auditorías fueron desarrolladas 100% no presenciales.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA: El ejercicio de Auditoría de Calidad planeado, tiene un Alcance para 10 de las 12 Oficinas o Procesos y para el caso de las Auditorías Internas de gestión ocho (8) de doce (12) procesos, que conforman el Sistema de Gestión de Calidad de la Corporación; para el segundo caso de conformidad con la evaluación realizada mediante Mapa de Aseguramiento vigencia 2020. Respecto a la Norma, se revisará y evaluará la interpretación e implementación, que cada uno de los Procesos ha realizado de los Requisitos de los Siete (7) capítulos de la NTC ISO 9001:2015. Se tendrá en cuenta la No Aplicabilidad del Requisito 8.3 al interior de la Corporación.

CRITERIOS DE LA AUDITORÍA: Requisitos de las Normas: NTC ISO 9001:2015 y por parte de la Corporación: Manual de Calidad, Caracterización de Procesos, Procedimientos, Matriz de Riesgo del Proceso, Plan de Acción, Manual Operativo MIPG, Resoluciones, Requisitos Legales y Propios de la Entidad.

Nota: Los Requisitos de la Norma: NTC ISO 9001:2015, el Sistema de Gestión dado por el Departamento Administrativo de la Función Pública – Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG); únicamente respecto a los Atributos de Calidad (el resto del Modelo, será evaluado por la Auditoría de Gestión).

Nota: La Auditoría Interna de Calidad se hará bajo la Metodología sugerida por la Norma Internacional ISO 19011:2018 y bajo la modalidad de Auditorías a Distancia y de manera Remota.

TIPO DE AUDITORÍA: Para el año 2020, las Auditorías Internas del Concejo Distrital de Santiago de Cali, se Planearon, Ejecutaron, Verificaron y Ajustaron bajo la modalidad de Auditorías Combinadas: Auditorías Internas de Gestión y Auditorías Internas de Calidad.

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

FECHA DE EJECUCIÓN: Las Auditorías Combinadas se realizaron entre el 10 y el 23 de junio del año 2020.

JEFE OFICINA AUDITORÍA: N/A

AUDITORES LIDERES: Ing. Ind. Fabio Ramírez Cardona – Ing. Carlos Mauricio Marmolejo Guañarita

AUDITORES: N/A

PROCESO AUDITADO: Para el caso de la Auditoría Interna de Calidad, en el Plan de Auditoría, se Planeó aplicar el ejercicio de auditoría a 10 de los 12 Procesos que componen el Sistema Integrado de Gestión en el Concejo Distrital de Santiago de Cali; para el caso de la Auditoría Interna de gestión se realizó a ocho (8) de los doce (12) procesos conforme los resultados analizados mediante el Mapa de Aseguramiento 2020.

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

2.1. Objetivo general.

Aplicar un Proceso de Auditoría Interna Combinado (Calidad y Gestión) basada en riesgos, para evaluar de manera independiente, analizar y determinar el Nivel de Eficacia del Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Control Interno, la Conveniencia y la Adecuación del Deber Hacer respecto a los Requisitos Normativos, Legales, Contractuales, Reglamentarios y Propios de la Entidad.

2.2. Objetivos específicos

- Verificar el cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2015 – Calidad.
- Evaluar que los Procedimientos diseñados en el SGC de la Entidad, se realicen acorde al Deber Hacer de las Oficinas de la misma – Gestión.
- Verificar el cumplimiento de control de documentos y registros – Combinada.
- Seguimiento y ejecución a los planes de mejoramiento de Auditorías anteriores – Combinada.
- Evidenciar el cumplimiento de los indicadores del proceso – Planes de Acción por Oficina o Proceso – Combinada.
- Corroborar la ejecución de las acciones formuladas para mitigar los Riesgos y de abordar las Oportunidades del medio – Combinada.
- Verificar la existencia y aplicación de la TRD - Tablas de Retención Documental, por cada uno de los Procesos – Gestión.

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

- Verificar la aplicación de los formatos establecidos y debidamente versionados – Calidad.
- Identificar cambios que se deban dar al interior de cada uno de los doce (10) Procesos; respecto a la Información Documentada de los mismos – Calidad.
- Verificar el cumplimiento de la Normatividad vigente a Nivel Nacional y Regional; y que debe ser aplicada por las Oficinas del Concejo Distrital de Santiago de Cali – Gestión.
- Realizar seguimiento a la caja menor.

3. CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

3.1. Actividades Desarrolladas.

Se estructuro el Programa y el Plan de Auditoría, con base en las necesidades y requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad.

Solicitud de información a través de los Correos Electrónicos corporativos (actividad realizada por el Jefe de Control Interno, previa revisión del Equipo Líder de la Auditoría). Esta información fue estudiada y analizada, previa ejecución de las Auditorías Combinadas.

Desarrollo y ejecución de las Auditorías Combinadas, con el uso de la herramienta Meet, Dentro de las actividades ejecutadas se pueden mencionar las siguientes:

- Entrevista.
- Observación de información solicitada previamente.
- Cotejo de la información solicitada y analizada, durante el ejercicio de Auditoría con el jefe de la oficina respectiva.
- Estructuración de los Papeles de Trabajo, propios de los Lideres de las Auditorías.
- Validación de información dada por los Líderes, con otros Procesos y verificación de la uniformidad de la información.
- Revisión de la Información Documentada relacionada en el Listado Maestro de Documentos VS la relacionada en los repositorios virtuales de cada Proceso.

3.1.1. Muestra de la Evaluación.

Las muestras de la evaluación, se tomaron de acuerdo a cada uno de los Procesos Auditados.

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

3.1.2. Evaluación y verificación del cumplimiento de la metodología.

Se evidencia en los ítems 3.3 y 3.4.

3.2. Aspectos relevantes generales.

- Como ya se mencionó, para este año se Planeó hacer las Auditorías bajo la tipología de Auditorías Combinadas debido al estado de emergencia provocado por la Pandemia por COVID-19 y se puede dejar el registro que fue un Éxito total la Planeación, la Ejecución y sobre todo la receptividad y disposición que tuvieron todos los Líderes de Proceso, hacia el ejercicio en sí y a la Metodología empleada para ejecutarlas de manera eficaz.
- Se puede considerar como un ejercicio de revisión dinámico y conforme a los requerimientos de la NTC ISO 9001:2015, del MIPG y reglamentaciones que regulan los Sistemas de Control Interno en las entidades públicas.
- Se observo un Sistema Integrado de Gestión que se complementa en muchos aspectos estratégicos y en la generación de Valor; agregando modelos individuales que se han ido convirtiendo en Modelos Institucionales.
- Se considera por parte del equipo de Auditores Líderes, que se tuvo más que un Ejercicio de Auditoría; un modelo de Mejora Continua pues cada punto fue comentado y recomendado; en cuanto a las posibles soluciones.
- Cada Oficina o Proceso, mostro un fuerte compromiso hacia la Mejora Continua. Alcanzando un modelo de madurez en crecimiento, respecto al mismo modelo de calidad, en años anteriores.

Se puede identificar que desde el año 2015, vigencia en la cual se alcanzó la primera certificación, el modelo de calidad se ha venido madurando en un ascenso lento, pero con la seguridad que lo que se está haciendo, está quedando inmerso en los Equipos de Trabajo, en la Información Documentada y en el ADN de la Entidad.

Este hecho se puede observar, con los informes que se generan con las Auditorías Internas de Gestión, las Auditorías de los Entes de Control Externos y los debidos Planes de Mejoramiento Institucional, suscritos por cada uno de los Procesos que resultaron con NC o Acciones de Mejora.

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

3.3. Resumen del Ejercicio de Auditoría por tipo:

AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	AM	AR	NC	O	CANT.
CALIDAD	5	0	5	0	10
COMBINADA	14	1	2	5	22
GESTION	7	4	2	10	23
TOTAL GENERAL	26	5	9	15	55

3.4. Resumen de hallazgos por proceso

PROCESO	AM	AR	NC	O	TOTAL GENERAL
P1 - DIRECCIÓN ESTRATEGICA	3	0	1	7	11
P3 - SECRETARIA GENERAL	4	1	3	1	9
P4 - SUBSECRETARIAS	0	0	2	2	4
P6 - TALENTO HUMANO	1	0	0	0	1
P6 - OFICINA TALENTO HUMANO	2	0	0	1	3
P7 - OFICINA ARCHIVO & CORRESPONDENCIA	6	3	0	1	10
P8 - OFICINA RECURSO FÍSICO	3	0	0	1	4
P9 - OFICINA JURIDICA	1	0	0	1	2
P10 - OFICINA INFORMÁTICA	6	1	3	1	11
P12 - CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	0	0	0	0	0
TOTAL GENERAL	26	5	9	15	55

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

ACCIONES DE MEJORA, OBSERVACIONES Y NO CONFORMIDADES POR CADA PROCESO U OFICINA

PROCESO P1: DIRECCIÓN ESTRATÉGICA.

Observaciones

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
El servidor público responsable de la caja menor para su control lleva un documento electrónico en el que constan el valor autorizado de la caja menor, los gastos efectuados, el saldo de la caja menor, el proveedor o beneficiario, el código del gasto y fecha; pero con respecto a concepto del gasto, si bien el formato de control posee un campo, el contenido o la descripción que se da de cada gasto no es específica y no aporta información suficiente que justifique claramente el carácter de urgente de la compra o adquisición. Por tal motivo y para brindar mayor transparencia al proceso de compra mediante la caja menor se recomienda dar mayor claridad frente a los gastos efectuados en el formato de control, además de establecer los mecanismos necesarios que faciliten el acceso a los comprobantes de compra, teniendo en cuenta las dificultades que por motivo de aislamiento impidieron su verificación.	GESTION	O
Si bien la Corporación cuenta con una resolución en cada vigencia para la constitución de la Caja Menor, se recomienda para la corporación actualizar y establecer nuevos instrumentos de control normalizados en el SGC (Políticas, Formatos, procedimientos, manuales, etc.) que proporcionen información amplia y suficiente para una mejor administración y control de estos recursos.	GESTION	O
Se verifica en página WEB la publicación de los planes y programas 2020 según Decreto 612 de 2018, detectándose la ausencia del Plan de Incentivos Institucionales. Se recuerda el deber de la entidad poner a disposición en página WEB de la totalidad de los planes que exige el Decreto mencionado.	GESTION	O
Se recuerda el deber de la entidad de dar continuidad al proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) según Decreto 1499 de 2017, aplicando las herramientas de autodiagnóstico que ofrece el DAFP e implementando los planes de acción necesarios que aporten al incremento de los índices de Desempeño Institucional que anualmente son medidos por el DAFP mediante el Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG).	GESTION	O
Se evidencia Informe de Seguimiento al Plan de Acción presentado por el Secretario General de la Corporación desde el Rol de Planeación Institucional, el cual arroja unos resultados cuantitativos frente al avance de los indicadores del Plan de Acción. La Oficina de Control Interno recomienda que en dicho informe se incluyan aspectos que orienten a la Alta Dirección y a los demás Procesos del	GESTION	O

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

Corporativo para la toma de decisiones que aporten al logro de los Objetivos Institucionales.		
Se resalta la necesidad de fortalecer un Equipo de Planeación, que ejerza el apoyo y acompañamiento para la formulación de los instrumentos para la Planeación Institucional (Planes, Programas, Riesgos, Indicadores, Seguimientos; entre otras funciones), del Concejo Distrital de Santiago de Cali, además de estimular una cultura de apropiación de dichos instrumentos. Evento que fortalecería la Dimensión 2 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	COMBINADA	O
En revisión de la Página WEB de la Entidad, se observó que, en el enlace de los Informes de Gestión de la Presidencia, el informe más actualizado data del año 2015.	COMBINADA	O

Aspectos de Mejora

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
En la ejecución del ejercicio de auditoria se evidencio una vez más, que las Presidencias y Equipos de Trabajo de la misma; no hacen la entrega de las tareas y funciones (Empalme). Esto genera dificultad en la interpretación de los Roles y Responsabilidades, Información Documentada del Proceso, Indicadores, Matrices de Riesgos & Oportunidades y Matriz de Riesgos de Corrupción; de la Presidencia entrante y su respectivo Equipo de Trabajo. Es importante que la Entidad establezca mecanismos que garanticen un óptimo empalme de las nuevas Mesas Directivas y en los del Personal Directivo de las Oficinas de la Entidad. De esta manera, no se afectará la conformidad de los Requisitos: 4.4, 5.1, 5.3, 7.1.6, 7.3, 7.4, 8.1 y 10.3 de la NTC ISO 9001:2015.	COMBINADA	AM
Dentro del Análisis que se realiza a los documentos que estructuran el Sistema de Gestión de Calidad, se identificó que, en la Matriz de Partes Interesadas, no se encuentran descritos los Riesgos y Oportunidades que se puedan dar, por cada uno de ellos. Este evento atenta contra la conformidad del Requisito: 4.2 de la NTC ISO 9001:2015.	CALIDAD	AM
De acuerdo a las revisiones realizadas durante la Auditoría Interna de Calidad, se identificó que la Estructura Base del Sistema de Gestión de Calidad, debe ser ajustada, liberada y socializada. Conforme a estas acciones, se estaría dando conformidad al Requisito: 7.3 de la NTC ISO 9001:2015.	CALIDAD	AM

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

No conformidades

DERCIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
Si bien la gestión para la Construcción del Mapa de Riesgos Institucional se inició el 13 de mayo 2020 de acuerdo a comunicación oficial No. 21.1-386 de jun 04 2020, y que a la fecha del presente seguimiento la corporación no cuenta con este instrumento; es fundamental tener en cuenta las directrices dadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) donde especifica que los Mapas de Riesgos se deben publicar en la página WEB de cada entidad a más tardar el 31 de enero de cada año. Por lo anterior, la Oficina de Control Interno recomienda se establezcan los mecanismos necesarios incluyendo la actualización de la política de administración de riesgos, que garanticen la oportunidad para la formulación de dicho instrumento, a fin de mitigar cualquier hecho impredecible que pueda atentar en contra del cumplimiento de los objetivos de esta Corporación.	GESTION	NC

PROCESO P3: SECRETARÍA GENERAL.

Aspectos relevantes

DERCIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
En el ejercicio de estudio y aprobación del plan de desarrollo llevado a cabo por el Concejo Distrital de Santiago de Cali en el primer semestre de la vigencia 2020, se resalta la gestión adelantada por el Concejo de Cali, incorporando metas en el dicho plan que busca la mejora de las instalaciones físicas y la infraestructura tecnológica del Concejo.	GESTION	AR

Observaciones

DERCIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
Revisando la hoja de vida del indicador "Estudio de los Proyectos de Acuerdo en segundo Debate" se puede evidenciar que la medición hace énfasis en la cantidad de los proyectos de acuerdo aprobados en segundo debate con respecto a al total de proyectos radicados a la corporación. Desde el punto de vista del equipo auditor, dicho indicador no aportaría información relevante que permita mejoras a la gestión de la Secretaria General, a razón de que la aprobación de los PA en segundo debate no depende directamente de la gestión realizada por el proceso auditado.	GESTION	O

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

Aspectos de Mejora

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
En la ejecución de la Auditoría Combinada con el Proceso de Control Interno, se identificó una Acción de Mejora Transversal. Esta, consiste en que no hay claridad de las necesidades y requerimientos del Área de Planeación y de Otras Oficinas, para cumplir con el reporte de información a través de la Página WEB. El mecanismo o herramienta debe contar claramente a los Líderes de los Procesos, cual es la información mínima necesaria que se debe reportar Trimestral, Cuatrimestral, Semestral o Anualmente; y así evitar la materialización de los riesgos identificados. La no construcción de esta herramienta, atenta contra la conformidad de los Requisitos: 7.4 y 10.3 de la NTC ISO 9001:2015, la Política de Comunicación del Concejo Distrital de Santiago de Cali y las Dimensiones 4 Evaluación de Resultados, 5 Información y Comunicación y 6 Gestión del Conocimiento y la Innovación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	COMBINADA	AM
A través de los años con los cuales el Concejo ha venido sosteniendo la Certificación en la NTC ISO 9001, se han estructurado diferentes Matrices de Riesgos de Gestión. En el ejercicio de Auditoría Combinada realizada, se identificó que no se tiene una medición de la Eficacia de las Acciones de Mejora definidas para mitigar los Riesgos. Esto no da conformidad a los Requisitos: 6.1, 7.3 y 10.3 de la NTC ISO 9001:2015.	COMBINADA	AM
Conforme a las actividades y observaciones realizadas en el Ejercicio Auditoril, se evidencio que hay inconsistencias en las Fichas Técnicas que definen los Indicadores de Gestión de la Oficina auditada. Ejemplo: 1. Hay que revisar las mallas o grillas de formulación. Para el primer cuatrimestre hay unos niveles alcanzados y hasta ahí está bien. Pero si se revisan las Fichas Técnicas, estos resultados se siguen presentando a través del resto de año y aún no se ha llevado a esos meses. Arrojando así, una información no real y no fidedigna.	COMBINADA	AM
De acuerdo al ejercicio de Auditoría aplicado, se puede definir el Sistema de Gestión de Calidad del Concejo Distrital de Santiago de Cali, como un modelo Eficaz. Pero al preguntar por una herramienta que permita medir la Eficacia del Modelo adoptado, no se evidencio. Por tanto, se debe definir e implementar una herramienta de medición general para que arroje la medición de la eficacia del SGC y así se genere la conformidad con todos los debe medir la Eficacia definidos en la NTC ISO9001:2015.	CALIDAD	AM

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

No conformidades

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
Verificando la publicación de las Actas de las sesiones plenaria, se pudo evidenciar que se encuentran publicadas hasta la vigencia 2018. La Oficina de Control Interno recomienda se establezca los mecanismos que garanticen la oportunidad en la publicación de dichas Actas como lo establece el Artículo 16 del Ley 1551 de 2012.	GESTION	NC
Se observo que es importante fortalecer y aplicar el concepto de Mejora Continua al Modelo de Medición de la Satisfacción de las Partes Internas del Concejo. Esta acción de mejora va desde el desarrollo de la Encuestas hasta el Informe de Seguimiento Trimestral. El no fortalecimiento de esta herramienta de la Calidad, atenta contra la conformidad del Requisito: 9.1.2 de la NTC ISO 9001:2015 y la Dimensión 4 Evaluación de Resultados del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	CALIDAD	NC
<p>Dentro del análisis realizado a los resultados de la Encuesta de Satisfacción del Cliente Interno, se concluyó que no hay una metodología normalizada al interior del Concejo que permita:</p> <p>a. Calificar de manera independiente las Encuestas.</p> <p>B. Establecer los estándares de medición de la Encuesta o de los Resultados. Por ejemplo: Se observó con mucha curiosidad que desde 4.2 en adelante es Excelente; no existe una escala que determine la medición y su resultado.</p> <p>c. Construir un Plan de Mejoramiento para el proceso, en cumplimiento con el requisito 10.3 (Mejora) de la NTC ISO 9001:2015.</p> <p>d. Para la tabulación, análisis y emisión de informe; se requiere un informe gerencial, que identifique no solo el resultado y la clasificación de una escala; sino que pueda ser graficada, analizada y comentada acorde a los informes trimestrales de la Entidad. Debe ser un informe estandarizado.</p> <p>e. Identificar las fechas de diligenciamiento de las encuestas.</p> <p>Incumplimiento con los Requisitos: 9.1.1 y 9.1.3 de la NTC ISO 9001:2015.</p>	CALIDAD	NC

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

PROCESO P4: SUBSECRETARIAS.

Observaciones

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
Se recuerda dar oportuna atención a caja que está en custodia de los Subsecretarios de Comisión, que contiene alrededor de 700 Casetes correspondientes a 430 Comisiones realizadas entre las vigencias 2000 y 2009, los cuales están en riesgo de deterioro y por ende posible pérdida de memoria histórica de ciudad. Se recomienda se tomen las medidas que garanticen su integridad. Tema que será tratado mediante Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	GESTION	O
Verificando la publicación de las Actas de las sesiones de las Comisiones, se pudo evidenciar lo siguiente: Comisión Plan y Tierras actas publicadas desde 2012 hasta 2017, Entidades Descentralizadas 2017, Presupuesto desde 2012 hasta 2017; Adicional a lo anterior, en la auditoría realizada a los subsecretarios de Comisión se ha detectado que el proceso tanto de transcripción hasta la publicación de las Actas de Comisiones no tienen un doliente y que a pesar de que la transcripción de estas se ha venido realizado con algunos grados de dificultad, no existe documentalmente en procedimientos, guías o instructivo donde se definan claramente los roles y las responsabilidades asociadas a este deber que tiene la Corporación según lo establece el Artículo 16 de la Ley 1551 de 2012. La Oficina de Control Interno recomienda se establezca los mecanismos que garanticen la oportunidad en la transcripción y publicación de dichas Actas. Tema que será tratado mediante Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	GESTION	O

No conformidades

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
Se evidencio que la información producida por las Subsecretarias se encuentra alojada en un Disco Duro externo de una Tera y en los PC's de los Subsecretarios, los cuales no brindan la mejor garantía en la integridad de la misma. Esto incrementa el Riesgo de posible perdida y/o de manipulación de la misma, atentando contra la conformidad de los Requisitos: 7.5.3.1 y 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001:2015.	COMBINADA	NC
El texto que identifica las Comisiones Permanentes, esta desactualizado. Falta una Comisión que fue estructurada en el presente año. Adicionalmente, los listados de los Honorables Concejales que participan de cada una de las tres comisiones que aparecen en la Página WEB están 100% desactualizadas, pertenecen a los concejales electos en el periodo 2016 - 2019. Igual pasa en el enlace de Localización Física, el directorio de Honorables Concejales es 100% obsoleto. Esto conlleva a confusión de la Ciudadanía y falta de Transparencia.	CALIDAD	NC

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

PROCESO P6: OFICINA TALENTO HUMANO

Observaciones

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
El Código de Ética aprobado en el año 2017, es un documento 100% obsoleto, el cual se encuentra en proceso de actualización dando cumplimiento a lo dispuesto por el Decreto 1499 de 2017 (Modelo Integrado de Planeación y Gestión), con la incorporación del instrumento denominado Código de Integridad.	COMBINADA	O

Aspectos de mejora

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
En el desarrollo de la Auditoría Interna de Calidad, se observó que las Actividades del PIC y de la Inducción & Reinducción no se ha desarrollado en su 100% debido al tema del COVID-19 y al recorte de presupuesto en el desarrollo de actividades como el PIC. Sin embargo, se hace una invitación para que se desarrollen unas actividades de Capacitación que sumen al PIC bajo la Metodología de contar con unos capacitadores internos que apoyen el Desarrollo de la misma (PAES). Esto va en conformidad con el Requisito: 7.2 y 7.3 de la NTC ISO 9001:2015.	CALIDAD	AM
El enlace 3.5 Directorio de Información de Servidores Públicos, se recomienda sean actualizados. Se evidencian nombres de los Equipos de Trabajo del Cuatrienio 2016 - 2019.	COMBINADA	AM

PROCESO P7: OFICINA ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA.

Aspectos relevantes

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
Se verifica en página WEB del Concejo Distrital de Cali la publicación de los acuerdos municipales correspondientes a la vigencia 2020, encontrándose lo siguiente: Acuerdos Municipales aprobados y debidamente publicados en página WEB del 471 a 477	GESTION	AR
Se destaca la gestión adelantada para la implementación del Sistema de gestión Documental "MIRAVE", el cual según la información suministrada por la líder de la Oficina de Archivo y Correspondencia iniciaría unas pruebas piloto en el mes de julio de la presente vigencia.	GESTION	AR

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

Se verificó que entre los meses de febrero y marzo de 2020 se realizó una reverificación del inventario documental del 100% del archivo central. Adicionalmente se implementó por parte de la Oficina Archivo y Correspondencia un control del inventario en hoja electrónica para facilitar la búsqueda de información.	COMBINADA	AR
--	-----------	----

Observaciones

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
En auditorias pasadas se ha detectado la necesidad de asegurar la integridad de los acuerdos municipales aprobados por el Concejo entre las vigencias 1937 a 1963, los cuales en la actualidad reposan en el archivo central del Concejo Distrital de Cali en única copia física existente. La Oficina de Control interno reitera se sigan tomando medidas y elevándose las gestiones pertinentes que permitan y den garantía a la preservación y conservación de la documentación histórica, apoyándose de los medios digitales que ofrecen las nuevas tecnologías. Es de recordar que el Concejo Distrital de Santiago de Cali no cuenta con una infraestructura óptima para el resguardo del archivo central y por ende los niveles de riesgo de deterioro y posible pérdida a los que se enfrenta esta documentación histórica son altos. Cabe mencionar que la Oficina viene adelantando gestiones con la Subdirección de Trámites, Servicios y Gestión Documental de la Alcaldía de Santiago de Cali, pero se requiere mayor respaldo por parte de la Mesa Directiva para que sea una realidad.	GESTION	O

Aspectos de mejora

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
Para la presente Auditoria, se pudo evidenciar que la Oficina de Archivo y Correspondencia requiere aplicar la Herramienta de Autodiagnóstico de Gestión Documental que proporciona el DAFP a través de su página institucional, con la finalidad de elevarse un plan de acción que contribuya al incremento de los niveles de Desempeño Institucional los cuales son medidos anualmente por el DAFP a través del Formulario Único Reporte de Avance de la Gestión (FURAG).	GESTION	AM
En revisión al control de PQRS realizado a la Dirección estratégica, se pudo evidenciar múltiples registros sin número de radicación, lo cual podría dificultar el rastreo y seguimiento a las PQRS presentadas por la ciudadanía. La Oficina de Control Interno recomienda se articule con la Dirección Estratégica y la Oficina de Informática y Telemática, a fin de garantizar la plena identificación de las PQRS radicadas por la ciudadanía a través de los diferentes canales de atención de estas.	GESTION	AM

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

En revisión al PGD 2017-2020, se pudo detectar que no registra claramente sus fases de implementación hasta el 2020, que no presenta articulación con el PINAR, que incluye una Política de Gestión Documental que no cuenta con las especificaciones que establece el Artículo 2.8.2.5.6 del Decreto 1080 de 2015, entre otros aspectos relevantes para la formulación de un PGD. Por lo anterior, la Oficina de Control Interno recomienda se efectúen los ajustes, se estructure el instrumento técnicamente y se establezcan nuevas metas claramente definidas para el siguiente periodo.	GESTION	AM
Durante la Auditoría Combinada que se planeó y ejecuto con el Proceso de Control Interno, se observó la ausencia de estrategias, mecanismos y/o directrices orientadas a la Gestión de Documentos digitales, producidos por la Entidad con el fin de mitigar cualquier probabilidad de ocurrencia que ocasione perdida de la información. Evento que si se materializa afectaría la conformidad del Requisito: 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001:2015.	COMBINADA	AM
En el ejercicio de la auditoría se pudo evidenciar la necesidad frente a la actualización de las Tablas de Retención Documental (TRD) del corporativo, a razón de que a la fecha existen subseries documentales obsoletas que ya no son aplicables.	COMBINADA	AM
<p>Conforme a las actividades y observaciones realizadas en el Ejercicio Auditoril, se evidencio que hay inconsistencias en las Fichas Técnicas que definen los Indicadores de Gestión de la Oficina auditada. Ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se revisaron en acción de Mejora Continua cada una de las Fichas Técnicas de todos los Procesos y se observó que en la red para digitar los datos se combinan datos en dos tipos de formato y otras casillas están en vacío. No hay una consistencia y concepto del tipo de datos a utilizar. 2. Los resultados obtenidos no son claros y no se entiende como Planeación interpreto estos avances que no dejan un resultado fidedigno de los avances de este Proceso. 3. Los Objetivos Estratégicos definidos en los 3 Indicadores hacen referencia a un Seguimiento y Crecimiento del Sistema Integral de Gestión. Esto confunde, porque aparentemente parece que fuera al Sistema Integrado de Calidad. Es importante primero hacer claridad que es el Sistema de Gestión Documental y lo otro es que ese mismo Objetivo Estratégico no les sirve a los tres indicadores y por tanto tocaría que crear unos nuevos (dos) o ajustarlo tanto en la Ficha Técnica y solicitar el ajuste en el Plan Estratégico. 	COMBINADA	AM

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

PROCESO P8: OFICINA RECURSO FISICO.

Observaciones

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
No se identificó plan de mantenimiento para los Equipos de Sonido (servidor, software, micrófonos, todo en general); del Hemiciclo y del Salón de Comisiones	COMBINADA	O

Aspectos de mejora

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
En el ejercicio de la auditoria se pudo identificar que por instrucciones de la Dirección Estratégica y los efectos causados por la pandemia COVID-19 se permitió que las operaciones administrativas fueran llevadas a cabo bajo la modalidad de teletrabajo. Por tal motivo se permitió que los funcionarios pudieran trasladar equipos de cómputo, impresoras, sillas, entre otros elementos útiles para continuar con labores desde casa, pero se identificó que no existen controles que garanticen la integridad de los elementos devolutivos que son movidos por fuera de las instalaciones del Concejo Distrital.	GESTION	AM
Durante el ejercicio de auditoria, se pudo evidenciar debilidades para la entrega de los bienes devolutivos cuando se presenta la desvinculación de algún funcionario, a razón de que no se establecen plazos para la entrega de dichos bienes (de acuerdo a la normatividad), no se evidencia articulación con la Administración Central que garantice la devolución de las tarjetas de proximidad, no se evidencia articulación con la Oficina de Talento Humano para garantizar la devolución efectiva de los carnets entregados a los funcionarios, entre otros aspectos relevantes a la hora de certificarse la devolución de estos por parte de la Oficina de Recurso Físico.	GESTION	AM
Se verifica Plan Anual de Adquisiciones formulado y publicado tanto en la página WEB como en el SECOP, el cual fue aprobado en enero de 2020 y que a la fecha del presente seguimiento no ha sido actualizado. Téngase en cuenta que se han presentado ajustes en los cronogramas de adquisiciones y que es una de las causales para ser actualizado según lo dice el Artículo 2.2.1.1.1.4.4 del Decreto 1082 de 2015 expedido por el DNP.	GESTION	AM

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

PROCESO P9: OFICINA JURIDICA.

Observaciones

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
<p>Durante el ejercicio de la auditoria pudo identificarse que la Oficina Jurídica no efectúa el trámite a la totalidad de PQRS que se presentan ante la Presidencia de la Corporación como lo definen las funciones de la oficina jurídica en el acuerdo 220 de 2007, perdiendo el liderazgo en la gestión de estas. Mas sin embargo la Dirección Estratégica ha dado tramite a las mismas. Igual situación se notó en la defensa judicial, donde la Oficina Jurídica administra y gestiona parcialmente los procesos legales contra la entidad sin tener claridad y control sobre la totalidad. Para este segundo caso, cabe mencionar que en uno de los reportes que se debe presentar ante la Contraloría General de Santiago de Cali mediante su plataforma SIA, es el Formato F27A_CGSC, y que es deber de la entidad rendirse anualmente relacionando la totalidad de los procesos legales contra la entidad. Lo anterior atenta contra la conformidad de los Requisitos: 6.1, 7.5.3.1 y 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001:2015.</p>	COMBINADA	O

Aspectos de mejora

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
<p>Revisando el diseño de la Matriz de Riesgos de Gestión y Oportunidades, se pudo verificar en el único riesgo formulado que la causa es "Corrupción", lo cual podría catalogar el presente riesgo como de corrupción y su tratamiento o la administración obedecería a otra metodología. La Oficina de Control interno recomienda sea revisado y de ser necesario ajustado de acuerdo al contexto al que aplique. Lo anterior atenta contra la conformidad de los Requisitos: 6.1, 7.5.3.1 y 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001:2015.</p>	COMBINADA	AM

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

PROCESO P10: OFICINA INFORMATICA Y TELEMÁTICA.

Aspectos relevantes

DERCIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
Se destaca la gestión adelantada por la Oficina de Informática y Telemática en lo referente a la ampliación del ancho de banda del internet de la Corporación que pasó de 100 a 300 Megas.	GESTION	AR

Observaciones

DERCIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
En el ejercicio de auditoria se verificó la existencia de cuenta corporativa con espacio de almacenamiento en la nube ilimitado que está siendo empleado para alojar información producida por la corporación como por ejemplo Audios de sesiones plenaria, archivos de gestión de algunas oficinas administrativas, entre otros. Cabe resaltar que a raíz de los cambios enfrentados por la pandemia COVID-19, la corporación se ha visto con la necesidad de implementar mecanismos orientados al manejo y gestión de altos volúmenes de información digital producida que amerita ser tratada y protegida oportuna y técnicamente (medidas de seguridad y privacidad de la información).	GESTION	O

Aspectos de mejora

DERCIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
Durante el ejercicio de auditoria con la Dirección Estratégica pudo evidenciarse la existencia de múltiples PQRS radicadas a la corporación por los diferentes medios definidos, que no presentaban número de radicación para facilitar su seguimiento. La corporación tiene definidos dentro del procedimiento atención a PQRS la Pagina WEB y la Ventanilla Única como mecanismos de recepción, y se ha evidenciado la actividad de otros medios electrónicos como por ejemplo el correo electrónico, los cuales requieren ser gestionados de tal forma que se garantice una plena identificación para el control y seguimiento a las PQRS. Por tal razón la Oficina de Control Interno recomienda que su proceso en articulación con la Dirección Estratégica y la oficina de Archivo y Correspondencia verifiquen los canales electrónicos para la recepción de PQRS, y se definan medidas de control efectivas para la plena identificación de estas.	GESTION	AM
El enlace 2.1 Datos Abiertos, se encuentra desactualizado. No contempla el PAA del año 2020.	COMBINADA	AM

 CONCEJO SANTIAGO DE CALI	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			ISO 9001:2015 BUREAU VERITAS Certification N° CO18.03305 
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019	 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD <small>CONCEJO MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI</small>	

<p>En los Enlaces: Manuales, Seguimiento, Matriz DOFA, Estrategias Anticorrupción, Participación Ciudadana, Estado Documental de Procesos y Procedimientos; se encuentra información desactualizada. Y en el enlace Informes de Empalme, lleva a un error de conexión. Se define como responsable a la Oficina de Informática y Telemática, por el tema del Autocontrol.</p>	COMBINADA	AM
<p>Conforme a las actividades y observaciones realizadas en el Ejercicio Auditoril, se evidencio que hay inconsistencias en las Fichas Técnicas que definen los Indicadores de Gestión de la Oficina auditada. Ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los Indicadores 3 y 10, se encuentran enlazados con un Objetivo Estratégica que no existe en el Plan Estratégico 2020 - 2023. 2. El Indicador 12 - Mejoramiento del Centro de Cableado; contempla una meta a 4 años del 50% y solo para el año 2020 un incremento para llegar al 40%. Es decir que posiblemente se está pensando que en los otros 3 años el crecimiento sería del 3.33%? Se considera, que es una definición al cual le falta mayor Planeación y Análisis para comprometer esos alcances. 3. Se construyeron indicadores con mediciones anuales y cuatrimestrales. Evento que no da lugar a una Acción de Mejora en el tiempo. Por ejemplo: En el último año del Cuatrienio no daría lugar a un Plan de Choque. 	COMBINADA	AM
<p>Conforme al último Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el Dr. Herbert Lobatón Currea - Secretario General de la Entidad, solicito quitar la palabra Corporación de toda la información Documentada de la Entidad. Al revisar la Página WEB de la misma, se evidencia que se siguen utilizando Corporación y Concejo Municipal. En aplicación de la solicitud del Secretario General, se sugiere hacer un mantenimiento total de todos los títulos, enlaces y demás escritos y actualizarlos a Concejo Distrital de Santiago de Cali.</p>	CALIDAD	AM
<p>La Cartilla del Servidor Público, que aparece en la Pantalla de Información Corporativa, es la del año 2017. Es importante comentar que hay dos actualizaciones posteriores: 2018 y 2019. La Oficina de Control Interno Disciplinario solicitó actualización de documento el 27 de nov de 2019 mediante correo electrónico emitido a la Oficina de Informática y Telemática, aneando Cartilla en Versión 2019.</p>	COMBINADA	AM

	FORMATO INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA			
	CÓDIGO: 21.1.23.3.10.147 VERSIÓN: 05	FECHA APROBACIÓN: 31-01-2019		

No conformidades

DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AUDITORIA CALIDAD / GESTION / COMBINADA	NIVEL DE CONFORMIDAD
Durante la navegación por la Página WEB del Concejo, se identificó que la última versión de Instructivo Políticas de Seguridad Informática, data del año 2018. Por parte del Equipo Auditor, se considera importante que este documento sea actualizado; conforme a los cambios que se han dado en el año 2020 respecto a los temas de Virtualidad. Existen hoy en día nuevas herramientas y metodologías para ejecutar las actividades y funciones propias del Concejo y de los Procesos; que deben ser contempladas en dicho documento. Por ejemplo: Durante el ejercicio y desarrollo de la Auditoría y a través de varios eventos presentados durante el año, se evidencio que hay Cuentas de Correo Corporativas manipuladas por múltiples usuarios. Por ejemplo: Dirección Estratégica, Comunicaciones y Relaciones Corporativas, Secretaría General, Subsecretarías, Archivo & Correspondencia, Recurso Físico y Oficina Jurídica. Generando un incremento del riesgo de pérdida de confidencialidad de la información y con alta probabilidad de perdida de la información comunicada a través de estos Canales de Comunicación. Adicional se ha identificado debilidades en la gestión de la información digital producida por las oficinas, a la cual no se le está dando la protección que amerita (backup o Copias de seguridad), que den garanta de la integridad de la información.	COMBINADA	NC
La Matriz DOFA 2019 está mal clasificada. Se encuentra dentro del enlace 6.1.1 Planes y esta debería de estar en el Ítem de Matriz DOFA y debería reemplazar a la existente ahí que data del año 2018.	CALIDAD	NC
El Mapa de Procesos que está en el Enlace Mapas, se encuentra desactualizado y en el año 2019 se envió para su publicación la versión correspondiente. De hecho, este publicado tiene un Logo de Certificado de Bureau Veritas 100% desactualizado, evento que puede conllevar a la suspensión del Certificado.	CALIDAD	NC

4. CONCEPTO DEL EQUIPO AUDITOR

Se entrega informe final a las Partes Interesadas Internas, para que en los próximos cuatro (4) días hábiles formule su respectivo plan de mejoramiento. Plazo máximo para la suscripción del plan de mejoramiento hasta el viernes 14 de agosto de 2020.

ING. CARLOS MAURICIO MARMOLEJO G.
JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

ING. IND. FABIO RAMÍREZ CARDONA
AUDITOR LÍDER ISO 19011:2018 – ISO 9001:2015