

1. INFORMACIÓN GENERAL		
ORGANIZACIÓN		
ALCALDÍA DE ARMENIA		
SITIO WEB: www.armenia.gov.co		
LOCALIZACIÓN: Carrera 17 No. 16-00, Armenia, Quindío - Colombia. Tel. 741 71 00		
La certificación cubre un sitio permanente donde se realizan las actividades del sistema de gestión.		
Dirección del sitio permanente diferente al principal	Localización	Actividades del alcance o procesos desarrollados en este sitio
NA	NA	NA
ALCANCE DE LA CERTIFICACION:		
Prestación de servicios públicos de construcción y mejoramiento de obras de infraestructura física; mejoramiento sociocultural, salud y educación de sus habitantes; promoción de la participación comunitaria; ordenamiento del territorio: desarrollo social, económico y financiero; conservación del orden público, seguridad, convivencia y movilidad del municipio de Armenia.		
Provision of public services of construction and improvement of physical infrastructure; socio-cultural, health and education of its inhabitants improvement; promotion of community participation, land use planning, social, economic and financial development, public order, security, coexistence and mobility preservation at the municipality of Armenia.		
EXCLUSIONES JUSTIFICADAS (En el caso de sistema de gestión de calidad)		
NA		
CÓDIGO SECTOR: IAF 36		
REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN: ISO 9001:2008; NTCGP 1000:2009		
REPRESENTANTE DE LA DIRECCION		
Nombre:	Carlos Alberto Aguirre	
Cargo:	Director del Departamento Administrativo de Planeación.	
Correo electrónico	caaguirre@armenia.gov.co	
TIPO DE AUDITORIA:	<input type="checkbox"/> Otorgamiento <input checked="" 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)
AUDITORIA	2012.10.17 a 19	2.5
AUDITORIA COMPLEMENTARIA (Si aplica)	2013.01.11	1.0
EQUIPO AUDITOR		
Auditor líder	Darío Molina A.	
Auditor	NA	
Experto Técnico	NA	
DATOS DEL CERTIFICADO		
Código	SC 7319 – 1	GP 199 – 1
Fecha de aprobación inicial	2010.11.17	2010.11.17
Fecha última renovación (si aplica)	NA	NA

1. INFORMACIÓN GENERAL		
Fecha vencimiento:	2013.11.16	2013.11.16

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA
<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

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS
<ul style="list-style-type: none"> • El día 9 de Octubre de 2012 se examinaron el manual de calidad, las caracterizaciones de los procesos y el mapa de procesos y se encontraron conformes con la norma de gestión de la calidad. Posteriormente se realizó el plan para la auditoria en sitio que se envió a la Organización para que incluyeran en él los nombres y cargos de las personas que recibirían la auditoría los días 17 a 19 de Octubre de 2012. • Los criterios de la auditoría incluyen la documentación de la Organización desarrollada en respuesta a las normas ISO 9001:2008 y NTCGP 1000:2009, y los requisitos de certificación del sistema de calidad (Reglamento de la certificación ICONTEC de Sistemas de Gestión (ES-R-SG-001). • No es aplicable el muestreo ya que realizan sus actividades sólo en la sede principal. • No se auditaron actividades en sitios temporales o fuera del sitio, ni proyectos, instalaciones de cliente. • La auditoría incluyó análisis de evidencias, entrevistas con los responsables, observaciones y análisis de las actividades desarrolladas por la Entidad de manera aleatoria, de acuerdo con el alcance establecido y se revisaron los diferentes registros correspondientes. Por ello tiene asociado un riesgo de no haber verificado todos los documentos y registros. • La auditoría no se realizó en forma combinada ni integrada. • No es auditoría de ampliación • La Entidad no trabaja por proyectos. • No se han realizado cambios que afecten significativamente el Sistema de gestión de calidad en la organización. • No se presentaron cambios durante la auditoria que hayan impedido cumplir con el plan de auditoría inicialmente acordado. • Se evidenció que las acciones correctivas tomadas para solucionar las dos no conformidades detectadas en la auditoría anterior no se cerraron. • Se observó evidencia relacionada con los diferentes requisitos evaluados. Alguna de la información observada correspondió a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Planeación Estratégica: Pensamiento estratégico, Plan de desarrollo ○ Revisión por la Dirección: Acta e informe, realizada en Agosto de 2012 ○ Auditorías Internas de calidad ○ Procedimiento de auditorías internas. ○ Plan anual de auditorías al Sistema de gestión ○ Perfil de los auditores internos ○ Manual de gestión ○ Caracterizaciones de los procesos ○ Mapa de procesos ○ Organigrama de la empresa ○ Indicadores de gestión ○ Planes de acción ○ Entrevistas con los funcionarios de los diferentes procesos auditados: Entre otros <ul style="list-style-type: none"> ▪ Luz Piedad Valencia Franco- Alcaldesa ▪ Luciano Grisales Londoño -Líder de Proceso

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- Luz Elena Mejía Cardona - Directora Depto. Hacienda
 - Luz Amparo Jiménez Villarraga – Asesora Jurídica
 - Carlos Mario Álvarez Morales – Asesor Social
 - Claudia Patricia González Quintero – Directora Depto. Bienes y Suministros
 - Carlos Alberto Aguirre Pérez – Director Depto. Administrativo de Planeación – Representante de la Alta Dirección
 - Anabella Katterina Cortes Sánchez – Líder de Proceso
 - Gonzalo Garzón Díaz Profesional Especializado
 - Gloria Inés Jaramillo González-Gerente de Proceso
 - Liliana María Cruz Ángel-Líder de Proceso.
- Se verificó la capacidad de la Organización para conocer y cumplir con las normas y legislación que los cobija. Dentro de los requisitos legales o reglamentarios se encuentran como principales:
 - Constitución política de Colombia 1991, Artículos 311, 315 y capítulo 3.
 - Ley 872 de 2003, “Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios”.
 - Decreto 4110 de 2004, “Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004”, que establece los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad para la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios”.
 - Circular 006 de 2005, “Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades del Estado obligadas por la Ley 872 de 2003, su Decreto 4110 de 2004 y la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP 1000:2004”.
 - Decreto No.0026 de marzo 22 de 2005, “Por el cual se establece la Estructura de la Administración Central del Municipio de Armenia Quindío y se dictan otras disposiciones.
 - Ley 136 de 1994 Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la. Organización y el funcionamiento de los Municipios.
 - Ley 152 de 1994 Plan de desarrollo
 - Ley 617 de 2000 por la cual se establece la categorización de departamentos, distritos y 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 las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
 - Decreto 3622 de 2005 Por el cual se adoptan las políticas de desarrollo administrativo y se reglamenta el Capítulo Cuarto de la Ley 489 de 1998 en lo referente al Sistema de Desarrollo Administrativo.
 - Decreto 2539 de 2005 por el cual se establecen las competencias laborales generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos de las entidades a las cuales se aplican los Decretos-ley 770 y 785 de 2005.
 - Decreto 4485 de noviembre 18 de 2009, por medio del cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.
 - Ley 87 de 1993 Por la cual se establece la obligatoriedad de implementa Sistema de control interno
 - Decreto 1599 de 2005 en la cual se adopta el MECI.
 - Ley 909 de 2005 de carrera administrativa.
 - Ley 715 de 2002 Sistema general de participación.
 - Ley 962 de 2005 de racionalización de trámite
 - ISO 9001:2008 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.
 - NTCGP 1000:2009 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.
- Se verificaron los siguientes procesos del Sistema de gestión:
 - **Gestión Gerencial y Direccionamiento estratégico:** Pensamiento estratégico, planificación estratégica, plan de desarrollo, asignación de Recursos, comunicación organizacional,

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- Revisión por la Dirección, Sistema de Desarrollo administrativo, indicadores de gestión, riegos, mejora
- **Desarrollo Integral de la Seguridad Social en Salud:** Planificación, PQR, satisfacción de los usuarios, indicadores de gestión, riesgos, mejora
- **Servicio al cliente:** Planificación, PQR, Orientación y Atención al Cliente, Medición de la Satisfacción del Cliente, indicadores de gestión, mejora
- **Desarrollo Social y Político:** Planificación, PQR, satisfacción de los usuarios indicadores de gestión, riesgos, mejora
- **Desarrollo económico y competitividad:** Planeación para la promoción del desarrollo económico, fomento al desarrollo empresarial, Competitividad en el sector agropecuario, Observatorio de mercado laboral, Promoción de la disponibilidad y el acceso para la seguridad alimentaria, Seguimiento y evaluación de la gestión, Promoción de Vivienda de Interés Social, Servicios Públicos Domiciliarios, Agua potable y saneamiento Básico, PQR, indicadores de gestión, riesgos, mejora
- **Talento Humano:** Formación, mejora de las competencias, indicadores de gestión, riegos, mejora
- **Gestión Administrativa:** Compras: Planificación, gestión de proveedores, CPNC, mantenimiento, gestión metrológica, indicadores de gestión, riesgos, mejora
- **Obras Públicas e Infraestructura:** Infraestructura Vial, Equipamiento y Espacio Colectivo, talleres, visita a proyectos, indicadores de gestión, mejora
- **Tránsito y Movilidad:** Planificación, PQR, gestión metrológica, satisfacción clientes, riesgos, indicadores de gestión, mejora
- **Control de Verificación y Evaluación :** Auditoría interna, auditorías externas, seguimiento y evaluación, Presentación de Informes, indicadores de gestión, riesgos, mejora
- En cada uno de los procesos se verificó el control de los documentos y registros, el análisis de los datos, la implementación eficaz de las acciones correctivas y preventivas y de mejora.
- La Organización ha establecido disposiciones para la realización de auditorías internas según directrices definidas en el procedimiento documentado, M-DP-PDE-SGC-036 PAI versión 04, el cual se ha estructurado siguiendo la norma ISO 19011. Se ha planificado la realización de un ciclo anual de auditoría, estableciendo que cubre la totalidad de los procesos del sistema de gestión y el alcance de los requisitos de la norma ISO 9001:2008 y NTCGP 1000:2009 aplicables, dando cumplimiento al procedimiento documentado para ejecutar las auditorías internas. El ciclo fue realizado con 19 auditores internos calificados que aseguran objetividad a las auditorías e independencia frente a los procesos auditados. Se realizó, de acuerdo con el programa de auditoría R-DP-PDE-SGC-025-PRA y el plan R-DP-PDE-SGC-024-PAU, los días 28 a 30 de Agosto de 2012. Se evidenció el cumplimiento del programa de auditorías, orientándose a verificar tanto la conformidad como la eficacia del Sistema de Gestión. Se observó la definición de planes de acción para los 37 hallazgos identificados en la auditoría. El informe de auditoría es una entrada para la revisión por la dirección, en el cual se presenta una conclusión sobre las fortalezas, recomendaciones para la mejora y las no conformidades encontradas.
- La auditoría se realizó siguiendo el ciclo P-H-V-A y por muestreo selectivo de evidencias de las actividades de la organización.
- Se cumplió con la agenda propuesta, la cual concluyó con la reunión de cierre en la cual se presentaron los aspectos relevantes, los aspectos por mejorar, las dos no conformidades menores detectadas en la auditoría anterior que no se cerraron, la no conformidad menor detectada en esta auditoría, y las conclusiones.
- La propuesta de plan de acción para la solución de las tres no conformidades mencionadas (dos del año anterior y una de este año) fue recibida por el auditor líder el día 26 de Octubre de 2012, se le hicieron algunas modificaciones y fue aceptada el día 30 de Octubre de 2012.
- La auditoría complementaria se realizó el día 11 de Enero de 2013 y en ella se cerraron las dos no conformidades menores detectadas en la auditoría anterior.

4. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS SITIOS PERMANENTES AUDITADOS

4. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS SITIOS PERMANENTES AUDITADOS	
Número de sitios permanentes auditados diferentes al sitio principal	
¿Es aplicable el procedimiento de toma de muestra como múltiple sitio? ¿En caso afirmativo cuantos sitios permanentes remotos se auditaron?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO __sitios
¿Se presentaron cambios con relación al plan de muestreo definido por Icontec?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, justificar: NA	

5. CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN		
Número de no conformidades detectadas en esta auditoria	Mayores	0
	Menores	1
Número de no conformidades pendientes de solución de la anterior auditoria	Mayores	0
	Menores	2
Número de no conformidades pendientes solucionadas en esta auditoria	Mayores	0
	Menores	0
Número total de no conformidades pendientes	Mayores	0
	Menores	3
Comentario adicionales:		

6. ASPECTOS QUE APOYAN LA CONFORMIDAD Y EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN
<ul style="list-style-type: none"> El compromiso evidente de los líderes de los procesos con el SGC que asegura la continuidad del Sistema y la mejora de los procesos. Las reuniones periódicas para tratar temas relacionados con el Sistema de gestión de la calidad logrando mejoras al mismo y a los procesos, al tiempo que es una labor muy eficaz de concienciación La mesa de ayuda de sistemas de información que implementó el proceso de gestión administrativa que permite la atención oportuna de los usuarios internos y el seguimiento a los inconvenientes informáticos que se presentan más frecuentemente.

7. OPORTUNIDADES DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> Disminuir el consumo de papel, sin perder la seguridad en el respaldo de la información, lo cual asegura ahorros económicos significativos, se protege el medio ambiente, mayor agilidad para guardar y obtener la información. Mejorar la redacción de los objetivos de los procesos de tal forma que se enfoquen al cumplimiento del pensamiento estratégico y de las políticas de la Institución. Incluir el análisis de las conclusiones de las auditorías externas en la revisión por la dirección para que se tenga una mirada holística del desempeño de los procesos. Replantear las metas para que respondan a datos históricos, el impacto del entorno y la proyección de la planeación. Fijar las metas con base en los períodos de medición y análisis porque de lo contrario los resultados no son comparables con las mismas. Redefinir los indicadores de gestión de tal forma que indiquen el cumplimiento de los objetivos y la gestión de los procesos, sus fórmulas, definiciones, metas y frecuencia de la medición para tomar decisiones para la mejora con base en el análisis de datos Reforzar el seguimiento de los indicadores de gestión de tal forma que sean fuente de mejora para los procesos. Actualizar periódicamente el mapa de riesgos en tal forma que sean acordes con el entorno y con las nuevas realidades de la Entidad. Documentar en los procesos misionales las definiciones de productos o servicios no conformes y

7. OPORTUNIDADES DE MEJORA

registrarlos para mejorar los procesos.

- Definir en los procesos misionales la propiedad del usuario o cliente, las acciones que se llevan a cabo para su salvaguarda y lo que se hará en caso de pérdida o deterioro.
- Ampliar la encuesta de percepción de la satisfacción de los usuarios o clientes de tal forma que cubra los servicios que prestan los procesos misionales.
- Implementar la evaluación de los auditores de gestión y de las auditorías internas de gestión para que se retroalimente a los auditores con el fin de mejorar su desempeño y que agreguen más valor a los procesos que auditan
- Igualmente, en la evaluación de los auditores internos se deben consignar sus debilidades para que ellos puedan mejorarlas.
- Mejorar el seguimiento de las NC y de las OM detectadas en las auditorías o en los procesos colocando unas columnas adicionales a la matriz que faciliten y consoliden el seguimiento.
- Incluir en el informe de las auditorías internas las conclusiones con relación al SGC para facilitar las conclusiones en la revisión por la dirección.
- Diligenciar todos los campos de los registros, en los espacios que no sea aplicables se coloca NA o una raya o similar, si estos espacios no son necesarios deben quitarse del formato.
- Definir Indicadores de gestión que muestren el avance en la consecución de la visión como objetivo a largo plazo.
- El incumplimiento de las metas debe manejarse con el procedimiento de una no conformidad: Corrección, análisis de causas, acciones correctivas, medición de la eficacia de las acciones correctivas.
- Definir el objetivo del subproceso de archivo, posteriormente definir sus indicadores de gestión y riesgos basado en ese objetivo con el fin de caracterizar adecuadamente el subproceso mencionado.
- Complementar el análisis de las PQRS estudiando sus causas y cuales son reiterativas con el fin de que esta información los retroalimente para mejorar la atención a los usuarios y que ellas no se repitan o disminuyan su cantidad.
- Coordinar las políticas que tiene Archivo con las de Informática en lo relativo a los períodos de almacenamiento de información (tablas de retención), seguridad de la información y medios para su almacenamiento.
- En las estadísticas de las PQR en los años 2011 y 212 no se están incluyendo las peticiones a Infraestructura ni las que llegan por la página web. Incluir todas ellas para tener datos más reales y poder, así, plantear planes de mejora con mayor cubrimiento.
- En el proceso de Desarrollo Social y político es necesaria la mejora de la infraestructura para lograr un ambiente de trabajo que permita el mejor desempeño de los servidores públicos, disminución en las enfermedades respiratorias, una óptima infraestructura para la atención a la comunidad y una mejor imagen de la Entidad.
- Complementar los indicadores de gestión de eficacia de los procesos misionales con indicadores de gestión de eficiencia y de impacto como lo dice la ley 872 y el decreto 4110. En los procesos de apoyo y estratégicos complementar con indicadores de eficiencia que midan la optimización en la utilización de los recursos.
- Adecuar los espacios donde se atiende público con infraestructura adecuada para personas de la tercera edad y discapacitados con el fin de cumplir la normatividad que así lo ordena.
- En el proceso de desarrollo económico y competitividad, continuar con el fortalecimiento de las competencias con vista en el futuro de Armenia y del Quindío con miras a ampliar y mejorar el mercado laboral.
- En la revisión por la Dirección analizar toda la información que se lleva a la misma (ver numeral 5.6 de la Norma) y compararla con períodos anteriores como parte del análisis, de forma que sea más completo el análisis de la gestión para que ella sea una fuente de mejora del SGC y de los procesos. Incluir, además, el análisis de los indicadores de gestión para complementar la información del desempeño de los procesos.
- Definir los y documentar los períodos de calibración, ajustes y verificación de los equipos de medición para poder hacer un buen control metrológico de estos equipos.

7. OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Documentar los instructivos de verificación de volúmenes y de pesos en los establecimientos abiertos al público señalando el qué, cómo, cuándo y quién los llevará a cabo, con el fin de cumplir completamente con la normatividad que les aplica del estatuto del consumidor.
- Hacer hoja de vida de los equipos de medición y de calibración para poder llevar la trazabilidad de los mismos.
- Colocar a los equipos de medición las etiquetas (stickers) que señalen la fecha de calibración y la próxima, los laboratorios que lo hicieron y la demás información que consideren relevante para que se puedan leer al momento de ver los equipos.
- En el caso de que decidan utilizar el recipiente volumétrico de su propiedad para hacer las verificaciones metrológicas correspondientes, calibrar este recipiente antes de hacer las verificaciones.
- En el caso de que decidan seguir utilizando recipientes volumétricos de propiedad de otras entidades para hacer las verificaciones metrológicas correspondientes, exigir la calibración actualizada de estos recipientes antes de hacer las verificaciones.
- Hacer la verificación de los resultados de los indicadores de gestión en los comités operativos tal y como se menciona en la acción de mejora propuesta para mejorar la gestión de la Organización.
- Continuar con la verificación mensual de los planes de mejora (acciones correctivas y preventivas) tal y como se plantea en la acción de mejora propuesta.

8. RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS PENDIENTES DE LA AUDITORIA ANTERIOR

¿Se implementaron los planes de correcciones y acciones correctivas aceptados por ICONTEC?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿La organización modificó los planes de correcciones y acciones correctivas acordados con ICONTEC?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
¿Se evidencia eficacia de los planes implementados?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

9. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

9.1. Análisis de la eficacia del sistema de gestión certificado

La no conformidad encontrada en esta auditoría no es recurrente con las detectadas en la auditoría anterior.

En el año 2011 se presentaron 215 PQR en lo transcurrido de 2012 se han presentado 113 sin incluir las peticiones a Infraestructura ni las que llegan por la página web. Todas ellas se atienden oportunamente, luego se estudian sus causas y se plantea un plan de mejora.

En forma general, se lograron los objetivos de desempeño establecidos por la organización en el último periodo

9.2. Uso del certificado de sistema de gestión y autenticidad del certificado:

Utilizan el logo en papelería y publicidad, y aplican los aspectos de uso del logo de certificación en publicidad de acuerdo con lo establecido en el reglamento ES-R-SG-001.

No usan el logo sobre el producto o sobre el empaque o envase o embalaje del producto a la vista.

Se constató que el certificado no se ha enmendado o falsificado por la organización.

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 líder
1	Se evidenció en los procesos de Gestión estratégica, Seguridad social en salud y desarrollo social y político, y Tránsito y movilidad que no se están calculando los indicadores de gestión para hacer seguimiento al desempeño de los procesos.	Menor	8.2.3	<p>Solicitar al Proceso de Talento Humano la capacitación en los temas pertinentes a indicadores, registrar en el Sistema de Gestión de Calidad la Acción Correctiva</p> <p>Fecha: Solicitud 24/10/2012 Capacitación 29/10/12 al 31/12/2012</p>	<p>1. ¿Por qué que no se están calculando los indicadores de gestión para hacer seguimiento al desempeño de los procesos?</p> <p>Porque en algunos procesos no se calcularon indicadores de gestión, por desconocimiento de esta actividad.</p> <p>2. ¿Por qué se presenta en algunos procesos el desconocimiento a las actividades de medición y análisis de indicadores?</p> <p>Porque es una entidad del estado que se rige por un marco legal que obliga a realizar cambios de administración cada 4 años, por lo tanto, el cambio de los funcionarios afecta el proceso de medición y análisis.</p> <p>3. ¿Porque los cambios de los funcionarios afectan las actividades de medición y</p>	<p>-Realizar capacitación en la construcción de indicadores a funcionarios de todos los procesos de la entidad. (24/10/2012 al 31/12/2012).</p> <p>- Igualmente cada proceso debe definir periodicidad para realizar las mediciones y los análisis respectivos. Responsables Implementación Gerentes de Procesos Líder de Procesos Líder de Actividades Respectivas</p> <p>Seguimiento trimestral por parte del Departamento Administrativo de Control Interno informando por escrito de las irregularidades presentadas al representante de la alta Dirección.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha:</p>

					análisis de indicadores? Porque desconocen la metodología y procedimiento para realizar el análisis y medición de los indicadores.		
2	No se detectó el procedimiento de seguimiento y medición a los equipos de medida. Llevan a cabo mediciones con equipos subcontratados y no conocen el estado de su control metrológico	Menor	7.6	Documentar el procedimiento y continuar el trámite de la Acción Correctiva 151 registrada en el Sistema de Gestión de Calidad. Fecha 19/10/ 2012 al 15/12/2012.	1. ¿Por qué no se cuenta con el certificado de calibración y se desconoce el procedimiento de metrología? Por qué no se tuvo la precaución de archivar adecuadamente el certificado de calibración.	Diseñar, documentar y socializar el procedimiento de seguimiento y medición de acuerdo a la normatividad vigente y al tema de metrología. 23/10/2012 al 15/12/2012 Calibrar y certificar los instrumentos de medición objeto de la no conformidad. 23/10/2012 al 31/12/2012 Velar porque el procedimiento de seguimiento y medición de acuerdo a la normatividad vigente y al tema de metrología se aplique en los procesos correspondientes Una vez calibrados y certificados los implementos de medición y acorde en la normatividad vigente se hará seguimiento conforme a las disposiciones que para el efecto establezca la señora Alcaldesa. Responsables Implementación Gerente Proceso Gobierno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha:

						Líder de Proceso Líder de Actividad Respectiva 15/12/2012	
3	Se detectó que no se están llevando a cabo acciones correctivas cuando no se alcanzan los resultados planificados	Menor	8.2.3	<p>Revisar el cumplimiento de las metas al interior de los procesos de la Administración Municipal y generar las acciones pertinentes.</p> <p>Fecha 19/10/2012 al 15/12/2012.</p>	<p>¿Por qué en el informe de Revisión por la Dirección, en el acta por la dirección y en el desempeño de los procesos se detectan varias metas que no se cumplieron, y no se tomaron las respectivas acciones correctivas o las correcciones para subsanar estos incumplimientos?</p> <p>Por desconocimiento en algunos casos y falta de cultura en la aplicación de los procedimientos de AC y AP, por dificultades en la formulación de los indicadores de los procesos y la articulación de metas del Plan de Desarrollo Municipal con el Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>¿Por qué se han presentado estas dificultades para llevar a cabo las acciones correctivas o las correcciones para subsanar</p>	<p>Analizar en comités operativos los resultados de los indicadores de cada proceso (Plan de Acción, Objetivos Estratégicos, Controles de Riesgos).</p> <p>Capacitar al personal sobre la implementación de AC y AP.</p> <p>En la revisión por la dirección se tomaran las medidas necesarias de acuerdo al análisis efectuado y se registrarán las Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora, determinando la fuente por AUTOEVALUACIONES, y /o revisión por la dirección.</p> <p>Seguimiento mensual por parte del Departamento Administrativo de Control Interno informando por escrito de las irregularidades presentadas al representante de la alta Dirección.</p> <p>Evaluación de los indicadores por procesos en los siguientes periodos 05/11/2012 05/12/2012 05/01/2013</p> <p>Seguimiento de los indicadores por procesos por parte del Departamento</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha:</p>



				<p>los incumplimientos en los procesos?</p> <p>Porque hay un limitado conocimiento sobre la importancia de las AC y AP para la mejora continua de los procesos en la formulación, seguimiento y análisis de indicadores, así mismo baja participación de algunos gerentes de proceso en la revisión por la dirección y toma de decisiones.</p>	<p>Administrativo de Control Interno 10 / 11 / 2012 10 / 12 / 2012 10 / 01 / 2013</p> <p>Responsables Implementación Todos los Gerentes de Proceso. Líderes de Procesos Líderes de Actividad Departamento Administrativo de Control Interno</p>	
--	--	--	--	--	---	--



11. CONCEPTO DEL AUDITOR LIDER DE ACUERDO CON EL ES-R-SG-01				
Se recomienda otorgar la Certificación del Sistema de Gestión				-
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				X
Se recomienda cancelar o retirar la Certificación del Sistema de Gestión				-
Comentarios adicionales:				
Nombre auditor líder:	Darío Molina A.	FECHA:	2013	01 14

12. RELACIÓN DE REGISTROS ADICIONALES QUE SE DEBEN CARGAR EN BPM (marcar con una x los documentos que se anexan)	
Plan de muestreo (obligatorio para otorgamiento, renovación y cuándo se hagan cambios al plan propuesto). Este documento se debe anexar al plan de auditoría	NA
No conformidades firmadas por el cliente (se anexan al informe)	X
Cuestionario de evaluación de FSSC 22000 (solo aplica para este esquema)	NA

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



SOLICITUD DE ACCION CORRECTIVA



Empresa	ALCALDÍA DE ARMENIA	Fecha	2012.10.19
<input type="radio"/> No - Conformidad Mayor	Norma(s): ISO 9001:2008; NTCGP 1000:2009	Requisito(s):	
<input checked="" type="radio"/> No - Conformidad Menor			8.2.3
Descripción de la No Conformidad:			
<p>No se están calculando los indicadores de gestión para hacer seguimiento a l desempeño de los procesos.</p>			
Auditor	Dario Molina A.	Firma del Auditado:	
Evidencia que demuestra el incumplimiento			
<p>Se evidenció en los procesos de Gestión estratégica, Seguridad social en salud y desarrollo social y político, Tránsito y movilidad.</p>			

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