

**EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE CAJICÁ S.A. E.S.P.**

**INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**PROCESO AL QUE SE LE REALIZÓ LA AUDITORÍA  
GESTIÓN SGC (SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD)**

**MARTHA LILIANA GARCIA ROJAS  
JEFE DE CONTROL INTERNO**

**OCTUBRE DE 2023**

RESPONSABLE	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Proyectó	JEFE DE CONTROL INTERNO	LILIANA GARCÍA ROJAS	

Los firmantes, manifestamos expresamente que se ha elaborado, revisado y aprobado el presente documento administrativo, y por encontrarlo ajustado a las disposiciones, constitucionales, legales y reglamentarias vigentes, lo presentamos para su firma bajo nuestra responsabilidad.

## INTRODUCCIÓN

En ejercicio de las facultades otorgadas por la Ley 87 de 1993, el Decreto 2145 de 1999 y sus modificaciones, los Decretos 648 de 2017 y 1499 de 2017, los cuales establecen como función realizar la evaluación independiente al Sistema de Control Interno, a los procesos, procedimientos, actividades y actuaciones de la Administración, con el fin de determinar el cumplimiento de la gestión institucional y los objetivos de la Entidad para la mejora continua del Sistema.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno de la Empresa de Servicios Públicos de Cajicá S.A. E.S.P. obedeciendo a sus responsabilidades y funciones, se permite presentar el siguiente informe final.

### OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar el cumplimiento del proceso del SGC (Sistema de Gestión de Calidad).

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar aleatoriamente los procesos que corresponden al proceso del SGC (Sistema de Gestión de Calidad) de la entidad.

### ALCANCE

El alcance de la auditoría se realizó a la vigencia 2023.

### CRITERIOS

- Procedimientos, manuales, formatos y/o guías del proceso SGC (Sistema de Gestión de Calidad).
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Constitución Política de Colombia, Artículos 209 y 269.
- Ley 87 de 1993 *“Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”*.
- Ley 142 de 1994. *“Por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones”*.
- Ley 1952 de 2019 *“Por medio de la cual se expide el código general disciplinario se derogan la ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la ley 1474 de 2011, relacionadas con el derecho disciplinario”*.
- Ley 594 de 2022 *“Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.”*

RESPONSABLE	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Proyectó	JEFE DE CONTROL INTERNO	LILIANA GARCÍA ROJAS	
Los firmantes, manifestamos expresamente que se ha elaborado, revisado y aprobado el presente documento administrativo, y por encontrarlo ajustado a las disposiciones, constitucionales, legales y reglamentarias vigentes, lo presentamos para su firma bajo nuestra responsabilidad.			

- Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción “*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*”.
- Decreto 1499 de 2017 “*Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015*”.
- Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad.

## METODOLOGÍA

La metodología y desarrollo de la auditoría se soporta en la verificación de los documentos de cada procedimiento, la aplicación de lista de chequeo y el seguimiento y verificación de los documentos.

## CRONOGRAMA

<b>Reunión de Apertura</b>	<b>Día</b>	20	<b>Mes</b>	09	<b>Año</b>	2023
<b>Ejecución de la Auditoría</b>	<b>Desde</b>	20-09-2023	<b>Hasta</b>	28-09-2023		
<b>Reunión de cierre</b>	<b>Día</b>	29	<b>Mes</b>	09	<b>Año</b>	2023

## DIFICULTADES

- El cronograma de ejecución se prolongó debido a las diferentes actividades propias de la oficina de control interno.

## HALLAZGOS

1. Una vez verificada la matriz “*seguimiento salidas No conformes Cod. ADGFO-29 de fecha 17-11-2020 versión 02*” del proceso de acueducto, alcantarillado y aseo se registraron las siguientes salidas no conformes:

Proceso	Nombre de la Salida
Alcantarillado	Mantenimiento de los equipos electromecánicos de la PTAR de calahorra
Alcantarillado	Actividades de diseño Hidráulicos, levantamientos topográficos y desarrollo por fuera de parámetros.
Alcantarillado	Fallas en la continuidad del servicio.
Alcantarillado	Fallas de mantenimiento de maquinaria, equipos y herramientas.
Alcantarillado	Fallas de calidad en el servicio.
Alcantarillado	Errores en las actas de vecindad.
Alcantarillado	Instalaciones acometidas por fuera de parámetros.
Alcantarillado	Sobre costos en obras.
Alcantarillado	Incumplimiento de cronogramas de trabajo.

RESPONSABLE	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Proyectó	JEFE DE CONTROL INTERNO	LILIANA GARCÍA ROJAS	
Los firmantes, manifestamos expresamente que se ha elaborado, revisado y aprobado el presente documento administrativo, y por encontrarlo ajustado a las disposiciones, constitucionales, legales y reglamentarias vigentes, lo presentamos para su firma bajo nuestra responsabilidad.			

Alcantarillado	Incumplimiento en el contrato para la construcción de la PTAR de Calahorra.
Acueducto	Actividades de gestión con otras entidades (EAAB, SSPD, EPC Cundinamarca, IAS, CAR, Proveedores. entre otras)
	Actividades de diseño y desarrollo por fuera de parámetros.
	Fallas en la continuidad del servicio.
	Errores en lecturas.
	Viabilidades de Servicio.
Aseo	Fallas de mantenimiento de maquinaria, equipos y herramientas.
	Incumplimiento de cronogramas de trabajo.
	Incumplimiento del plan de manejo integral de residuos.
	incumplimiento con tiempos estipulados en el plan de gestión de residuos sólidos para el mantenimiento de zonas verdes.

Posteriormente, se verifico el formato “*matriz salidas no conformes Cod. ADGCMT-07 de fecha 11-11-2020 versión 02*” de los procesos AAA (acueducto, alcantarillado y aseo) en el cual se observó que las salidas no conformes no se encuentran controladas para prevenir su uso o entrega no intencional.

**Causa:** falta de tratamiento a las salidas no conformes por parte de los lideres de proceso.

**Consecuencia:** se genera la entrega de una salida no conforme. Numeral 8.7

- En la verificación del indicador de gestión “*derechos de petición atendidos por términos de ley*” implementado en el proceso de Gestión Comercial no se han implementado acciones correctivas para las quejas que presentan los usuarios en la entidad.

**Causa:** desconocimiento del numeral 10.2 de la ISO 9001:2015 SGC por parte del líder del proceso de gestión comercial y falta de seguimiento del proceso de SGC.

**Consecuencia:** posibles sanciones a la entidad por la entrega fuera de los términos de Ley.

**Respuesta al pre informe:** se solicita eliminar la parte que dice “y que provienen de salidas no conformes” ya que no corresponde al hallazgo encontrado, por tanto se debe ajustar la consecuencia.

De acuerdo a la respuesta del líder del proceso del SGC se tuvo en cuenta su observación por lo cual se procede a ajustar el hallazgo.

- El resultado del indicador “*derechos de petición atendidos por términos de ley*” de los meses de enero, febrero, marzo, abril, junio y julio de 2023, no cumplió la meta esperada de la ficha del indicador siendo esto un riesgo para la entidad ya que se pueden generar silencios administrativos positivos por el incumplimiento de la Ley 1755 de 2015.

**Causa:** inadecuado sistema de alertas que permita dar respuesta en los términos de Ley.

RESPONSABLE	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Proyectó	JEFE DE CONTROL INTERNO	LILIANA GARCÍA ROJAS	
Los firmantes, manifestamos expresamente que se ha elaborado, revisado y aprobado el presente documento administrativo, y por encontrarlo ajustado a las disposiciones, constitucionales, legales y reglamentarias vigentes, lo presentamos para su firma bajo nuestra responsabilidad.			

**Consecuencia:** generación de incumplimientos normativos que pueden materializarse en silencios administrativos, acciones de tutela e investigaciones disciplinarias.

- Una vez revisado el programa anual de auditoría interna vigencia 2023, se encontró que el documento no cuenta con las firmas de los responsables ni se encuentra aprobado por la Alta gerencia generando así un riesgo de invalidez y autenticidad de los documentos debido a que no se tuvo en cuenta la planificación del proceso.

**Causa:** falta de seguimiento y verificación por parte del proceso de SGC.

**Consecuencia:** incumplimiento de las responsabilidades de la guía de auditoría interna y externa y Numeral 9.2.1 de la norma ISO 9001:2015.

- En la aplicación de la lista de chequeo y ejecución de la auditoria, el área de calidad manifestó que los líderes de proceso no han entregado las acciones para las oportunidades de mejora que estableció la auditoría externa (Icontec) vigencia 2023. Sin embargo, al verificar la *guía para la toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora Cod.ADG CPR-05 de fecha 18/07/2023 versión 09* y, la *guía de auditoría interna y externa Cod.ADG CPR-04 de fecha 18/07/2023 versión 09*, y de acuerdo a los correos enviados por el área de calidad, se observa que esta actividad no se encuentra definida como parte del procedimiento así como tampoco se encuentran los criterios a seguir una vez se establecen las No conformidades u oportunidades de mejora en las auditorías internas y externas de calidad.

Así mismo, el líder del proceso del SGC manifiesta que realiza el seguimiento y verificación de las acciones correctivas directamente en las áreas auditadas. Dicha actividad no se encuentra documentada en la *guía para la toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora Cod.ADG CPR-05 de fecha 18/07/2023 versión 09*.

**Causa:** desconocimiento de los procedimientos documentados en el proceso de calidad.

**Consecuencia:** información desactualizada de la documentación correspondiente al proceso de SGC. Numeral 7.5.2 creación y actualización.

**Respuesta:** *en cuanto al hallazgo 5 no estamos de acuerdo con que sea un hallazgo teniendo en cuenta que no se está incumpliendo ningún numeral de la norma como recomendación de mejora.*

De acuerdo a la respuesta dada por el líder del proceso del SGC, se aclara que el numeral que se está incumpliendo es el 7.5.2 de la norma ISO 9001:2015. Lo anterior, ya que se está realizando la actividad de solicitud y seguimiento a acciones correctivas y oportunidades de mejora de auditorías internas y externas de calidad las cuales no encuentran documentadas en la guía. Por lo anterior, no se desvirtúa y la oficina de control interno lo mantiene como hallazgo.

RESPONSABLE	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Proyectó	JEFE DE CONTROL INTERNO	LILIANA GARCÍA ROJAS	
Los firmantes, manifestamos expresamente que se ha elaborado, revisado y aprobado el presente documento administrativo, y por encontrarlo ajustado a las disposiciones, constitucionales, legales y reglamentarias vigentes, lo presentamos para su firma bajo nuestra responsabilidad.			

6. La guía de auditoría interna y externa *Cod.ADGCP-04 de fecha 18/07/2023 versión 09*, establece lo siguiente "...el Comité de la Alta Dirección elige a los auditores que van a realizar cada auditoría, los cuales pertenecen a un proceso diferente". De Acuerdo a respuesta del líder del proceso de SGC, no se cuenta con el acto administrativo de conformación y reglamentación del comité de la Alta Dirección.

**Causa:** desconocimiento y falta de seguimiento por parte del líder del proceso del SGC.

**Consecuencia:** información desactualizada del proceso de SGC. Numeral 7.5.2 creación y actualización.

## OBSERVACIONES

1. El proceso del SGC controla el listado maestro de documentos y asigna la codificación de cada procedimiento y formatos. Sin embargo, dicha área no realiza la verificación en campo como actividad de aseguramiento del paso a paso establecido por el líder del proceso lo cual es importante en el SGC de la entidad.
2. Durante el proceso de la auditoría el auxiliar de almacén se acercó al área de calidad y solicitó el *formato de orden de pedido versión 03*, porque el proceso de aseo realizó el pedido en el formato versión 02.

Es necesario que los funcionarios consulten y hagan uso de la intranet implementada por la EPC con el fin de no saturar los correos institucionales de la entidad.

3. El proceso de SGC realiza la solicitud de actualización de los documentos, sin embargo, no se cuenta con el apoyo de los líderes de proceso con respecto a la entrega de la información. Lo anterior, ya que el líder del proceso de calidad manifestó en el proceso de auditoría que, el proceso financiero, proceso SG-SST y proceso de contratación no entregaron los procedimientos actualizados. Por lo cual, es necesario implementar acciones de seguimiento mensual a las áreas responsables desde calidad para verificar la actualización documental y evitar salidas no conformes por el uso inadecuado o desactualizado de la documentación.

Así mismo, el proceso de SGC debe identificar en la matriz de riesgos la desactualización documental para que se implementen acciones por parte de los responsables con el fin de impedir su materialización.

4. Es importante que el proceso de SGC actualice la *guía para la toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora Cod.ADGCP-05 de fecha 18/07/2023 versión 09* teniendo en cuenta que la norma ISO 9001:2015 no establece acciones preventivas ni de mejora, ya que el numeral 6.1 establece Acciones para abordar riesgos y oportunidades.

**Respuesta:** en la observación número 4 se repite ya que esta nombrado en un hallazgo.

RESPONSABLE	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Proyectó	JEFE DE CONTROL INTERNO	LILIANA GARCÍA ROJAS	

Los firmantes, manifestamos expresamente que se ha elaborado, revisado y aprobado el presente documento administrativo, y por encontrarlo ajustado a las disposiciones, constitucionales, legales y reglamentarias vigentes, lo presentamos para su firma bajo nuestra responsabilidad.



De acuerdo a la respuesta de líder del proceso se procedió a verificar y analizar la observación. Sin embargo, se aclara que el numeral que incumple el hallazgo No 5 es el 7.5.2 lo cual no coincide con el numeral de la observación No 4 que corresponde al 6.1 y corresponde a un ajuste y comprensión de la norma ISO 9001:2015. Por tanto, se mantiene la observación.

5. El proceso de SGC tiene implementado dos (2) indicadores:

- Eficacia en planes de acciones correctivas y Desempeño de la EPC.

Teniendo en cuenta el objetivo del proceso de SGC, es importante implementar un indicador que permita medir la efectividad del Sistema de Gestión de Calidad y la minimización de las no conformidades producto de las auditorías internas y externas.

**OBJETIVO SGC.**

Garantizar el cumplimiento de las actividades planificadas y requeridas de verificación, seguimiento, medición, inspección y de mejora que componen el Sistema de Gestión de Calidad de la EPC.

**LA OFICINA EN SU ROL DE ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN, RECOMIENDA:**

1. Fortalecer el proceso de SGC a través de capacitaciones, folletos informativos digitales, celebración del día de la calidad mediante actividades lúdicas, reconocimiento a los procesos que mejor desempeño tienen, seguimiento mensual a los compromisos con los dueños de proceso u otros.
2. Implementar acciones que permitan generar un seguimiento al control de las salidas no conformes por parte del líder del proceso del SGC y del proceso de evaluación de la entidad.
3. Identificar la causa que genera el incumplimiento en la entrega de respuesta de los PQRS a los usuarios con el fin de evitar posibles silencios administrativos e investigaciones disciplinarias.
4. Actualizar los procedimientos y guías del proceso de SGC con el fin de que contemple la totalidad de las actividades que se desarrollan en el área y hacen parte del PHVA del proceso.
5. Implementar como actividad de aseguramiento por parte del proceso de SGC la verificación y seguimiento de los procedimientos que se crean o actualizan en los procesos de la entidad como parte del procedimiento de manejo de información documenta Cod. ADGCPR-01 de fecha 20/04/2021 versión 04.
6. El proceso de SGC debe identificar en la matriz de riesgos la desactualización documental de los procesos con el fin de que se implementen acciones por parte

RESPONSABLE	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Proyectó	JEFE DE CONTROL INTERNO	LILIANA GARCÍA ROJAS	
Los firmantes, manifestamos expresamente que se ha elaborado, revisado y aprobado el presente documento administrativo, y por encontrarlo ajustado a las disposiciones, constitucionales, legales y reglamentarias vigentes, lo presentamos para su firma bajo nuestra responsabilidad.			

de los responsables de tal forma que se impida su materialización y se realice seguimiento desde la oficina de control interno.

Es así, que, las recomendaciones están sujetas a la discrecionalidad del líder del proceso, ya que se pueden determinar otras acciones correctivas, preventivas o de mejora que permitan eliminar los hallazgos u observaciones detectados en la auditoría y que afectan la gestión del proceso.

Por último, se debe tener en cuenta que de acuerdo al informe entregado por la OCI (oficina de control interno) y la evidencia de observaciones se busca el fortalecimiento institucional y la mejora continua de la Empresa de Servicios Públicos de Cajicá S.A. E.S.P.

Atentamente,



**MARTHA LILIANA GARCIA ROJAS**

Jefe oficina de control interno

Empresa de Servicios Públicos de Cajicá S.A. E.S.P.

RESPONSABLE	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Proyectó	JEFE DE CONTROL INTERNO	LILIANA GARCÍA ROJAS	
Los firmantes, manifestamos expresamente que se ha elaborado, revisado y aprobado el presente documento administrativo, y por encontrarlo ajustado a las disposiciones, constitucionales, legales y reglamentarias vigentes, lo presentamos para su firma bajo nuestra responsabilidad.			