

1. INFORMACIÓN GENERAL		
ORGANIZACIÓN		
CONCEJO MUNICIPAL DE YUMBO - VALLE DEL CAUCA		
SITIO WEB: www.concejoyumbo.gov.co		
LOCALIZACIÓN DEL SITIO PERMANENTE PRINCIPAL: Calle 5 No. 4-40 módulo uno CAMY Yumbo, Valle del Cauca, Colombia		
ALCANCE DE LA CERTIFICACION:		
Realización del control político a la administración municipal y entes descentralizados. Estudio y aprobación de proyectos de acuerdo.		
Making the political control of the municipal administration and decentralized entities. Study and approval of according projects.		
EXCLUSIONES JUSTIFICADAS		
7.3 Diseño y desarrollo		
Los servicios y las actividades involucradas en los procesos obedecen al cumplimiento de la normatividad vigente, así como también a prácticas y metodologías aprobadas.		
EXCLUSION VALIDA		
7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición		
Para la prestación de servicios no se requieren equipos de seguimiento y medición. Tampoco se aplican programas informáticos que requieran confirmar su capacidad para satisfacer los requisitos.		
EXCLUSION VALIDA		
CÓDIGO: 36-0		
REQUISITOS DE SISTEMA DE GESTION: ISO 9001:2008, GP1000:2009		
REPRESENTANTE DE LA DIRECCION		
Nombre:	Guillermina Becerra Caicedo	
Cargo:	Secretaria general del Concejo	
Correo electrónico	contacto@concejoyumbo.gov.co	
TIPO DE AUDITORIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Inicial o de Otorgamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Ampliación de alcance <input type="checkbox"/> Reducción de alcance <input type="checkbox"/> Extraordinaria	
	FECHA	DURACIÓN (días – auditoría)
PREPARACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA	2014-10-09	0.5
AUDITORIA EN SITIO	2014-11-12, 13 y 14	2.5
VERIFICACION COMPLEMENTARIA (Si aplica)	NA	NA
EQUIPO AUDITOR		
Auditor líder	Miryam Robayo A.	
Auditor	NA	
Experto Técnico	NA	
DATOS DEL CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTION		
Código asignado por ICONTEC	NA	
Fecha de aprobación inicial	NA	
Fecha vencimiento:	NA	

<p>2. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión. • Evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar el cumplimiento de los requisitos. legales y reglamentarios aplicables al alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión • Determinar la eficaz implementación y mantenimiento del sistema de gestión • Identificar oportunidades de mejora en el sistema de gestión

<p>3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de envío del plan de auditoría: 2014-10-09 • Los criterios de la auditoria incluyen la documentación del sistema de gestión desarrollada en respuesta a los requisitos de la norma / documento normativo?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • La auditoría se realizó en forma combinada y o integrada?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> • Es aplicable el muestreo por múltiple sitio?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> • La auditoria se realizó por muestreo selectivo de evidencias de las actividades y resultados de la organización y por ello tiene asociado incertidumbre por no haber verificado todos los documentos y registros. • ¿En el caso de los esquemas en los que es aplicable el requisito de diseño y desarrollo (Por ejemplo el numeral 7.3 de la nota ISO 9001), este aplica en el alcance del certificado?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> • ¿Existen requisitos legales o reglamentarios aplicables al alcance de certificación? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>. <p>Se verificó la capacidad de cumplimiento de los requisitos reglamentarios aplicables, establecidos en el Normagrama del sistema de gestión de la calidad, mediante su identificación, la planificación de su cumplimiento, la implementación y la verificación por la organización de su cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 80 de octubre 28 de 1993: por la cual se expide el estatuto general de contratación de la administración pública • Ley 1474 de julio 12 de 2011: por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. • Ley 136 de junio 2 de 1994: por el cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios. • Ley 489 de 1998: por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de la atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la constitución política y se dictan otras disposiciones • Ley 909 de septiembre 23 de 2004: por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones. • Ley 1150 de julio 16 de 2007: por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con recursos públicos. • Decreto 2474 de 2008: por el cual se reglamenta parcialmente la ley 80 de 1993 y la ley 1150 de 2007 sobre las modalidades de selección, publicidad, selección objetiva, y se dictan otras

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
disposiciones.	
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 1510 de julio 17 de 2013: por el cual se reglamenta el sistema de compras y contratación pública 	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se presentaron, durante la auditoria, cambios que hayan impedido cumplir con el plan de auditoría inicialmente acordado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen aspectos significativos que incidan en el programa de auditoría? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿El equipo auditor maneja la documentación suministrada por la empresa en forma confidencial y retorna a la organización toda la documentación, en forma física o elimina la entregada en otro medio, solicitada antes y durante el proceso de auditoría?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 	
<ul style="list-style-type: none"> • Se recibió la propuesta de plan de acción para la solución de no conformidades el 26 de noviembre de 2014, siendo devueltas con observaciones. La organización atendió las observaciones, entregando nuevamente el plan de acción el 3 de diciembre. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Los planes de acción en correcciones y acciones correctivas fueron aceptados por el auditor líder el 12 de diciembre de 2014. 	

4. CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN		
Número de no conformidades detectadas en esta auditoria	Mayores	0
	Menores	8
Número de no conformidades pendientes de solución de la anterior auditoria	Mayores	NA
	Menores	NA
Número de no conformidades solucionadas en esta auditoría (se incluyen las no conformidades menores pendientes de la auditoría anterior y las no conformidades mayores identificadas en esta auditoría)	Mayores	0
	Menores	NA
Número total de no conformidades que quedan pendientes de solución	Mayores	0
	Menores	8

5. OPORTUNIDADES DE MEJORA	
↳	La consideración de los elementos que se satisfacen a la comunidad, administración central y entes descentralizados en la Política de calidad, como compromiso de la entidad frente a las partes interesadas. Lo anterior facilitará el entendimiento por parte de los colaboradores, desde los diferentes procesos en los cuales participan.
↳	El fortalecimiento del despliegue de los objetivos de calidad hacia los procesos, de tal manera que mediante las estrategias e implementación de los planes de acción asociados, los colaboradores que conforman los procesos, unifiquen esfuerzos para lograrlos.
↳	La estandarización del proceso Jurídico y su inclusión en el sistema de gestión de la calidad, toda vez que por el carácter de la entidad, se requiere para la administración de las consultas de carácter jurídico relacionadas con el desempeño de todos los procesos del sistema de gestión de la calidad.
↳	El fortalecimiento de las metodologías para el diseño de los medios de comunicación enfocados a promover la convocatoria a los cabildos, considerando etapas tales como diagnóstico, objetivos, metas, población destinataria, actividades, materiales, recursos financieros, responsables, entre otros;

5. OPORTUNIDADES DE MEJORA	
además de contribuir el éxito de la misma, facilitará la evaluación de la gestión del proceso Comunicación y divulgación pública.	
↳	El fortalecimiento de la metodología de la selección de la población para conocer su percepción sobre la gestión de la entidad, de tal manera que la muestra sea representativa en correlación con la asistencia ciudadana a las plenarias y demás actos públicos en los cuales el Concejo convoque.
↳	El fortalecimiento de los criterios establecidos en la encuesta de satisfacción del cliente de cara a la comunidad, en lo que hace referencia a la rendición de cuentas, de tal manera que permita conocer su percepción frente a los medios utilizados para convocar al acto público sobre rendición de cuentas, la presentación del informe de gestión, el alcance e importancia de los temas tratados; entre otros.
↳	La clasificación de los reclamos según su complejidad, permitirá optimizar la oportunidad en el suministro de la solución al ciudadano, frente al plazo máximo para dar solución a un reclamo, como lo establece el marco regulatorio.
↳	La optimización de la metodología de control del inventario de elementos en el almacén, asegurará el cumplimiento frente a los requerimientos de los clientes internos, facilitará la trazabilidad para garantizar la disponibilidad de los mínimos requeridos y asegurará la administración del presupuesto definido para tal fin.
↳	El fortalecimiento de las directrices establecidas cuando se almacenan sustancias peligrosas como el cloro, considerando su disposición de manera segura, la ventilación de las zonas de almacenamiento, la manipulación; todo ello garantiza la disponibilidad de un ambiente seguro para el desempeño de las actividades y la integridad física de las personas.
↳	El fortalecimiento de la metodología para evaluar las habilidades del personal, entendidas como las condiciones innatas o aprendidas que predisponen a una persona para desarrollar determinadas actividades, permitirá asegurar su competencia, complementariamente a la educación, formación y experiencia para cada uno de los cargos requeridos para el desempeño de los procesos.

6. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PENDIENTES DE LA AUDITORIA ANTERIOR	
¿Se evidenció que quedan pendientes no conformidades de la auditoría anterior?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Se implementaron los planes de correcciones y acciones correctivas aceptados por ICONTEC?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NA
¿La organización modificó los planes de correcciones y acciones correctivas acordados con ICONTEC?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NA
¿Se evidencia eficacia de los planes implementados?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NA

7. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
7.1. Análisis de la eficacia del sistema de gestión certificado
<ul style="list-style-type: none"> ¿Se tiene establecida una metodología para el tratamiento de las reclamaciones y quejas de los clientes y/o solicitudes de las partes interesadas? <p>La organización cuenta con el MECOGC14.12.P04, versión 2 Procedimiento de petición, quejas, reclamos y sugerencias (PQR´s). En el período comprendido enero-agosto de 2014, se detectaron 45 derechos de petición. Se realizó la trazabilidad para evaluar la eficacia en la implementación del procedimiento con los siguientes derechos de petición: 100.18-1108, 100-18-614, 100-18-1118, 10-18-345.</p> <p>Se evidenciaron deficiencias en las actividades de consolidación, análisis y retroalimentación al cliente</p>

7. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA		
<p>o peticionario frente a los PQR's, lo que motivó la declaración de una no conformidad menor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Se han presentado comunicaciones con las partes interesadas, incluyendo, si es pertinente, la de organismos de vigilancia y que estén relacionadas con la actividad del sistema de gestión correspondiente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>. <p><u>Programas de Participación ciudadana:</u> a través de la convocatoria de Juntas administradoras locales, Iniciativa popular, Sesión especial, Cabildo abierto; como representación en las diferentes instancias de la participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública.</p> <p><u>Alcaldía municipal:</u> estudio de los proyectos de acuerdo presentados por el señor Alcalde, a través de las diferentes Comisiones del Concejo Municipal.</p> <p><u>Dirección de control interno y racionalización de trámites del Departamento administrativo de la función pública, DAFP:</u> informe ejecutivo anual de control interno, vigencia 2013 y encuesta de MECI.</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Se evidencia el logro de los objetivos de desempeño establecidos por la organización en el último periodo desde la anterior auditoría de ICONTEC? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>. 		
7.2. Recurrencia de no conformidades detectadas en auditorías previas del ciclo de certificación		
<p>A partir de la auditoría de otorgamiento o renovación, indicar contra cuáles requisitos se han reportado no conformidades y si existe recurrencia a algún requisito en particular</p>		
Auditoria	Número de no conformidades	Requisitos
1ª de seguimiento del ciclo	NA	NA
2ª. de seguimiento del ciclo	NA	NA
Renovación	NA	NA
<p>¿Se evidencia recurrencia de no conformidades detectadas en las auditorías de ICONTEC el ciclo de certificación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/></p>		
7.3 Análisis del proceso de auditoría interna		
<p>Se realizó un ciclo de auditorías internas a todos los procesos en agosto de 2014, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de auditorías internas, MECOGC14.P01 versión 3. Se realizó la verificación de su cumplimiento, a través de los registros generados de la auditoría interna realizada al proceso "Comunicación y divulgación pública", "Control Político" y "Procesos de acuerdo".</p> <p>Se encontraron deficiencias en la etapa de ejecución de las auditorías internas, incluyendo la imparcialidad en la selección de los auditores internos, lo que generó la declaración de una no conformidad menor.</p> <p>Se considera necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> El uso apropiado de listas de verificación con la identificación de la evidencia objetiva en, en correspondencia con la evaluación realizada frente a los criterios normativos, facilitará la trazabilidad para la redacción de los no conformes. La profundidad en el análisis de las causas relacionadas con los no conformes resultantes de auditoría, asegurará el planteamiento de la acción correctiva en cambio del correctivo El fortalecimiento de la realización de las auditorías internas y la formación de auditores internos, en correspondencia con las directrices establecidas en la ISO 19011. 		
7.4 Análisis de la revisión del sistema por la dirección		
<p>El informe de la revisión por la dirección, MECOGC14.12.F13, realizado el 24 de septiembre de 2014,</p>		

<p>7. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA</p> <p>contiene los resultados que permiten concluir que el sistema de gestión de la calidad es adecuado, conveniente y eficaz. Sin embargo, la no inclusión de las decisiones y acciones relacionadas con la necesidad de recursos, motivo la declaración de una no conformidad menor.</p>
<p>7.5 Uso del certificado de sistema de gestión y autenticidad del certificado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿El logo o la marca de conformidad se usa en publicidad de acuerdo a lo establecido en el reglamento ES-R-SG-001 y al Manual de Imagen de ICONTEC? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/> • ¿Se evidencia la adecuación de la información contenida en el certificado (vigencia del certificado, logos de organismos de acreditación de acuerdo con razón social registrada en documentos de existencia y representación legal, direcciones de sitios permanentes cubiertos por la certificación, alcance, etc.? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/>



8-INFORMACION RELACIONADA CON NO CONFORMIDADES Y LOS PLANES DE ACCION PARA SOLUCIONARLAS

10. REGISTRO DE NO CONFORMIDADES, CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS							
#	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	CLASIFICACIÓN (MAYOR O MENOR)	REQUISITO (S) DE LA NORMA	CORRECCIÓN PROPUESTA Y FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	ANÁLISIS DE CAUSAS (INDICAR LAS CAUSAS RAÍCES)	ACCIÓN CORRECTIVA PROPUESTA Y FECHA DE LA IMPLEMENTACIÓN	ACEPTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN POR AUDITOR LIDER
1	<p>Se encontraron desviaciones frente al control establecido para el almacenamiento, disposición y recuperación de los documentos.</p> <p>EVIDENCIA En el centro de archivo documental, se encontraron anomalías al verificar el contenido de la Caja No. 01, carpeta No. 7. La Hoja de control que describe el número de los folios y Acuerdos respectivos, no es consistente con los folios y Acuerdos encontrados.</p>	menor	4.2.3	<p>1. Contratar una persona de apoyo con la competencia necesaria para que realice la organización de la documentación del archivo central hasta la reincorporación de la titular de dicho cargo</p> <p>2. Realizar la inducción y entrenamiento a la persona contratada.</p> <p>3. Organizar la documentación del archivo central.</p> <p>4. Realizar el seguimiento del estado de la organización del archivo central.</p> <p>RESPONSABLE: Secretaría General</p> <p>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 05 DE DICIEMBRE DE 2014</p>	<p>1. Falta de capacitación de las personas responsables de las actividades de apoyo del archivo central.</p> <p>2. No se realizó el seguimiento para determinar si el archivo central cumplía con todas las especificaciones de almacenamiento, disposición y recuperación de la documentación.</p>	<p>1. Programar capacitación a los responsables de brindar apoyo acorde a la normatividad de gestión documental asociada.</p> <p>2. Realizar la capacitación a los responsables de brindar apoyo, asegurando el entendimiento y aplicación de la normatividad asociada con el almacenamiento, disposición y recuperación de los documentos.</p> <p>3. Realizar seguimiento a las actividades realizadas por el personal de apoyo.</p> <p>4. Verificar la eficacia de las acciones tomadas.</p> <p>5. Realizar los ajustes de la documentación que así lo requieran.</p> <p>RESPONSABLE: Líder del Proceso de G. Documental.</p> <p>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 30 DE MARZO DE 2015</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: 2014-12-12</p>



	<p>Los resultados de la revisión por la dirección no incluyen la necesidad de recursos.</p> <p>2 EVIDENCIA El informe de la revisión por la dirección, MECOGC14.12.F13, realizada el 24 de septiembre de 2014, no incluyó las decisiones y acciones relacionadas con las necesidades de recursos.</p>	<p>menor</p>	<p>5.6.3</p>	<p>Discriminar en el informe de la revisión por la dirección de fecha 24 sept 2014, en el ítem número 10 "Necesidad de Recursos" los recursos necesarios para llevar acabo las mejoras identificadas en la misma</p> <p>RESPONSABLE: Secretaría General</p> <p>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 27 DE NOVIEMBRE 2014.</p>	<p>Se consideró que era suficiente con la información referenciada (PAC 2014) en el informe de revisión por la dirección</p> <p>No está definido explícitamente en el Flujo grama Procedimiento MECOGC18.P03 Evaluación Al Sistema de Gestión de Calidad, la descripción de los recursos necesarios para las mejoras identificadas durante la revisión por la dirección.</p>	<p>1. Programar revisión y ajuste del Flujo grama Procedimiento MECOGC18.P03 Evaluación Al Sistema de Gestión de Calidad, considerando lo establecido en el requisito 5.6.3 de la ISO 9001:2008 y GP1000:2009, para los resultados de la Revisión por la Dirección.</p> <p>2. Realizar la Revisión y ajuste al procedimiento que incluya la descripción detallada de la necesidad de recursos, para realizar las mejoras identificadas durante la revisión; control y socialización del procedimiento a los responsable e involucrados en el mismo.</p> <p>3. Verificar la eficacia de la acción tomada.</p> <p>4. Realizar ajustes los ajustes que sigan siendo necesarios.</p> <p>RESPONSABLE: Secretaria General</p> <p>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 30 DE MARZO DE 2015</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: 2014-12-12</p>
<p>3</p>	<p>No se pudieron evaluar las acciones tomadas de formación en términos de su efecto sobre la eficacia, eficiencia o efectividad del sistema de gestión de la</p>	<p>menor</p>	<p>6.2.2</p>	<p>1. Evaluar eficacia de las capacitaciones. 2. Solicitar a los</p>	<p>1. Inadecuado uso del método establecido. 2. Desconocimiento de lo</p>	<p>1. Revisar modelaciones, procedimientos y flujo gramas asociados a la actividad y revisar los responsables de las</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha:</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



<p>calidad de la entidad.</p> <p>EVIDENCIA: No se pudieron evaluar las acciones tomadas de formación en términos de su efecto sobre la eficacia, eficiencia o efectividad del sistema de gestión de la calidad de la entidad, en relación con el curso "Imagen, protocolo y etiqueta corporativa para secretarías y asistentes administrativos", dictada el 7, 8 y 9 de agosto de 2014 por el Centro nacional para el desarrollo de la administración pública CENDAP, a la auxiliar administrativa Martha Cecilia Burbano en conformidad con sus funciones esenciales y contribuciones individuales relacionadas con la planificación de compras y almacenamiento, establecidas en la Resolución No 100-06-278 del 28 de julio de 2014.</p> <p>Tampoco se pudo evaluar la eficacia de la formación "Organizar archivos de gestión de acuerdo con normatividad vigente y políticas institucionales" dictada por el SENA a la misma funcionaria.</p>			<p>participantes de las diferentes capacitaciones, las acciones de mejoras que se llevarán a cabo como resultado de las capacitaciones recibidas, lo anterior con el fin de evaluar el efecto de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>RESPONSABLES: Secretaría General y Secretaría Ejecutiva</p> <p>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 09 DE DICIEMBRE 2014.</p>	<p>establecido en la modelación.</p> <p>3. Inadecuad a socialización del método.</p> <p>4. Hay confusión de responsabilidades en las actividades.</p>	<p>actividades para definir apropiadamente las mismas.</p> <p>2. Programar socialización de los documentos revisados y ajustados y sensibilización sobre su aplicación cada que sea requerido.</p> <p>3. Realizar socialización de los documentos ajustados, asegurando su entendimiento y sensibilización. Realizar las evaluaciones de la eficacia de las capacitaciones que sigan pendientes por realizar en conformidad con la metodología revisada y ajustada vs. el mejoramiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>4. Verificar la aplicación de lo establecido en el proceso realizando el plan de capacitación correspondiente y la evaluación de la eficacia de las acciones tomadas.</p> <p>5. Realizar los ajustes que sigan siendo necesarios.</p> <p>RESPONSABLES: Secretaria General y Secretaria Ejecutiva</p> <p>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 30 DE MARZO DE 2015</p>	<p>2014-12-12</p>
<p>4</p> <p>No se pudo evidenciar como se preservan las partes constitutivas del servicio.</p> <p>EVIDENCIA: Se encontraron almacenados envases de</p>	<p>menor</p>	<p>7.5.5</p>	<p>Ubicar adecuadamente los productos en el área del almacén según su naturaleza, identificación y clasificación.</p>	<p>1. No se ha definido la metodología apropiada para el manejo de los productos</p>	<p>1. Establecer un procedimiento guía, definiendo la metodología adecuada para la correcta identificación y</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: 2014-12-12</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



<p>límpido que presentan sales de cloro en sus paredes y que han oxidado parte de la estructura metálica de los estantes que los contienen. No se pudo evidenciar el análisis que se realiza para el mantenimiento de los stocks de este producto en almacén.</p>			<p>RESPONSABLES: Líder del proceso.</p> <p>FECHA: 05 DE DICIEMBRE 2014.</p>	<p>almacenados según su composición, para su correcta identificación y las precauciones de seguridad durante el almacenamiento y manejo de los mismos.</p> <p>2. No se ha realizado la clasificación de los elementos que son partes constitutivas del servicio.</p>	<p>clasificación de los elementos constitutivos del servicio que presta el Concejo Municipal de Yumbo.</p> <p>2. Programar capacitación a la persona responsable del proceso sobre la identificación, clasificación, almacenamiento y manejo de los productos.</p> <p>3. Realizar capacitación a la responsable del proceso sobre la identificación, clasificación, almacenamiento y manejo de los productos.</p> <p>4. Verificar la eficacia de las acciones tomadas frente a la implementación de actividades de almacenamiento de acuerdo a lo determinado en el SGC</p> <p>5. Realizar ajustes que sean necesarios.</p> <p>RESPONSABLE: Facilitador de Calidad y líder del proceso.</p> <p>FECHA: 30 DE ABRIL DE 2015.</p>	
---	--	--	--	--	---	--

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



5	<p>La selección de los auditores, no asegura la imparcialidad del proceso de auditoría.</p> <p>En la realización de las auditorías internas no se determinó si el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos de las normas NTC ISO 9001:2008, NTC GP1000:2009, disposiciones planificadas o requisitos del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>EVIDENCIA El auditor Carlos Velandia quien participó en la auditoría interna realizada al proceso Control, hace parte del personal que conforma este proceso.</p> <p>La única no conformidad detectada en las auditorías internas realizadas en julio de 2014 frente al proceso “Comunicación y divulgación”, no determina que requisito contraviene de las normas NTC ISO 9001:2008, NTC GP1000:2009; disposiciones planificadas o requisitos del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>La Hoja de chequeo de las auditorías internas realizadas a los procesos Control Político y Acuerdos, no permite identificar que se hayan verificado los requisitos 7.1, 8.2.4, 8.3, 8.2.3, propios de estos procesos.</p>	menor	8.2.2	<p>1. Incluir en el informe de Auditoría Interna los numerales de referencia de las normas NTC ISO 9001:2008, NTC GP 1000:2009 para los hallazgos encontrados</p> <p>RESPONSABLES: Control Interno.</p> <p>FECHA: 27 NOVIEMBRE DE 2014</p>	<p>1. No se consideró que él contratista de apoyo a la gestión de calidad, hacia parte del personal que conformaba el proceso de control</p> <p>2. Se considero que al referenciar la norma NTC GP1000:2009, implícitamente estábamos teniendo en cuenta la norma NTC ISO 9001:2008,por lo tanto no se hizo de forma explícita la referencia de la norma a considerar o definir en las disposiciones planificadas del SGC.</p> <p>3. No se hizo una revisión minuciosa sobre los requisitos a considerar para cada proceso en las diferentes listas de chequeo y al momento de describir la no conformidad detectada.</p>	<p>1. Elegir objetivamente el equipo auditor para cada uno de los procesos asegurando su independencia.</p> <p>2. Programar y realizar capacitación para fortalecer las competencias de los auditores internos en conformidad en lo establecido en la ISO 19011:2012 y directrices establecidas en el procedimiento de auditorías internas.</p> <p>3. Realizar programa y plan de auditoría para el año 2015</p> <p>4. Verificar la eficacia de las acciones implementadas</p> <p>6. Realizar ajustes necesarios</p> <p>RESPONSABLE: Control Interno</p> <p>FECHA: 27 DE FEBRERO DE 2015</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: 2014-12-12</p>
6	<p>No se evidenciaron métodos apropiados para el seguimiento de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia)</p> <p>Tampoco se pudo evaluar la eficacia de las acciones correctivas frente a la medición establecida cuando no se alcanzan los resultados planificados</p>	menor	8.2.3	<p>1. Realizar conclusiones del Cabildo abierto de movilidad y enviarlas a los funcionarios competentes para que dentro de un tiempo prudencial</p>	<p>1. No se consideraba pertinente la información obtenida a partir del indicador “Grado de Ejecución del Presupuesto”</p> <p>2. Falta de control y seguimiento a la realización de las conclusiones de los</p>	<p>1. Programar y realizar reunión con los responsables de procesos para revisar la pertinencia de los indicadores y realizar los ajustes necesarios.</p> <p>3. Sensibilizar sobre la importancia de que la</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: 2014-12-12</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



	<p>EVIDENCIA: No se pudo evidenciar la evaluación de la eficacia de las conclusiones del Cabildo abierto de movilidad realizado el 29 de abril de 2014, descritas en el oficio No. 100-19-02-424 de junio 19 de 2014.</p> <p>En el proceso Gestión económica y financiera no se encontró calculado el indicador de gestión "Grado de ejecución del presupuesto" en el trimestre julio-agosto-septiembre de 2014; para evaluar la eficacia de las acciones correctivas tomadas al no cumplirse la meta planificada en el primero y segundo trimestre de 2014.</p>			<p>ejerzan las acciones pertinentes que sean necesarias y solicitar dentro del mes siguiente los avances de las acciones establecidas en las conclusiones.</p> <p>2. Establecer un mecanismo de seguimiento para las acciones procedentes de las conclusiones de los cabildos realizados.</p> <p>3. Calcular el indicador "Grado de ejecución del presupuesto" en el trimestre julio-agosto-septiembre de 2014 y evaluar la eficacia de las acciones correctivas tomadas</p> <p>RESPONSABLES: Dueño del proceso y facilitador de calidad</p> <p>FECHA: 05 DE DICIEMBRE 2014.</p>	<p>cabildos.</p> <p>3. Aun no se ha convertido en un hábito documentar todas las acciones de mejora identificadas e implementadas en los diferentes procesos</p>	<p>información obtenida de los indicadores siempre debe ser analizada, para de igual forma tomar las acciones apropiadas y oportunas enfocadas al cumplimiento de los objetivos específicos de cada de procesos y los objetivos de calidad</p> <p>3. Socializar los cambios realizados a los mismos</p> <p>4. Verificar la eficacia de las acciones tomadas</p> <p>5. Realizar los ajustes necesarios</p> <p>RESPONSABLE: Facilitador de Calidad y grupo financiero</p> <p>FECHA: 30 DE MARZO 2015</p>	
7	<p>No se encontró como se trata el producto que no es conforme con los requisitos.</p> <p>EVIDENCIA: En la verificación del proceso Acuerdos, se encontró que el informe de Ponencia para primer debate, correspondiente al acuerdo No. 011 del 12 de mayo de 2014, no</p>	menor	8.3	<p>1. En las ponencias realizadas para el primer debate ya se especifica el nombre del autor del proyecto de acuerdo.</p> <p>2. Se organizó de</p>	<p>1. No se aplica lo establecido en los diferentes documentos del sistema de gestión de calidad.</p> <p>2. No estamos</p>	<p>1. Programar reunión con los responsables de cada proceso para realizar revisión y ajuste de cada una de las modelaciones, flujo gramas y procedimientos.</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: 2014-12-12</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



<p>"coloca en su encabezamiento en forma destacada el autor (es) del proyecto", contraviniendo lo establecido en el Reglamento interno.</p> <p>Tampoco se pudo verificar la implementación del procedimiento Acuerdos en la gestión realizada para la aprobación del Acuerdo No. 018 del 30 de julio de 2014 por medio del cual se crea y se conforma la comisión municipal de ordenamiento territorial y se dictan otras disposiciones, al no encontrarse la carpeta respectiva.</p> <p>En la verificación del proceso Control político, no se encontraron las conclusiones del Cabildo abierto de movilidad realizado el 29 de abril de 2014, contraviniendo los requisitos establecidos en el MMCPGP18.P01 Procedimiento de control político.</p>			<p>acuerdo a las TRDS la carpeta de acuerdos de la vigencia 2014.</p> <p>3. Realizar conclusiones del Cabildo abierto de movilidad realizado el 29 de abril de 2014, descritas en el oficio No. 100-19-02-424 de junio 19 de 2014.</p> <p>RESPONSABLES: Líder del Proceso.</p> <p>FECHA: 05 DE DICIEMBRE 2014.</p>	<p>convencidos que lo establecido en los procedimientos es el deber ser y lo que debe hacerse.</p> <p>3. La elaboración de los documentos del proceso y/o actividad en algunas veces se realiza sin la participación de los responsables del proceso.</p>	<p>2. Programar y realizar sensibilización de la importancia de ejecutar las actividades según lo establecido en el procedimiento.</p> <p>3. Programar y realizar socialización de los documentos ajustados, asegurando su entendimiento.</p> <p>4. Establecer un mecanismo de control a la realización de las conclusiones, procedentes de los cabildos realizados.</p> <p>5. Verificar la eficacia de las acciones tomadas.</p> <p>6. Realizar los ajustes de la documentación que así lo requieran</p> <p>RESPONSABLES: Líder del Proceso y Facilitador de calidad.</p> <p>FECHA:30 ABRIL DE 2015</p>	
<p>No se implementan las acciones correctivas para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.</p> <p>8 EVIDENCIA</p> <p>No se evidenciaron las acciones correctivas implementadas frente a las anomalías detectadas por el proceso Control interno en el tratamiento de las</p>	<p>menor</p>	<p>8.5.2</p>	<p>Realizar plan de acción correctivo para dar tratamiento adecuado a las anomalías detectadas en el informe de Control Interno referente a los PQRS.</p>	<p>1. La metodología establecida para el control y tratamiento de las PQR no contempla todas las actividades que se deben realizar de consolidación,</p>	<p>1. Revisar y ajustar el procedimiento existente "procedimiento petición quejas, reclamos y sugerencias (PQRS-MECOGC14.12.P04)" asegurándole la</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: 2014-12-12</p>

INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN



<p>PQR's, según se evidencia en su informe emitido el 30 de septiembre de 2014.</p>			<p>RESPONSABLES: Secretaría General</p> <p>FECHA: 05 DE DICIEMBRE 2014.</p>	<p>análisis de la información resultante y toma de acciones y retroalimentación al cliente o peticionario, los responsables de las mismas y los tiempos en las cuales se deben ejecutar</p> <p>1.</p>	<p>inclusión de la retroalimentación, consolidación de la información, análisis responsables y tiempos de respuesta</p> <p>2. Socializar el documento revisado y ajustado a los diferentes involucrados en su aplicación y mejoramiento</p> <p>3. Verificar la eficacia de las acciones implementadas</p> <p>4. Realizar los ajustes a la documentación que a si los requiera</p> <p>FECHA: 20 DE MARZO DE 2015</p>	
---	--	--	---	---	---	--

9. Relación de registros adicionales que se deben cargar en el sistema informático bpm (marcar con una x los documentos que se cargan en bpm) – Para uso interno de ICONTEC	
Programa de auditorías (obligatorio para otorgamiento, renovación y cada ciclo de certificación)	X
Plan de muestreo para multisitio (obligatorio para otorgamiento, renovación y siempre que se hagan cambios al plan de muestreo en los seguimientos).	NA
No conformidades firmadas por el cliente (se anexan al informe)	X
Cuestionario de evaluación de FSSC 22000 (solo aplica para este esquema)	NA

10. CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR DE ACUERDO CON EL ES-R-SG-01				
Se recomienda otorgar la Certificación del Sistema de Gestión				X
Se recomienda no otorgar la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda renovar la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda reactivar la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda ampliar / reducir la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda no ampliar la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda suspender la Certificación del Sistema de Gestión				
Mantener la Certificación del Sistema de Gestión				
Se recomienda cancelar o retirar la Certificación del Sistema de Gestión				
Comentarios adicionales:				
Nombre auditor líder:	Miryam Robayo A.	FECHA:	2014	12 15

Este informe es propiedad de ICONTEC y se comunicará después de la auditoría únicamente a la empresa y no será divulgado a terceros sin autorización de la empresa.

SOLICITUD DE ACCION CORRECTIVA



Empresa	CONCEJO MUNICIPAL DE YUMBO - VALLE DEL CAUCA	Fecha	2014-11-14
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s): NTC ISO 9001:2008	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	NTC GP1000:2009	4.2.3	
Descripción de la No - Conformidad:			
Se encontraron desviaciones frente al control establecido para el almacenamiento, disposición y recuperación de los documentos.			
Auditor:	Miryam Robayo A.	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
En el centro de archivo documental, se encontraron anomalías al verificar el contenido de la Caja No. 01, carpeta No. 7. La Hoja de control que describe el número de los folios y Acuerdos respectivos, no es consistente con los folios y Acuerdos encontrados.			

SOLICITUD DE ACCION CORRECTIVA



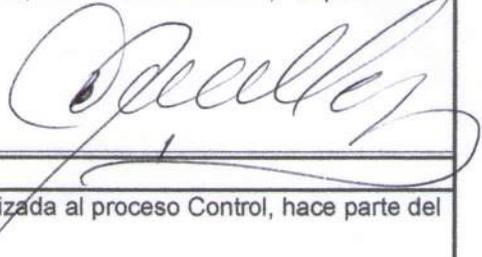
Empresa	CONCEJO MUNICIPAL DE YUMBO - VALLE DEL CAUCA	Fecha	2014-11-14
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s): NTC ISO 9001:2008	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	NTC GP1000:2009	5.6.3	
Descripción de la No - Conformidad:			
Los resultados de la revisión por la dirección no incluyen la necesidad de recursos.			
Auditor:	Miryam Robayo A.	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
El informe de la revisión por la dirección, MECOGC14.12.F13, realizada el 24 de septiembre de 2014, no incluyó las decisiones y acciones relacionadas con las necesidades de recursos.			

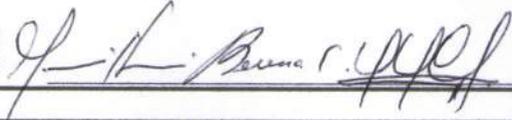
Empresa	CONCEJO MUNICIPAL DE YUMBO - VALLE DEL CAUCA	Fecha	2014-11-14
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s): NTC ISO 9001:2008	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	NTC GP1000:2009	6.2.2	
Descripción de la No - Conformidad:			
No se pudieron evaluar las acciones tomadas de formación en términos de su efecto sobre la eficacia, eficiencia o efectividad del sistema de gestión de la calidad de la entidad.			
Auditor:	Miryam Robayo A.	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
No se pudieron evaluar las acciones tomadas de formación en términos de su efecto sobre la eficacia, eficiencia o efectividad del sistema de gestión de la calidad de la entidad, en relación con el curso "Imagen, protocolo y etiqueta corporativa para secretarías y asistentes administrativos", dictada el 7, 8 y 9 de agosto de 2014 por el Centro nacional para el desarrollo de la administración pública CENDAP, a la auxiliar administrativa Martha Cecilia Burbano en conformidad con sus funciones esenciales y contribuciones individuales relacionadas con la planificación de compras y almacenamiento, establecidas en la Resolución No 100-06-278 del 28 de julio de 2014.			
Tampoco se pudo evaluar la eficacia de la formación "Organizar archivos de gestión de acuerdo con normatividad vigente y políticas institucionales" dictada por el SENA a la misma funcionaria.			

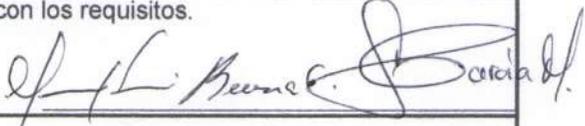
SOLICITUD DE ACCION CORRECTIVA



Empresa	CONCEJO MUNICIPAL DE YUMBO - VALLE DEL CAUCA	Fecha	2014-11-14
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s): NTC ISO 9001:2008	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	NTC GP1000:2009	7.5.5	
Descripción de la No - Conformidad:			
No se pudo evidenciar como se preservan las partes constitutivas del servicio.			
Auditor:	Miryam Robayo A.	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
Se encontraron almacenados envases de límpido que presentan sales de cloro en sus paredes y que han oxidado parte de la estructura metálica de los estantes que los contienen. No se pudo evidenciar el análisis que se realiza para el mantenimiento de los stocks de este producto en almacén.			

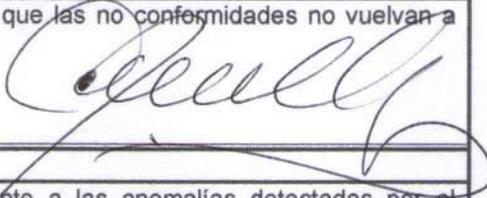
Empresa	CONCEJO MUNICIPAL DE YUMBO - VALLE DEL CAUCA	Fecha	2014-11-14
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s): NTC ISO 9001:2008	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	NTC GP1000:2009	8.2.2	
Descripción de la No - Conformidad:			
La selección de los auditores, no asegura la imparcialidad del proceso de auditoria.			
En la realización de las auditorias internas no se determinó si el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos de las normas NTC ISO 9001:2008, NTC GP1000:2009, disposiciones planificadas o requisitos del sistema de gestión de la calidad.			
Auditor:	Miryam Robayo A.	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
El auditor Carlos Velandia quien participó en la auditoria interna realizada al proceso Control, hace parte del personal que conforma este proceso.			
La única no conformidad detectada en las auditorias internas realizadas en julio de 2014 frente al proceso "Comunicación y divulgación", no determina que requisito contraviene de las normas NTC ISO 9001:2008, NTC GP1000:2009; disposiciones planificadas o requisitos del sistema de gestión de la calidad.			
La Hoja de chequeo de las auditorias internas realizadas a los procesos Control Político y Acuerdos, no permite identificar que se hayan verificado los requisitos 7.1, 8.2.4, 8.3, 8.2.3, propios de estos procesos.			

Empresa	CONCEJO MUNICIPAL DE YUMBO - VALLE DEL CAUCA	Fecha	2014-11-14
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s): NTC ISO 9001:2008	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	NTC GP1000:2009	8.2.3	
Descripción de la No - Conformidad:			
No se evidenciaron métodos apropiados para el seguimiento de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia)			
Tampoco se pudo evaluar la eficacia de las acciones correctivas frente a la medición establecida cuando no se alcanzan los resultados planificados			
Auditor:	Miryam Robayo A.	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
No se pudo evidenciar la evaluación de la eficacia de las conclusiones del Cabildo abierto de movilidad realizado el 29 de abril de 2014, descritas en el oficio No. 100-19-02-424 de junio 19 de 2014.			
En el proceso Gestión económica y financiera no se encontró calculado el indicador de gestión "Grado de ejecución del presupuesto" en el trimestre julio-agosto-septiembre de 2014; para evaluar la eficacia de las acciones correctivas tomadas al no cumplirse la meta planificada en el primero y segundo trimestre de 2014.			

Empresa	CONCEJO MUNICIPAL DE YUMBO - VALLE DEL CAUCA	Fecha	2014-11-14
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s): NTC ISO 9001:2008	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	NTC GP1000:2009	8.3	
Descripción de la No - Conformidad:			
No se encontró como se trata el producto que no es conforme con los requisitos.			
Auditor:	Miryam Robayo A.	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
<p>En la verificación del proceso Acuerdos, se encontró que el informe de Ponencia para primer debate, correspondiente al acuerdo No. 011 del 12 de mayo de 2014, no "coloca en su encabezamiento en forma destacada el autor (es) del proyecto", contraviniendo lo establecido en el Reglamento interno.</p> <p>Tampoco se pudo verificar la implementación del procedimiento Acuerdos en la gestión realizada para la aprobación del Acuerdo No. 018 del 30 de julio de 2014 por medio del cual se crea y se conforma la comisión municipal de ordenamiento territorial y se dictan otras disposiciones, al no encontrarse la carpeta respectiva.</p> <p>En la verificación del proceso Control político, no se encontraron las conclusiones del Cabildo abierto de movilidad realizado el 29 de abril de 2014, contraviniendo los requisitos establecidos en el MMCPGP18.P01 Procedimiento de control político.</p>			

SOLICITUD DE ACCION CORRECTIVA



Empresa	CONCEJO MUNICIPAL DE YUMBO - VALLE DEL CAUCA	Fecha	2014-11-14
<input type="checkbox"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s): NTC ISO 9001:2008	Requisito(s):	
<input checked="" type="checkbox"/> No - Conformidad Menor	NTC GP1000:2009	8.5.2	
Descripción de la No - Conformidad:			
No se implementan las acciones correctivas para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.			
Auditor:	Miryam Robayo A.	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
No se evidenciaron las acciones correctivas implementadas frente a las anomalías detectadas por el proceso Control interno en el tratamiento de las PQR's, según se evidencia en su informe emitido el 30 de septiembre de 2014.			