







Este documento se encuentra en la Administración de Archivos del Museo de la Universidad de Chile. Fue ingresado al sistema de gestión documental de la biblioteca digital de la Universidad de Chile el 10 de mayo de 2010.


 MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA <small>GOBIERNO MUNICIPAL</small>		SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEMA, SOC Y MECI)										MEDE 05-02-18-P01-103				
		FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS										VERSIÓN	FECHA DE EMISIÓN EN PDF			
1. NOMBRE DEL ORDANISMO: Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación												2. FIRMA DEL RESPONSABLE:				
2. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: Hugo Javier Buitrago Madrid																
3. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 22 de octubre de 2019																
4. NOMBRE DE LA AUDITORIA: O.S. SEGUIMIENTO (O.S. Auditoría 27, de Verificación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015)																
NOMBRE DEL PROCESO (Macroproceso / Proceso / Subproceso y/o Procedimiento)	PUENTE DE LOS PROCESOS	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN / Hallazgo	TIPO DE AUDITORIA	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DE LA SITUACIÓN / Hallazgo	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	OBJETIVO DE LA ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA META (en unidad de medida)	REQUISITOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN (Herramientas, Físicos, Tácticos, Financieros) Solo para el SOC-SST	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	PERÍODO DE EJECUCIÓN (DE LA META (DDMM/AAAA))		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	FECHA DEL SEGUIMIENTO (DDMM/AAAA)		
Direccionamiento Estratégico / Planeación Institucional	4. Informe de Auditoría Interna	Participación Ciudadana y Gestión Comunitaria. Atención al Usuario, Adquisición de Bienes, Obras y Servicios, Administración de bienes muebles, inmuebles y automotores, Gestión Jurídica, Finanzas Públicas, Gestión Tributaria, Administración de Tasas y Aportes, General, Administración de Tecnologías de Información y las Comunicaciones, Control Disciplinario y Control Interno.	OM Oportunidad de Mejora		Emite circular en la cual se dictan lineamientos para la aplicación del procedimiento Planificación de los Cambios MEDE01.05.02.18.P15.	AC Acción Correctiva		Un (1) oficio de respuesta al proceso Control Interno a la Gestión Informando acerca de la aplicación del procedimiento planificación de los cambios.	No aplica	Daniel Jairo Chacón Balcázar	Subdirector	7-Oct-18	15-Oct-19	Hugo Javier Buitrago Madrid	Director	5-Oct-19
Participación Social / Participación Ciudadana y Gestión Comunitaria	4. Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 8 APOYO. 8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL. Las líneas de servicios evaluadas hacen uso de diferentes herramientas reconocidas para su planificación, como son los Planes de Calidad, los Proyectos de Inversión, los Planes de Trabajo MEDE01.05.02.18.P01.F18, en los que se logra demostrar la articulación de las líneas de servicio y se visualiza los requisitos establecidos, los mecanismos de seguimiento y medición, al cual que los Planes de Control MEDE01.05.02.18.P01.F16. Durante la ejecución de la presente auditoría se evidenció el cumplimiento en los siguientes procesos: Gestión del Turismo, Servicio de Deportes y la Recreación, Desarrollo Económico y Competitividad, Control y Mantenimiento del Orden Público, Participación Ciudadana, Desarrollo Físico, Gestión Cultural, Servicios Públicos y Gestión de Paz y Cultura Ciudadana, como se soporta en las siguientes evidencias: Actas de reunión: 4164.020.14.32, 4171.020.3.2.31, 4171.020.3.2.23, 4171.020.3.2.28, 4171.020.3.2.37, 4148.040.3.2.001, 4148.040.3.2.002, 4148.040.3.2.859, 4148.040.3.2.889, 4148.020.1.0.7, 4148.020.9.38.001, 4148.020.1.4.4, 4148.020.1.0.13, 4148.020.1.0.7, 4148.020.14.7.001, 4148.020.14.7.003, 4148.020.14.7.005.	OM Oportunidad de Mejora	Falta de acompañamiento por parte de la Secretaría de Desarrollo Territorial y Participación Ciudadana en la construcción del plan de acción para el fortalecimiento del control social.	Socializar a los organismos regionales en el marco del comité interinstitucional de participación ciudadana los lineamientos para la formulación del plan de acción y seguimiento al plan.	AC Acción Correctiva	Lograr la implementación de los lineamientos para la formulación y seguimiento de los planes de acción del procedimiento.	Una (1) jornada del comité interinstitucional.	No aplica	Alexander Rincón Vélez	Subsecretario	7-Oct-18	20-sept-19	Armando Aristizábal Ramírez	Secretario	15-Oct-19
Participación Social / Participación Ciudadana y Gestión Comunitaria	4. Informe de Auditoría Interna	En los Contratos Tipos 4151.010.28.1.1800.2018. NUMERAL 8 APOYO. 8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS. 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios. Se evidenció el cumplimiento de los siguientes procesos en la Determinación de los requisitos para los productos y servicios: Gestión del Turismo, Servicio de Deportes y la Recreación, Control y Mantenimiento del Orden Público, Participación Ciudadana, Desarrollo Físico, Gestión Cultural, Servicios Públicos, mediante el formato MEDE01.05.02.18.P01.F12. Determinación, evaluación y proveedores, productos, clientes y/o grupos de interés.	OM Oportunidad de Mejora		Realizar acompañamiento y seguimiento a los organismos regionales en la implementación del plan.	AC Acción Correctiva	Seguimiento al 100% de organismos regionales para la movilización del procedimiento de control social relacionado con el plan.	Al menos una (1) jornada de acompañamiento.	No aplica	Alexander Rincón Vélez	Subsecretario	7-Oct-18	31-Oct-19	Armando Aristizábal Ramírez	Secretario	15-Oct-19
Convivencia y Seguridad / Gestión de Paz y Cultura Ciudadana	4. Informe de Auditoría Interna	En los Contratos Tipos 4151.010.28.1.1800.2018. NUMERAL 8 APOYO. 8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS. 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios. Se evidenció el cumplimiento de los siguientes procesos en la Determinación de los requisitos para los productos y servicios: Gestión del Turismo, Servicio de Deportes y la Recreación, Control y Mantenimiento del Orden Público, Participación Ciudadana, Desarrollo Físico, Gestión Cultural, Servicios Públicos, mediante el formato MEDE01.05.02.18.P01.F12. Determinación, evaluación y proveedores, productos, clientes y/o grupos de interés.	OM Oportunidad de Mejora		Solicitar al Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación Institucional la validación del documento MEDE01.05.02.18.P01.F12.	AC Acción Correctiva			No aplica	Clara Eugenia Botina	Jefe de Oficina	7-Oct-18	31-Oct-19	Rocío Gutiérrez Cely	Secretaria	15-Oct-19
Convivencia y Seguridad / Gestión de Paz y Cultura Ciudadana	4. Informe de Auditoría Interna	Y con oportunidad de mejora las siguientes procesos: Proceso de Gestión de Paz y Cultura Ciudadana las características de la línea de servicio se han establecido en el Manual de la Línea de Servicio Gestión Paz y Cultura Ciudadana, el cual hace referencia a las variables de seguimiento: IDCC, Calidad de vida, inclusión productiva, resiliencia, cultura ciudadana, proyecto de vida por la información, MEDE01.05.02.18.P01.F12, Determinación, Insumos y proveedores, productos, clientes y/o grupos de interés, no describe las características de las líneas de servicio. Así mismo debe revisarse el Plan de Calidad, para establecer en cada etapa del proceso de Formación de Gestores la relación con las	OM Oportunidad de Mejora	Porque las características de los productos, identificados en el formato MEDE01.05.02.18.P01.F12, se asociaron a definiciones genéricas y no a características específicas del producto y/o servicio.	Contar con una adecuada caracterización de los insumos, proveedores, productos y grupos de interés.	AC Acción Correctiva		Un (1) formato MEDE01.05.02.18.P01.F12 diligenciado. Un (1) formato MEDE01.05.02.18.P01.F12 validado.	No aplica	Clara Eugenia Botina	Jefe de Oficina	7-Oct-19	31-Oct-19	Rocío Gutiérrez Cely	Secretaria	15-Oct-19

 GOBIERNO DE SAN ANDRÉS BOGOTÁ GOBIERNO DEPARTAMENTAL GOBIERNO MUNICIPAL		SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SIGG y MECI)						MIDM01.05.03.05.019.001													
		FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS						VERSIÓN		2											
								FECHA DE SUSCRIPCIÓN		23/10/2019											
1. NOMBRE DEL ORGANISMO: Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación																					
2. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: Hugo Javier Barragán Neri																					
3. FIRMA DEL RESPONSABLE:																					
4. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 22 de octubre de 2019																					
5. NOMBRE DE LA AUDITORIA O SEGUIMIENTO: auditoría 37, de Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015																					
NOMBRE DEL PROCESO (Macroproceso / Proceso / Subproceso y/o Plan de mejora)	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN Hallazgo	TIPO DE SITUACIÓN Hallazgo	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DE LA SITUACIÓN Hallazgo	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	OBJETIVO DE LA ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA META (en unidad de medida)	RECURSOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN (Humanos, Físicos, Técnicos, Financieros)	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN		PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA META (DDMMAAAA)		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		FECHA DEL SEGUIMIENTO (DDMMAAAA)					
										Nombre Completo	Cargo	Inicio (DDMMAAAA)	Fin (DDMMAAAA)	Nombre Completo	Cargo						
Convivencia y Seguridad / Gestión de Paz y Cultura Ciudadana	4. Informe de Auditoría Interna	variables a control? Calidad de vida, inclusión productiva, incidencia, cultura ciudadana, proyecto de vida, según el Acta 4164-020 14.32 del 19 de enero de 2018; por lo tanto, se determinó una oportunidad de mejora frente al numeral 8.2.2 Y Proceso Desarrollo Económico y Competitividad Al verificar el MEDE01.05.02.18.P01.F12 Determinación, insumos y proveedores, productos, clientes y/o grupos de interés se evidencia que el documento no especifica las características de la línea del servicio Prevención de Rutas de Empleabilidad por Cadenas de Valor del Sistema Municipal de Empleo, que describe en el Plan de Trabajo.	OM Oportunidad de Mejora		Socializar al interior del organismo el formato MEDE01.05.02.18.P01.F12 actualizado.	AC: Acción Correctiva	Oportunidad de Mejora	Un (1) formato socializado.	No aplica	Clara Eugenia Botna	Jefe de Oficina	7-Oct-19	31-Oct-19	Rocio Gutiérrez Cely	Secretaria	25-Oct-19					
Desarrollo Integral del Territorio / Desarrollo Económico y Competitividad	4. Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 8 APOYO, 8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios Se evidenció el cumplimiento de los siguientes procesos en la determinación de los requisitos para los productos y servicios: Gestión del Territorio, Servicio de Desarrollo y la Restauración, Control y Mantenimiento del Orden Público, Participación Ciudadana, Desarrollo Fluido, Gestión Cultural, Servicios Públicos, mediante el formato MEDE01.05.02.18.P01.F12 Determinación, insumos y proveedores, productos, clientes y/o grupos de interés Y oportunidad de mejora los siguientes procesos: Proceso de Gestión de Paz y Cultura Ciudadana las características de la línea de servicio se han establecido en el Manual de la línea de Servicio Gestión de Paz y Cultura Ciudadana, el cual hace referencia a las variables de seguimiento GPCC: Calidad de vida, inclusión productiva, incidencias, cultura Ciudadana, proyecto de vida, para la información MEDE01.05.02.18.P01.F12. Determinación, insumos y proveedores, productos, clientes y/o grupos de interés, no describe las características de las líneas de servicio. Así mismo debe revisarse el Plan de Calidad, para establecer en cada	OM Oportunidad de Mejora	Porque se está pendiente a la espera que las subsecretarías revisen las mejoras y soliciten al equipo de calidad, la revisión de la información de las características establecidas para los productos de las áreas de servicio a certificar (SIME, SIDA y CIEC)	Actualizar el formato MEDE01.05.02.18.P01.F12, con las características establecidas para los productos de las áreas de servicio a certificar (SIME, SIDA y CIEC).	AC: Acción Correctiva	Contar con una adecuada definición de las características de los productos y las líneas de servicio a certificar (SIME, SIDA y CIEC).	Un MEDE01.05.02.18.P01.F12 actualizado, con las características establecidas para los productos de las líneas de servicio a certificar (SIME, SIDA y CIEC).	No aplica	Vaneth Patricia Negra Copeña	Profesional Universitario	7-Oct-19	31-Oct-19	Argelia Mayelo Obregón	Secretaria	15-Oct-19					
Desarrollo Social / Atención a la Comunidad y Grupos Poblacionales	4. Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 9 EVALUACIÓN DEL DESARROLLO, 9.1 SEGUIMIENTO, MONITORIA, ANALISIS Y EVALUACIÓN 9.1.1 Generalidades Se encontró como una oportunidad de mejora, Mención a la Comunidad y Grupos Poblacionales en la línea de atención a la población vulnerable de primera infancia, de acuerdo a lo dispuesto en la parte cuatro (4) del plan de calidad MVD001.07.18.P001.75 del agosto de 2018, se verificó en el CDI Vía del Sur, hoja de vida de la base de datos modelo 354 y, terminado con periodicidad de actualización anual, así mismo se evidenció el certificado de calibración del 23 de 2018 los soportes documentales cuentan con reporte de mantenimiento preventivo de ambos elementos emitido en la misma fecha y evidencian la trazabilidad de los mantenimientos realizados al equipo, lo cual es controlado en carpeta y conservado en el archivo del centro	OM Oportunidad de Mejora	No se realiza seguimiento y control de forma periódica de las calibraciones y mantenimiento de los equipos con los que se presta el servicio en los Centros de Desarrollo Infantil debido a que no se ha definido un sistema de responsables de estas acciones de control dentro de la Subsecretaría.	Definir un responsable del seguimiento y control de las calibraciones y mantenimiento de los equipos	AC: Acción Correctiva	Realizar un seguimiento efectivo de las calibraciones y mantenimientos realizados a los equipos	Designar un (1) responsable del control y seguimiento a las calibraciones y mantenimientos	No aplica	Ivette Adames	Subsecretaria	7-Oct-19	11-Oct-19	Piedad Torres Perea	Jefe de Oficina	8-Oct-19					
Desarrollo Social / Atención a la Comunidad y Grupos Poblacionales	4. Informe de Auditoría Interna	Se identificó que la Subsecretaría de Primera Infancia no cuenta con los reportes de calibración de los equipos (bascula y termómetro) de los niveles y con (95) Centros de Desarrollo Infantil estos solo reportan en cada centro de manera individual, lo anterior impide contar con la información documentada por evidencia de que los recursos de seguimiento y medición obligados por los Centros de Desarrollo Infantil son los mismos para su propósito. Incurriendo en el riesgo de incumplir con el numeral 9. Evaluación del	OM: Oportunidad de Mejora	No hay claridad frente a las responsabilidades relacionadas con la calibración y mantenimiento fuertemente, esas designaciones a través de oficios.	Definir un mecanismo, a través de un archivo en Google Drive para realizar el seguimiento y control de las calibraciones a los equipos cuyo responsable se designe por oficio para su seguimiento mensual.	AC: Acción Correctiva	Una (1) comunicación oficial	No aplica	Ivette Adames	Subsecretaria	7-Oct-19	11-Oct-19	Piedad Torres Perea	Jefe de Oficina	8-Oct-19						

<div><div><div>ALCALDIA DE SANTIAGO DE LOS CABALLEROS MUNICIPALIDAD INSTITUCIONAL</div></div><div>SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEMA SGCI Y MECI)</div><div>FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS</div></div>										MEDEFOL06.02.16.P19.F01						
VERSIÓN										2						
FECHA DE EMISSION										2019/01/04						
1. NOMBRE DEL ORGANISMO: Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación										2. FIRMA DEL RESPONSABLE:						
3. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: Hugo Javier Bañero Trujillo																
4. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 22 de octubre de 2019																
5. NOMBRE DE LA AUDITORIA O SEGUIMIENTO: auditoría 37, de Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015																
HOMBRE DEL PROCESO (Macroproceso) / Proceso (Subproceso o Procedimiento)	FECHAS DE DETECCIÓN	DESCRIPCION DE LA SITUACION/ALCAZAR	TIPO DE SITUACION ALCAZAR	DESCRIPCION DE LA CAUSA DE LA SITUACION/ALCAZAR	DESCRIPCION DE LA ACCION	FECHA DE CUMPLIMIENTO	OBJETIVO DE LA ACCION	DESCRIPCION DE LA META (en unidad de medida)	RECURSOS PARA IMPLEMENTACION DE LA ACCION (Humanos, Físicos, Técnicos, Financieros)	RESPONSABLE DE LA ACCION		PLAN DE EJECUCION DE LA META (COORDINACION)		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		FECHA DEL SEGUIMIENTO (COORDINACION)
										Nombre Completo	Cargo	Inicio (COORDINACION)	Fin (COORDINACION)	Nombre Completo	Cargo	
Gestión Jurídica Administrativa / Administración de Bienes Inmuebles, Muebles y Automotores	4 - Informe de Auditoría Interna	<p>NÚMERAL 4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS.</p> <p>Se evidencia en el Manual de calidad MEDEFOL 06.02.16.M01 - V4 del 3 de julio de 2019, su estructura, sus anexos, el Modelo de Operación por Procesos - MOP, el Mapa de procesos y el alcance 2019 entre otros elementos y Acta 4137.020.74.12.13 del 3 de julio de 2019. Objetivo Realizar reunión con el fin de presentar y aprobar los cambios en el Manual de Calidad, en la cual se modifiquen definiciones, se auditen nuevas partes interesadas, el cambio del alcance 2019, los objetivos de calidad, los riesgos, matriz de amenazas y oportunidades y su respectivo formato F07 de validación del manual y la Matrix de Articulación de Procesos y Requisitos de la Norma ISO 9001:2015.</p> <p>Así mismo se evidencia la definición del Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos en la página web institucional en el organismo Departamental Administrativo de Innovación Institucional, Sistema de Gestión de Calidad de http://www.cali.gov.co/desarrolloinstitucional/publicaciones/14360/ver-ma-de-gestion-de-calidad</p> <p>Adicionalmente se auditaron Acta 4137.020.18.1.9.13 del 10-jun-2019. Objetivo Realizar diagnóstico de los procesos transversales del alcance por parte de los procesos transversales, evaluando el grado de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 para el proceso de certificación y recertificación.</p>	NO: No Conformidad	Porque se estaba dando cumplimiento al Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali en el eje temático número 2. (Calidad y Sostenible Componente 2.5 Gestión Integral del Riesgo de Desastres. 2.5.2 Reducción de Riesgos. Edificación acorde al Municipio de Santiago de Cali con parámetros de riesgo como resistencia y adecuaciones	Aplicar el procedimiento MAJAD.03.01.18.P03 Panorama de riesgos a inmuebles, realizando seguimiento a los parámetros de riesgo 2018 y 2019.	AC: Acción Correctiva	Cumple con la aplicación del MAJAD.03.01.18.P03 Panorama de riesgos a inmuebles, realizando seguimiento a los parámetros de riesgo 2018 y 2019.	100% de las evidencias de los procedimientos aplicados.	No aplica.	Dolly Fernanda Morán Castillo	Profesora Universitaria	7-Oct-19	31-Oct-19	Andrés Felipe Parra	Director Técnico	15-Oct-19
Desarrollo Estratégico / Información Estratégica	4 - Informe de Auditoría Interna	<p>NÚMERAL 8- PLANIFICACIÓN: 6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES</p> <p>La Administración Central Municipal de Santiago de Cali ha impartido lineamientos para la identificación, valoración, tratamiento y monitoreo del riesgo los cuales se encuentran alineados con el plan de desarrollo territorial 2016-2019, contempladas en el Manual de Calidad y Política de Administración del Riesgo, esto con el fin que el Sistema de Gestión de Calidad pueda lograr su resultado previsto, para la mejora continua de los procesos de la Entidad, tendiente a la satisfacción de los ciudadanos y usuarios de productos y servicios prestados, como se evidencia entre otros mediante las siguientes Actas de reunión Nros. 4137.020.3.34.11 del 28 de enero de 2019. Objetivo Revisar la política de administración del riesgo con el fin de establecer mejoras a la metodología propia de la Entidad. 4137.020.3.34.26 del 26 de febrero de 2019. Objetivo Generar articulación entre el Sistema de Gestión de Calidad, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, y el Sistema de Seguridad de la Información, con el fin de implementar una política de administración de riesgos que responda a la necesidad y expectativa de las partes interesadas. 4137.020.3.34.84 del 17 de mayo de 2019. Objetivo Brindar orientación al Comité Técnico de Gestión CIG, sobre la actualización de las políticas de administración del riesgo aprobadas por el CIGCI, y de herramienta metodológica, para la identificación, valoración, seguimiento y monitoreo de los riesgos de corrupción.</p>	NO: No Conformidad	Se estaba a la espera de la autorización por parte del Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo - FONADE para el auditor de seguimiento que permitiera aclarar la demora en la contratación del operador encargado de la ejecución del proyecto Sísab.	Presentar las evidencias soporte al momento de la auditoría de seguimiento que permitan aclarar la demora en la contratación del operador encargado de la ejecución del proyecto Sísab.	AM: Acción de Mejora	Demstrar que el proceso realiza acciones correctivas preventivas y de mejora que permita reducir o evitar la auditoría de seguimiento	100% de las evidencias presentadas durante la auditoría de seguimiento	No aplica.	Uriel Dario Cancelado	Subdirector	7-Oct-19	31-Oct-19	Elena Lendefo Gómez	Directora	15-Oct-19

 GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CIEGO DE AVILA DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL		SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SGETI, SGC Y MECI) FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS										MIGUELÓBIS 03.10.19 11:01 VERSIÓN: 2 FECHA DE ELABORACIÓN: 27/10/2019					
1. NOMBRE DEL ORGANISMO: Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación														3. FIRMA DEL RESPONSABLE:			
2. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: Hugo Javier Bultrago Madrid																	
4. FECHA DE ELABORACIÓN: 22 de octubre de 2019																	
5. NOMBRE DE LA ENTIDAD O SEGUIMIENTO: Auditoría 37, de Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015																	
NOMBRE DEL PROCESO (Macroproceso / Proceso / Subproceso y/o Procedimiento)	PUNTO DE DETECCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN/HECIZO	TIPO DE SITUACIÓN/HECIZO	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DE LA SITUACIÓN/HECIZO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	OBJETIVO DE LA ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA META (entidad de medida)	RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN (Humanos, Físicos, Tecnológicos, Financieros, Otros para el SGETI)	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN		PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA META (DÍAS/MES/AÑOS)		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		FECHA DEL SEGUIMIENTO (DÍAS/MES/AÑOS)	
										Nombre Completo	Cargo	Inicio (DÍAS/MES/AÑOS)	Fin (DÍAS/MES/AÑOS)	Nombre Completo	Cargo		
Control / Control Interno a la Gestión	4. Informe de Auditoría Interna	gestión y seguridad de la información. Y el 137.020.118.13 del 10 de julio de 2019. Objetivo: Realizar diagnóstico de los procesos misionales del alcance por parte de los procesos transversales, evaluando el grado de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 para el proceso de certificación y recertificación. En el informe denominado Informe de la Gestión del Riesgo Alcance de Santiago de Cuba se evidencia que a junio de 2019 se evidencian los aspectos del MOP, 304 riesgos de gestión, de corrupción y seguridad de la información, como se muestra a continuación. Una vez aplicado los respectivos controles y acciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto, el riesgo residual se clasificó en las siguientes zonas: 154 riesgos en zona alta, 120 en zona moderada, 50 en zona baja y por último 40 riesgos en zona extrema. Así mismo, se evidenció que la Entidad cuenta con la matriz de oportunidades 2019 como se evidencia en el siguiente enlace: https://img.ingenio.com/webcontent/Uploads/2019/05/MatrizOportunidades_2019.pdf por lo anterior, se evidenció que los siguientes procesos: Seguridad Social Integral; Gestión de Desarrollo Humano; Planeación Económica y Social; Planeación Física y del Ordenamiento Territorial; Comunicación Pública; Gestión de Paz Cultural; Ciudadanía; Gestión del Turismo; Gestión Documental; Atención a la Comunidad y Grupos Poblacionales; Servicios Públicos; Gestión Cultural; Desarrollo Físico; Desarrollo Económico y	NC: No Conformidad	2.1 El Subproceso de Evaluación y Seguimiento registra los seguimientos en el formato MEDE01-05-02-16-P01-F21. Mapa de Riesgos, más no lleva a cabo un registro en 2.1. Realizar el seguimiento a las acciones asociadas al control en el Mapa de Riesgos mediante el acta de reunión trimestral de acuerdo a la Política de Administración de Riesgos	AC: Acción Correctiva	con el propósito de conocer el desempeño del proceso y tomar decisiones	2.1 Acta de reunión	No aplica	Jaime López Bonilla	Director	7-Oct-19	29-Nov-19	Jaime López Bonilla	Director	15-Oct-19		
Gestión del Talento Humano / Gestión de Seguridad Social Integral	4. Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 6. PLANIFICACIÓN. 6.2 OBJETIVOS DE CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS. La Administración Central de Santiago de Cuba tiene establecido unos objetivos de calidad para el correcto funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad, conforme se evidencia en el siguiente enlace: https://img.ingenio.com/webcontent/2/ . Los Objetivos de calidad que se encuentran debidamente articulados con la Política como se evidenció en documento fiscal denominado: Articulación política y objetivos de calidad-2, los cuales cuenta con los siguientes ítems: Directores, Objetivos de calidad, Proceso Responsable, Indicadores, Línea base, Meta 2019, Vigencia, Estrategia, Recursos, Organismos responsables; Periodicidad, Seguimiento, Medición, Cumplimiento y Promedio. Durante la visita en sí se evidenció que los siguientes procesos: Planeación Institucional; Gestión de Desarrollo Humano; Gestión Documental; Planeación Económica y Social; Planeación Física y del Ordenamiento Territorial; Información Estratégica; Comunicación Pública; Gestión de Paz y Cultura Ciudadana; Gestión Turismo; Servicio Deportivo y Recreación; Atención a la Comunidad y Grupos Poblacionales; Servicios Públicos; Desarrollo Físico; Desarrollo Económico y Competitividad; Control y Mantenimiento del Orden Público; Atención al Usuario; Atención de Bienes, Obras y Servicios; Administración de bienes muebles, inmuebles y autopropiedades; Gestión Tributaria; Administración de Tesorería; Control Disciplinario y Control Interno que por medio de sensibilización, capacitación, inducción, talleres institucionales dan a conocer al interior de los organismos los objetivos de calidad, la política de administración del riesgo, y todo lo concerniente al sistema de Gestión de Calidad	NC: No Conformidad	Al momento de la auditoría no se evidenció la socialización por parte del proceso Seguridad Social Integral de la política y los objetivos de calidad.	Reactivar la socialización de la política y objetivos de calidad con el propósito de brindar y prestar servicios de manera oportuna, ágil y confiable	Dar a conocer la política y objetivos de calidad con el propósito de brindar y prestar servicios de manera oportuna, ágil y confiable	Un (1) capacitación	Recurso Humano y Tecnológico	Jenny Ramos Díaz	Profesional Especializado	7-Oct-19	9-Oct-19	Carlos Alberto Burgos Ramírez	Subdirector	15-Oct-19		
Gestión del Talento Humano / Gestión de Seguridad Social Integral	4. Informe de Auditoría Interna	Sin embargo, el proceso de Seguridad Social Integral durante la visita en sí no suministró la evidencia por medio del cual se dio a conocer los objetivos de calidad de la Entidad, igualmente se evidenció el desconocimiento de los mismos por parte de la auditoría. (6.2.1) Incumplimiento con lo establecido en el numeral 6.2. Objetivos de calidad y planificación para lograrlos, de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2015 a ocurriendo en el riesgo de no asegurar que se comuniquen los objetivos de calidad y se planifiquen acciones para lograrlos.	NC: No Conformidad					Una (1) evaluación de plenitud de los conceptos	Recurso Humano y Tecnológico	Jenny Ramos Díaz	Profesional Especializado	7-Oct-19	9-Oct-19	Carlos Alberto Burgos Ramírez	Subdirector	15-Oct-19	

 MUNICIPIO DE SAN JUAN DE LOS RIOS GOBIERNO MUNICIPAL		SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INICIALES (SISTEMA, SOC Y MEC)						MDS(1.05.03.11.019.10)													
		FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS						VERSION		2											
								FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA		27/10/2019											
1. NOMBRE DEL ORGANISMO: Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación																					
2. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: Hugo de la Cruz Buitrago Meléndez																					
4. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 22 de octubre de 2019																					
5. NOMBRE DE LA AUDITORIA O SEGUIMIENTO: auditoría 07, de Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015																					
5. FIRMA DEL RESPONSABLE:																					
																					
NOMBRE DEL PROCESO (Macroproceso / Proceso / Subproceso / Procedimiento)	TIPO DE SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN/ANÁLIZADO	TIPO DE SITUACIÓN/ANÁLIZADO	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DE LA SITUACIÓN/ANÁLIZADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	OBJETIVO DE LA ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA META (en unidad de medida)	RECURSOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN (Humana, Física, Técnica, Financiera)	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN		PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA META (DOMINIO AAAA)		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		FECHA DEL SEGUIMIENTO (DOMINIO AAAA)					
										Nombre Completo	Cargo	Inicio (DOMINIO AAAA)	Final (DOMINIO AAAA)	Nombre Completo	Cargo						
Gestión del Talento Humano / Gestión de Seguridad Social Integral	4. Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 7 APOYO. 7.1.2 PERSONAS Frente al numeral 7.1.2 de la norma técnica de calidad ISO 9001:2015 denominada personas, se encontró oportunidad de mejorar ya que el proceso de Gestión de Seguridad Social Integral mediante el formato de plan de trabajo de proceso, en el punto 2, identifica la necesidad de personal para llevar a cabo las operaciones del proceso eficientemente, detallando así: "Los (1) ingeniero, un (1) fisioterapeuta, un (1) psicólogo y (5) fisioterólogos especialistas en seguridad y salud en el trabajo, tres (3) profesionales en seguridad y salud en el trabajo, y un (1) gestor profesional en seguridad y salud en el trabajo por cada organismo". Sin embargo, no demuestra evidencia física de haber realizado la solicitud al organismo encargado.	OM Oportunidad de Mejora	No se formó oficina de requerimiento de talento humano a la subdirección de Gestión estratégica del talento humano, esta necesidad solo se dejó de lado en el plan anual de trabajo del SG-SST del año 2019, al cual está firmado por el jefe del proceso de Seguridad Social Integral y el Director del DADII.	Usar procedimiento de solicitud de insuficiencia de personal	AC Acción Correctiva	Conocer el procedimiento de requerimiento de talento humano por parte de la subdirección de gestión estratégica de talento humano	Un (1) procedimiento aplicado.	Recurso Humano y Tecnológico	Jenny Ramos Díaz	Profesional Especializado	7-Oct-19	24-Oct-19	Carlos Alberto Burgos Ramírez	Subdirector	15-Oct-19					
Gestión del Talento Humano / Gestión de Seguridad Social Integral	4. Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 7 APOYO. 7.1.4 AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS Frente al numeral 7.1.4 de la norma técnica de calidad ISO 9001:2015 denominada Ambiente para la operación de los procesos, se evidenció como oportunidad de fortalecer los siguientes dos (2) procesos: Gestión de Seguridad Social Integral, aún no culmina con todas las actividades para los centros de trabajo programados, lo cual imposibilita la socialización de los riesgos con los responsables y posteriormente la implementación de las acciones de mejoramiento que permita la mitigación de los riesgos identificados. Desarrollo Físico, donde se encontró en los Talleres del Municipio que se debe disponer de un espacio para el calentamiento de los alimentos en un solo día, diferente u independiente al del trabajo y fortalecer la campaña de orden y aseo (56) con mayor frecuencia para mejorar los diferentes aspectos mencionados.	OM Oportunidad de Mejora	En el momento de la auditoría no se había ejecutado al 100% las etapas del proyecto de las matrices de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos de las actividades, y su fecha de culminación es el 19 de octubre de 2019. A pesar de lo anterior a la fecha de la auditoría, 13 de agosto de 2019 se evidenció y se entregó los soportes al auditor.	Culminar al 100% de las actividades para los centros de trabajo programados	AC Acción Correctiva	Dar cumplimiento a todas las actividades para el total de los centros de trabajo programados	100% de las matrices de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos socializadas y entregadas a la SEM	Recurso Humano y Tecnológico	Jenny Ramos Díaz	Profesional Especializado	7-Oct-19	19-Oct-19	Carlos Alberto Burgos Ramírez	Subdirector	15-Oct-19					
Desarrollo Integral del Territorio / Desarrollo Físico	4. Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 7 APOYO. 7.1.4 AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS Frente al numeral 7.1.4 de la norma técnica de calidad ISO 9001:2015 denominada Ambiente para la operación de los procesos, se evidenció como oportunidad de fortalecer los siguientes dos (2) procesos: Gestión de Seguridad Social Integral, aún no culmina con todas las actividades para los centros de trabajo programados, lo cual imposibilita la socialización de los riesgos con los responsables y posteriormente la implementación de las acciones de mejoramiento que permita la mitigación de los riesgos identificados. Desarrollo Físico, donde se encontró en los Talleres del Municipio que se debe disponer de un espacio para el calentamiento de los alimentos en un solo día, diferente u independiente al del trabajo y fortalecer la campaña de orden y aseo (56) con mayor frecuencia para mejorar los diferentes aspectos mencionados.	OM Oportunidad de Mejora	Gestionar los recursos necesarios para el mejoramiento del espacio para el consumo de alimentos.	Gestionar los recursos necesarios para el mejoramiento del espacio para el consumo de alimentos.	AC Acción Correctiva	Acondicionar el espacio (su orden y aseo) para el consumo de alimentos por parte de los trabajadores en los Talleres del Municipio	Una (1) solicitud de adecuación de recursos para la adecuación del espacio para el consumo de alimentos en los Talleres del Municipio.	No aplica	Sandra Milena Sotolongo	Subsecretaria	7-Oct-19	30-Oct-19	Ferny Camacho	Secretaria	20-Oct-19					
Desarrollo Integral del Territorio / Desarrollo Físico	4. Informe de Auditoría Interna	Desarrollo Físico, donde se encontró en los Talleres del Municipio que se debe disponer de un espacio para el calentamiento de los alimentos en un solo día, diferente u independiente al del trabajo y fortalecer la campaña de orden y aseo (56) con mayor frecuencia para mejorar los diferentes aspectos mencionados.	OM Oportunidad de Mejora	No se cuenta con recursos para la adecuación de espacios para el consumo de los alimentos.	Realizar jornada de aseo con el personal del grupo operativo en los talleres del municipio.	AC Acción Correctiva	Mejorar el orden y aseo en la zona de talleres.	Una (1) jornada de aseo.	No aplica	Sandra Milena Sotolongo	Subsecretaria	7-Oct-19	30-Oct-19	Ferny Camacho	Secretaria	20-Oct-19					
Gestión Jurídica Administrativa / Administración de Bienes Muebles, Inmuebles y Automotores	4. Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 7 APOYO. 7.1.4 AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS Administración de bienes muebles, inmuebles y automotores no aporta los soportes que demuestran como identifica y gestiona el ambiente de trabajo propio para la operación	NC No Conformidad	Porque la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Bienes y Servicios, no contó en su momento, con los soportes de identificación y gestión al ambiente de trabajo propio para la operación de los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Presentar las evidencias solicitadas para la identificación del ambiente de trabajo correspondientes al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	AC Acción Correctiva	Cumplir con los lineamientos para la identificación y gestión del ambiente de trabajo propio para la operación, expuesto por los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Una (1) matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos para la MAT-02.07.03.16.P01.F01 y acta de visita para asesoría del SGSST, donde se socializa la matriz de peligros y riesgos	No aplica	Dely Fernanda Molato Castillo	Profesional Universitario	7-Oct-19	30-Oct-19	Andrés Felipe Pereira	Director Técnico	15-Oct-19					



ALCALDÍA MUNICIPAL
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
UNICOMANDO STIMULANDO
EL DESARROLLO INSTITUCIONAL

SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS
(SISTEIA, SOC Y MECI)

FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

NUMERO DE OFICINA: 03.18.115.161

VERSIÓN: 2

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 2019/10/10


1. NOMBRE DEL ORGANISMO: Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación

2. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: Hugo Javier Bottrigo Madrid

3. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 22 de octubre de 2019

4. NOMBRE DE LA AUDITORIA O SEGUIMIENTO: auditoría 37 de Situación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015

NOMBRE DEL PROCESO (Macroproceso / Proceso / Subproceso y/o Procedimiento)	FUENTE DE DETECCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN/ALAZAR	TIPO DE SITUACIÓN/ALAZAR	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DE LA SITUACIÓN/ALAZAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	OBJETIVO DE LA ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA META (en unidades de medida)	RECURSOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN (Humanos, Materiales, Tecnológicos, etc.)	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN		PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA META (CONTINUAMENTE)		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		FECHA DEL SEGUIMIENTO (CONTINUAMENTE)
										Nombre Completo	Cargo	Inicio (DD/MM/AAAA)	Final (DD/MM/AAAA)	Nombre Completo	Cargo	
Gestión del Talento Humano / Gestión de Seguridad Social Integral	4. Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 7 APOYO 7.1.4 AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS Seguridad Social Integral: En el ejercicio realizado en el proceso de Servicios Públicos se evidenció el oficio 201941620100012134 la Unidad Administrativa de Servicios Públicos da respuesta a la Superintendencia de Gestión Estratégica del Talento Humano, donde afirma que la Matriz de Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de los Riesgos no ha sido elaborada para la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos. Por lo tanto el Proceso de Seguridad Social Integral no ha determinado los factores físicos necesarios para la operación del proceso Servicios Públicos este proceso, evidenciando un incumplimiento frente al requisito 7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos. ISO 9001:2015.	NC: No Conformidad	En el momento de la auditoría no se disponía con el recurso humano necesario para la elaboración de la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos Municipales, dado que se encontraban realizando otras actividades razón por la cual no se había formalizado la entrega de dicho recurso.	Disear y socializar la matriz de peligros y valoración de los riesgos de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos Municipales.	AC: Acción Correctiva	Dar a conocer los peligros y riesgos a los cuales están expuestos los colaboradores de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos Municipales y la acción de mejora a ejecutar.	El control de los riesgos contemplados en la matriz de peligros y valoración de los riesgos.	Recurso Humano - Tecnológico	Jonny Ramos Díaz	Profesional Especializado	7-Oct-19	30-Oct-19	Carlos Alberto Burgos Ramírez	Subdirector	15-Oct-19
Gestión Tecnológica y de la Información / Atención al Usuario (PQRS)	4. Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 7 APOYO 7.1.6 Respecto al ítem al numeral 7.1.6 de la norma técnica de calidad ISO 9001:2015 denominado conocimiento de la organización, la Administración Central Municipal cuenta con 27 matrices de gestión del conocimiento de todos los procesos. Ítem 16 MEDIO 05 02 18.M01 F01 del 17 julio de 2018. Así mismo se evidenciaron las siguientes actas de reunión: Acta 4137 020 35.D 76 del 03 de junio de 2019: Objetivo: Diligenciar la herramienta de Gestión del Conocimiento para los procesos priorizados dentro del alcance en el proceso de certificación vigencia 2019, donde se dicen los lineamientos para la identificación y diligenciamiento de la matriz de gestión del conocimiento por proceso. Acta 4137 020 35.D 14 del 10 de junio de 2019: Objetivo: Realizar socialización a nivel directivo sobre gestión del conocimiento, cargas laborales y gestión de competencias en donde se trata el tema de Cali Distrito con el nivel directivo y jefes de área. Acta 4137 020 35.D 45 del 10 de junio de 2019: Objetivo: Realizar socialización a nivel directivo sobre gestión del conocimiento, cargas laborales y gestión de competencias en donde se trata el tema de Cali Distrito con los aliados.	NC: No Conformidad	Confusión frente al ítem 16 MEDIO 05 02 18.M01 F01 del 17 julio de 2018. Confusión frente al ítem 16 MEDIO 05 02 18.M01 F01 del 17 julio de 2018. Confusión frente al ítem 16 MEDIO 05 02 18.M01 F01 del 17 julio de 2018.	Solicitar claridad y acompañamiento frente al ítem 16 MEDIO 05 02 18.M01 F01 del 17 julio de 2018. Diligenciar la herramienta de Gestión del Conocimiento para los procesos priorizados dentro del alcance en el proceso de certificación vigencia 2019, donde se dicen los lineamientos para la identificación y diligenciamiento de la matriz de gestión del conocimiento por proceso.	AC: Acción Correctiva	Reconocer e implementar los lineamientos frente al ítem 16 MEDIO 05 02 18.M01 F01 del 17 julio de 2018.	No aplica	Orjasa María Corral Mesa	Jefe de Oficina	7-Oct-19	31-Oct-19	Armando Anstrabal Ramírez	Secretario	15-Oct-19	
Desarrollo Social / Gestión del Turismo	4. Informe de Auditoría Externa	NUMERAL 8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE 8.4.1 GENERALIDADES En el proceso de Gestión del Turismo, luego documentados los resultados obtenidos en conocimiento, formación y experiencia, establecido por FONTUR, indicando que el personal que atiende los PIT (Puntos de Información Turística), deben ser formados en áreas técnicas, tecnológicas y profesionales en Turismo, con dominio del idioma inglés. En la visita de Campo al PIT del Edificio Cotabaco, el Prestador del servicio manifiesta que no tiene formación en temas turísticos. Por lo descrito anteriormente se incumple lo establecido en el numeral 8.4.1 Control de los procesos y servicios suministrados externamente, 8.4.1 Generalidades de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2015	NC: No Conformidad	El Proceso de Gestión del Turismo, al momento de la visita en sitio, los auditores optaron por visitar los PIT de la Plazuela Jairo Varela, y de Cotabaco, este último al no ingresar por el convenio suscrito entre la Secretaría de Turismo y FONTUR no contaba con un informador turístico con formación en Turismo, debido a que al no ser parte del convenio no se requiere	Desarrollar con la academia pasantías con formación en Turismo, con dominio del idioma inglés para brindar información en el centro de experiencias.	AC: Acción Correctiva	Dar cumplimiento a los requerimientos del convenio entre la Secretaría de Turismo y FONTUR en los Puntos de Información Turística y FONTUR con personal con formación en Turismo, dominio del idioma inglés.	Puntos de Información Turística y Centro de experiencia, que operan bajo el convenio entre la Secretaría de Turismo y FONTUR.	No aplica	Arvíj Lucia Hórz Quintero	Asesor Administrativo	7-Oct-19	31-Oct-19	Mirtha Lucia Vélez Vasquez	Secretaria	15-Oct-19



MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS
(SISTEMA, SIGC Y MFCI)

FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

MEJORAR 05.07.18 (19.70)

VERSIÓN 2

FECHA DE ELABORACIÓN 27/08/2018


1. NOMBRE DEL ORGANISMO: Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación

2. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: Hugo Javier Bottega Madrid

3. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 30 de octubre de 2018

4. NOMBRE DE LA AUDIENCIA DE SEGUIMIENTO: 17. 16. Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015

NOMBRE DEL PROCESO (Macroproceso / Proceso / Subproceso / Procedimiento)	PUNTO DE DEFENSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN / Hallazgo	EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN / Hallazgo	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DE LA SITUACIÓN / Hallazgo	OBSERVACIONES DE LA ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	OBJETIVO DE LA ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA META (en unidad de medida)	RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN (Humanos, Materiales, Tecnológicos, Financieros)	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN		PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA META (DD/MM/AAAA)		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		FECHA DEL SEGUIMIENTO (DD/MM/AAAA)
										Nombre Completo	Cargo	Inicio (DD/MM/AAAA)	Final (DD/MM/AAAA)	Nombre Completo	Cargo	
Desarrollo Social / Gestión del Turismo	4. Informe de Auditoría Interna	<p>NUMERAL 7 APOYO 7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA</p> <p>La Administración Central Municipal de Santiago de Cali, cuenta con la información de los procesos, subprocesos y procedimientos del Modelo de Operación por Procesos - MOP en el portal municipal www.cali.gov.co Y en el Botón de Transparencia en el siguiente link: http://www.cali.gov.co/desarrollo/institucional/publicaciones/112643/mode lo de que hacen por procesos, que le permite actualizar y controlar la información documentada.</p> <p>Durante la visita en sitio cumplieron con el requisito de disponer la documentación de cada proceso en los formatos dispuestos por la entidad de contar con información documentada, los siguientes procesos: Seguridad Social Integral, Servicio Deportivo y Recreación, Gestión de Desarrollo Humano, Planeación Económica y Social, Planeación Física y del Ordenamiento Territorial, Gestión Documental, Información Estratégica, Comunicación Pública, Gestión de Paz y Cultura Ciudadana, Servicio de Deporte y la Recreación, Atención a la Comunidad y Grupos Populares, Servicios Públicos, Gestión Cultural, Desarrollo Económico y Competitividad, Control y Mantenimiento del Orden Público, Atención al Usuario, Adquisición de Bienes Muebles Inmuebles y Automotores, Gestión Jurídica, Administración de Bienes, Control Disciplinario, Control Interno.</p>	NC, No Conformidad.	<p>Al momento de la visita en sitio, no se contaba con los registros dado que la persona encargada de atender el Punto de Información Turística - PIT, se había llevado la información para trasladarla a la plataforma de SYTUR, ya que el PIT no cuenta con conectividad.</p>	<p>Solicitar a DATIC la conexión a internet en el punto de Información Turística - PIT.</p>	AC, Acción Correctiva	<p>Garantizar la conexión a internet en el punto de Información Turística - PIT.</p>	<p>Una (1) comunicación oficial a DATIC.</p>	No aplica	Anny Lucía Fúñez Quintero	Auxiliar Administrativo	7-Oct-19	31-Oct-19	Marta Lucía Villegas Viquez	Secretaría	15-Oct-19
Desarrollo Social / Gestión del Turismo	4. Informe de Auditoría Interna	<p>Incumpliendo con este requisito se encontraron los siguientes procesos:</p> <p>El Proceso de Planeación Institucional cuenta con el alcance del sistema de gestión de calidad, la política de calidad y objetivos de calidad debidamente documentados, la actualización de los procedimientos definidos en el MOP ha sido revisada y aprobada, sin embargo, las últimas actualizaciones de los procesos Información Estratégica, Desarrollo Económico y Competitividad y Gestión de Paz y Cultura Ciudadana no están disponibles en la intranet, al igual que se presentaron imprecisiones en la información del inventario de macro procesos, subprocesos procedimientos y formatos. En el proceso de Gestión del Turismo, se observó en la visita de campo al PIT de la Plaza del Jaro Varadero los registros no cumplen con los principios de la Gestión Documental de Disponibilidad, trazabilidad y fácil recuperación.</p> <p>Incumpliendo lo establecido en el numeral 7 Apoyo 7.5, Información documentada, de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2015 e incurriendo en el riesgo de no tener control sobre la información documentada.</p>	NC, No Conformidad.	<p>Realizar una capacitación en políticas de gestión documental y uso adecuado de formatos a apror en los PIT.</p>	<p>AC, Acción Correctiva</p>	<p>Garantizar que los Puntos de Información Turística - PIT estén dotados con información documentada y actualizada del proceso de acuerdo a las políticas de gestión documental.</p>	<p>Una (1) capacitación.</p>	No aplica	Anny Lucía Fúñez Quintero	Auxiliar Administrativo	7-Oct-19	31-Oct-19	Marta Lucía Villegas Viquez	Secretaría	15-Oct-19	



GOBIERNO DE
BOGOTÁ
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y
DESARROLLO ECONÓMICO
Y CALIDAD DE VIDA

SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS
(SISTEIDA, SOC Y MECI)

FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

MODELO 05.02.18.P19.001

versión: 2

FECHA DE ENTRADA EN USO: 2019

1. NOMBRE DEL ORGANISMO: Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación


2. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: Hugo Javier Buitrago Madrid


3. FIRMA DEL RESPONSABLE:

4. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 22 de octubre de 2019

5. NOMBRE DE LA AUDITORIA O SEGUIMIENTO: auditoría 37, de Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015

NOMBRE DEL PROCESO (Macroproceso / Proyecto / Subproceso y/o Procedimiento)	NÚMERO DE DIRECCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN/HALLAZGO	TIPO DE SITUACIÓN/HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DE LA SITUACIÓN/HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	OBJETIVO DE LA ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA META (en unidad de medida)	RECURSOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN (Humana, Física, Tecnológica, Financiera) Solo para el SOC SST	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN		PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA META (DD/MM/AAAA)		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		FECHA DEL SEGUIMIENTO (DD/MM/AAAA)
										Nombre Completo	Cargo	Inicio (DD/MM/AAAA)	Final (DD/MM/AAAA)	Nombre Completo	Cargo	
Convivencia y Seguridad / Control y Mantenimiento del Orden Público	4. Informe de Auditoría Interna	<p>NUMERAL 6 APOYO. 8. 5 PRODUCCIÓN DEL SERVICIO - 8.5.1 Control de la producción y provisión del servicio.</p> <p>Con oportunidad de mejora se evidenció los siguientes procesos: Servicios Públicos.</p> <p>En relación con el Proceso de Servicios Públicos, la planeación del servicio se hace mediante el MADSOP de 06.18 (V10 F01) Planeador Semanal de Seguimiento a la prestación del Servicio de Asilo Público del Supervisor Laurencio Campo. Planeador semanal del 2 al 6 de julio, específicamente el martes 2 de julio. Seguimiento comuna 11 al componente corte de CESPED en separadores y zonas blandas. Se observa en la Dirección de Recorrido no registra que pasó con esa actividad el martes 2 de julio. Se observa que la actividad se registra en bráscota el 18 de julio, donde se evidencia la verificación de cumplimiento en el corte de las zonas blandas realizadas por las empresas prestadoras de servicio de asilo, teniendo en cuenta los tres criterios calidad, continuidad y cobertura. Es importante que con el fin de facilitar la supervisión de las actividades de seguimiento se comuniquen oportunamente en la bráscota, si las actividades programadas se cumplen en el mismo día o se reprograman para una visita posterior (8.5.1.c).</p> <p>Control y Mantenimiento del Orden Público.</p>	OM. Oportunidad de Mejora		Coordinar mesa de trabajo con Planeación Municipal invitando a los Curadurías Urbanas para articular la información requerida en el proceso de A/C, asociada a control a obras licenciadas.	AC. Acción Correctiva	Articular mesa de trabajo con las Curadurías Urbanas, Planeación Municipal y Secretaría de Seguridad y Justicia	Una (1) mesa de trabajo con las Curadurías Urbanas.	No aplica	Jorge Hector Manosalva Malaver	Profesional Universitario	7-Oct-19	31-Oct-19	Dario Fernando Daza Dorado	Subsecretario	15-Oct-19
Convivencia y Seguridad / Control y Mantenimiento del Orden Público	4. Informe de Auditoría Interna	<p>En el proceso Control y Mantenimiento del Orden Público, al realizar la verificación del Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos en el proceso Control y Mantenimiento del Orden Público, Control a construcciones licenciadas de la Secretaría de Seguridad y Justicia de la Alcaldía de Santiago de Cali, se encontró que, el proceso está documentado, además, el auditorio expresa que, mediante el portafolio las obras aprobadas por licencias de construcción, se garantiza el cumplimiento de las normas urbanísticas y del ordenamiento territorial al el equipo auditor realizó observación del proceso, a través de 2 visitas en sitio, así: Obra ubicada en el barrio San Antonio y obra en la zona de Pance. La primera obra, estaba conada, razón por la cual, el personal que realiza el control a construcciones solo pudo verificar el cumplimiento de requisitos en la parte exterior, en lo concerniente a la Norma RETE y de voladizos para proceder luego al diligenciamiento del acta de constancia de visita control, a construcciones MACSG3 02.0316 P08.F02, en cuanto a la segunda visita, se verificó que la licencia estaba vencida desde abril de 2019, además, se observó que la construcción estaba ocupando una parte de la calzada, situaciones que fueron registradas en el formato respectivo.</p> <p>Aun cuando el proceso está cumpliendo con lo especificado por el numeral, la eficiencia se ve afectada por cuanto deben realizar más de una visita en un número considerable de casos debido a que los dueños o administradores de las obras no tienen conocimiento previo de las visitas en campo, lo que genera desconianza y finalmente no se puede realizar el control. Así mismo la visita puede ser infructuosa.</p>	OM. Oportunidad de Mejora	Control a Construcciones	Notificar la visita a la obra al responsable siempre y cuando no se pueda realizar la primera visita ya sea por ciente, falta de información o cualquier otro motivo	AC. Acción Correctiva	Coordinar materialización de visita	100% de las obras en construcción notificadas, a las cuales no se pudo ejecutar el control en la primera visita	No aplica	Jorge Hector Manosalva Malaver	Profesional Universitario	7-Oct-18	31-Oct-19	Dario Fernando Daza Dorado	Subsecretario	15-Oct-19

 MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN PLANEACIÓN PARTICIPATIVA		SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SIGG y MEC)				MÉDIO 01.02.18 F01										
						3										
						29 OCT 19										
1. NOMBRE DEL ORGANISMO: Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación																
2. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: Hugo Javier Gutierrez Madrid																
4. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 22 de octubre de 2018																
5. FIRMA DEL RESPONSABLE:																
6. NOMBRE DE LA AUDITORIA O SEGUIMIENTO: auditoría 37, de Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015																
NOMBRE DEL PROCESO (Macroproceso / Proceso / Subproceso y/o Proyectograma)	NÚMERO DE DECISION	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN Hallazgo	TIPO DE SITUACIÓN Hallazgo	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DE LA SITUACIÓN Hallazgo	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	OBJETIVO DE LA ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA META (en unidades de medida)	RECURSOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN (Humanos, Materiales, Técnicos, Pasaderechos)	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN		PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA META (DOMMMMAAAA)		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		FECHA DEL SEGUIMIENTO (DOMMMMAAAA)
										Nombre Completo	Cargo	Inicio (DOMMMMAAAA)	Fin (DOMMMMAAAA)	Nombre Completo	Cargo	
Desarrollo Social / Servicio de Deporte y Recreación	4. Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 8 APOYO, 8.5 PRODUCCIÓN DEL SERVICIO - 8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	NC: No Conformidad	Realizar circular informativa a todos los combatistas y funcionarios de la Secretaría del Deporte y la Recreación donde se comente la situación que se ha identificado en campo y hacer diligencias en la manera de proceder a informar a los beneficiarios, usuarios y/o estudiantes a los programas, sobre el manejo que da la administración de la Secretaría a las propiedades guardadas dentro de nuestros escenarios	Realizar circular informativa a todos los combatistas y funcionarios de la Secretaría del deporte y la recreación, donde se comente la situación que se ha identificado en campo y hacer diligencias en la manera de proceder a informar a los beneficiarios, usuarios y/o estudiantes a los programas, sobre el manejo que da la administración de la Secretaría a las propiedades guardadas dentro de nuestros escenarios	AC: Acción Correctiva	Una (1) circular informativa a todos los combatistas y funcionarios de la Secretaría del deporte y la recreación, sobre el tema identificado y el hallazgo levantado a raíz de la situación encontrada en campo.	No aplica	Fabian Correa Tovar	Jefe de Oficina	7-Oct-19	25-Oct-19	Francisco Sandoval Balfori	Secretario	16-Oct-19	
Desarrollo Social / Servicio de Deporte y Recreación	4. Informe de Auditoría Interna	En el Servicio de Deportes y Recreación durante la visita en campo a la línea de servicio Asistencia y fortalecimiento técnico a clubes deportivos y atletas del municipio de Santiago de Cali, en la decimera Tiro al Arco, se evidenció que los beneficiarios, dejan en custodia la implementación deportiva; propiedad de los usuarios, más no se ha implementado ninguna directiva para identificar, validar, proteger y salvaguardar la propiedad de los clientes. Incumpliendo con el numeral 8 Operación, 8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos, de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2015 actuando en el riesgo de no contar con un mecanismo que permita cuidar los bienes muebles e inmuebles con los que cuenta y/o utiliza la Entidad	NC: No Conformidad	Porque los elementos que requieren los deportistas y/o atletas involucrados en procesos de seguimiento a través de estos programas son personalizados y especializados, por lo tanto, en su mayoría no son sólo beneficiarios de programas de la SDR sino también aliados a los programas en nuestros escenarios no serán responsables de la administración y el organismo secretario del deporte y la recreación lo anterior, modificando el formato MMDS01.04.18.P02.F40 "Ficha de inscripción a Programas" y enviando al mismo a validación.	Incluir parámetro de consentimiento y conocimiento que de manera explícita mencione que los bienes dejados y guardados por los beneficiarios de los programas en nuestros escenarios no serán responsables de la administración y el organismo secretario del deporte y la recreación lo anterior, modificando el formato MMDS01.04.18.P02.F40 "Ficha de inscripción a Programas" y enviando al mismo a validación.	AC: Acción Correctiva	Un (1) oficio de envío a validación para la modificación del formato MMDS01.04.18.P02.F40 "Ficha de inscripción a Programas"	No aplica	Fabian Correa Tovar	Jefe de Oficina	7-Oct-19	25-Oct-19	Francisco Sandoval Balfori	Secretario	16-Oct-19	
Desarrollo Social / Servicio de Deporte y Recreación	4. Informe de Auditoría Interna		NC: No Conformidad	Realizar la gestión adecuada para poner la señalética sobre las propiedades pertenecientes a los clientes, usuarios y/o beneficiarios dejados o guardados en los escenarios y el manejo de la administración y la SDR al respecto	Realizar la gestión adecuada para poner la señalética sobre las propiedades pertenecientes a los clientes, usuarios y/o beneficiarios dejados o guardados en los escenarios y el manejo de la administración y la SDR al respecto	AC: Acción Correctiva	Una (1) señalética gestionada por cada escenario de alto rendimiento y compartido.	No aplica	Fabian Correa Tovar	Jefe de Oficina	7-Oct-19	25-Oct-19	Francisco Sandoval Balfori	Secretario	15-Oct-19	
Desarrollo Social / Servicios Públicos	4. Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 8 OPERACIÓN, 8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES	OM: Oportunidad de Mejora	No contar con los mecanismos adecuados de control para la verificación del cumplimiento de la planeación	Ajustar el formato planeado semanal incluyendo la verificación del cumplimiento de las actividades programadas.	AC: Acción Correctiva	Evidenciar en el formato planeado las no conformidades detectadas y la programación para su verificación y tratamiento.	No aplica	Ahmed Lobaton	Profesional Universitario	7-Oct-19	25-Oct-19	Alejandro Arias Pérez	Director	11-Oct-19	
Desarrollo Social / Servicios Públicos	4. Informe de Auditoría Interna	Se evidenció la Matriz de reporte de no conformes donde se registra el seguimiento del Reporte 073. En atención a la supervisión que realiza la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos Municipales - UAESPMP, en estado finalizado, la cual se evidenció en campo, pero no se registró en la bitácora del supervisor, así que es importante fortalecer la comunicación frente a los eventos de no conformidad para actualizar sistemas del MECODI 05.02.18 F16.F01, Registro del Tratamiento del Producto No conforme, el MMDS01.08.03.18.P05.F04 Reporte de No conformidad con el registro fotográfico cuando sea aplicable.	OM: Oportunidad de Mejora	La herramienta de bitácora para no facilitar la verificación del cumplimiento de la planeación	Ajustar el formato de bitácora para facilitar el seguimiento de las actividades realizadas	AC: Acción Correctiva	Evidenciar en la bitácora la verificación del cumplimiento de las no conformidades por parte de los operadores	No aplica	Ahmed Lobaton	Profesional Universitario	7-Oct-19	25-Oct-19	Alejandro Arias Pérez	Director	11-Oct-19	

 MUNICIPIO DE SAN CARLOS CAUCA DEPARTAMENTO DE CAUCA		SISTEMA DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SIGTA, SGC Y MECI) FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS							ANEXO 05.02.18 P19 F01							
VERSIÓN												2				
VISTA DE VENTA												27/09/2018				
1. NOMBRE DEL ORGANISMO: Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación												2. FIRMA DEL RESPONSABLE:				
3. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: Hugo Javier Buitrago Madrid																
4. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 22 de octubre de 2018																
5. NOMBRE DE LA AUDITORIA O SEGUIMIENTO: Auditoría 57, de Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015																
NOMBRE DEL PROCESO (Macroproceso/Proceso / Subproceso y/o Procedimiento)	FUENTE DE DETECCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN REALIZADO	TIPO DE SITUACIÓN REALIZADO	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DE LA SITUACIÓN REALIZADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	PROBLEMA ACCIÓN	OBJETIVO DE LA ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA META (en unidad de medida)	RECURSOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN (Humanos, Materiales, Técnicos, Financieros)	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN		PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA META (DDMM/AAAA)		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		FECHA DEL SEGUIMIENTO (DDMM/AAAA)
										Nombre Completo	Cargo	Inicio (DDMM/AAAA)	Final (DDMM/AAAA)	Nombre Completo	Cargo	
Convivencia y Seguridad / Gestión de Paz y Cultura Ciudadana	4 - Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 8- OPERACIÓN, 8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES El proceso de Paz y Cultura, específicamente en la línea de servicios "Promoción, formación y fortalecimiento de la cultura ciudadana para la paz urbana, en la población afectada por la violencia y el conflicto en el Municipio de Santiago de Cali"; el equipo auditor evidenció en el Registro del Tratamiento del Producto y/o Servicio No Conforme MED01 05.02.18 P19 F01. El concepto de producto no conforme no es claro para los colaboradores que participan en la línea de servicio, se presenta una confusión entre cuando los productos y servicios definidos para el proceso son no conformes; el incumplimiento en la implementación de un procedimiento y un riesgo. Como es el caso de "Episodios críticos en las atenciones de la salud no atendidas" en el cual se activa una Atención Clínica especializada para la población con riesgo potencial.	OM Oportunidad de Mejora	Porque no hay claridad frente al concepto Concepto de Producto y/o Servicio No Conforme.	Solicitar al Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación Institucional mesa de trabajo con el fin de recibir los lineamientos para aplicar la metodología sobre la identificación de producto y/o servicio no conforme.	AC. Acción Correctiva	Definir el formato MED01 05.02.18 P19 F01 Producto y/o Servicio No Conforme del proceso denominada Gestión de Paz y Cultura Ciudadana	Una (1) comunicación oficial de solicitud al Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación Institucional de mesa de trabajo sobre Producto y/o Servicio No Conforme	No aplica	Clara Eugenia Botero	Jefe de Oficina	7-Oct-18	31-Oct-18	Rocio Gutiérrez Cely	Secretaria	15-Oct-19
Convivencia y Seguridad / Gestión de Paz y Cultura Ciudadana	4 - Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 8- OPERACIÓN, 8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES Sin embargo, se evidenció su incumplimiento en el proceso de Atención a la comunidad y grupos poblacionales la cual se trasladada al Proceso de Planeación Institucional, como responsable de brindar los lineamientos, toda vez que el auditorado manifiesta que el proceso realizó consulta al Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación evidenciando correo electrónico enviado el día miércoles 26 de julio de 2018 al DADII, solicitando revisión y/o recomendaciones al respecto y a la fecha de la visita en sitio no se había obtenido respuesta.	OM Oportunidad de Mejora	Porque no hay claridad frente al concepto Concepto de Producto y/o Servicio No Conforme.	Aplicar lo definido en la mesa de trabajo para la identificación de producto y/o servicio no conforme.	AC. Acción Correctiva	Cumplir con los lineamientos institucionales Sistema de Gestión de Calidad	Un (1) acta de reunión que evidencie el resultado de la aplicación de la metodología sobre la identificación de Producto y/o Servicio No Conforme.	No aplica	Clara Eugenia Botero	Jefe de Oficina	7-Oct-18	31-Oct-19	Rocio Gutiérrez Cely	Secretaria	15-Oct-18
Direccionamiento Estratégico / Planeación Institucional	4 - Informe de Auditoría Interna	NUMERAL 8- OPERACIÓN, 8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES Sin embargo, se evidenció su incumplimiento en el proceso de Atención a la comunidad y grupos poblacionales la cual se trasladada al Proceso de Planeación Institucional, como responsable de brindar los lineamientos, toda vez que el auditorado manifiesta que el proceso realizó consulta al Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación evidenciando correo electrónico enviado el día miércoles 26 de julio de 2018 al DADII, solicitando revisión y/o recomendaciones al respecto y a la fecha de la visita en sitio no se había obtenido respuesta. En este proceso el procedimiento Producto no conforme está siendo aplicado por tres (3) de las (4) líneas de servicio a certificar. No se observa implementación del procedimiento en la línea Servicio de Atención al Adulto Mayor, dado que no ha habido capacitación al respecto. Por lo anterior se presenta un incumplimiento de parte del proceso Planeación Institucional con lo establecido en el numeral 8- Operación, 8.7 Control de las salidas no conformes, 8.7.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2015, teniendo en el riesgo de no asegurar que las salidas que no sean conformes con sus requisitos, se identifiquen y controlen para prevenir su uso o entrega no intencional. Incumpliendo con lo establecido en el Numeral 8- Operación, 8.7 Control de las salidas no conformes de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO	NO: No Conformidad	La capacitación en tratamiento de Salidas No Conforme ya dejó al representante del CIG del organismo y éste no la trasladó al líder de la línea de servicio de adulto mayor.	Realizar capacitación al líder de la línea de servicio adulto mayor en cuanto a los lineamientos del tratamiento de Producto Salida No Conforme.	AC. Acción Correctiva	Volver a dar los lineamientos al líder de la línea de servicio adulto mayor en cuanto a la identificación y tratamiento de Producto y/o Salidas No Conforme.	Un (1) acta de reunión que evidencie el resultado de la aplicación de la metodología sobre la identificación de Producto y/o Servicio No Conforme al proceso Atención a la Comunidad y Grupos Poblacionales, específicamente a la línea de servicio de adulto mayor.	No aplica	Daniel José Chacón Balcazar	Subdirector	7-Oct-18	15-Oct-19	Hugo Javier Buitrago Madrid	Director	10-Oct-19

MUNICIPIO DE SAN JUAN DE LOS RIOS
 ENTIDAD DE ORDEN TERRITORIAL

SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS
 (SISTE-GAC y MEET)

FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

MOCOL 05-02 16-P39-F01

VERSIÓN: 2

FECHA DE ELABORACIÓN: 2019/09/04

1. NOMBRE DEL ORGANISMO: Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación

2. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: Hugo Javier Botello Madrid


3. FIRMA DEL RESPONSABLE:

4. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 22 de octubre de 2019

5. NOMBRE DE LA AUDITORIA O SEGUIMIENTO: auditoría N° 17 de Verificación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2015

NOMBRE DEL PROCESO (Administrativo, Político y Subproceso y/o Procedimiento)	FUENTES DE DATOS	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN/ANÁLISIS	TIPO DE SITUACIÓN/ANÁLISIS	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DE LA SITUACIÓN/ANÁLISIS	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	OBJETIVO DE LA ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA META (en unidades de medida)	RECURSOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN (Humanos, Físicos, Técnicos, Financieros) Sólo para el SG-SST	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN		PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA META (DD/MM/AAAA)		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		FECHA DEL SEGUIMIENTO (DD/MM/AAAA)
										Nombre Completo	Cargo	Inicio (DD/MM/AAAA)	Fin (DD/MM/AAAA)	Nombre Completo	Cargo	
Direccionamiento Estratégico / Información Estratégica	4. Informe de Auditoría Interna	6.3 Planificación de los Cambios Se evidencia que el proceso "Información Estratégica" se ha visto afectado por el cambio normativo, relacionado con el documento CONFE 2877 de 2016 - SISBEN IV. Declaratoria de importancia estratégica del Sistema de identificación de Potenciales Beneficiarios (Sisben IV), emitido por el Consejo Nacional de Política Económica y Social del Departamento Nacional de Planeación. El documento CONPES en mención, presenta un nuevo modelo estadístico que reduce capacidad de generalización y nuevas ponderaciones a las variables de calidad de vida para el cálculo del puntaje, lo anteriormente expuesto exige una etapa de transición de SISBEN III a SISBEN IV, que debe llevarse a cabo entre diciembre de 2017 y diciembre de 2019 y el DNP advierte que se requiere un proceso previo de actualización de la información por parte del ente territorial y de ajuste normativo y procedimental a cargo del DNP que debe ser aprobado e implementado por la administración municipal. De igual manera, el DNP se compromete a elaborar un Plan de Contingencia que incluye una Resolución que establece los protocolos de Control de Calidad de las Bases de Datos. Dicha Resolución fue dada a conocer por el DNP el 28 de septiembre de 2018 con No. 2073, razón por la cual el auditado manifestó que no lo tenía en la vigencia 2019 con la capacidad operativa y el recurso financiero necesario para responder a los cambios que ya habían sido signados mediante el documento CONPES. Es importante que el proceso información estratégica fortalezca su 9.1.3 Análisis y Evaluación	OM Oportunidad de Mejora	Se estaba a la espera de la autorización por parte del Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo - FONADE para el ajuste a la meta de las encuestas al hogar, a realizar en la implementación de la metodología del Sisben IV. Tarea previa a la ejecución del proyecto suscripción final del contrato con el proveedor.	Presentar las evidencias, soportes al momento de la auditoría de seguimiento que permitan aclarar la demora en la contratación del operador encargado de la ejecución del proyecto suscripción final del contrato con el proveedor.	AM. Acción de Mejora	Demostrar que el proceso realiza acciones preventivas y de mejora que permitan reducir o evitar la materialización de los riesgos del proceso	100% de las evidencias presentadas durante la auditoría de seguimiento	No aplica	Uriel Darío Cancelado	Subdirector	7-Oct-19	31-Oct-19	Elena Londoño Gómez	Directora	15-Oct-19
Direccionamiento Estratégico / Información Estratégica	4. Informe de Auditoría Interna	Frente al análisis y evaluación, se evidenció seguimiento con corte a marzo de 2019, a través de un informe SOBRE EL SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS Y LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO EN EL DAPM-PRIMER TRIMESTRE 2019. Sin embargo, se evidencia en la ficha de indicadores del trámite "Encuestas de SISBEN", con corte al punto de 2019, que hubo un incremento importante en el número de solicitudes allegadas al proceso, a partir de marzo, quedando un número total de solicitudes pendientes por respuesta de 4.006, cuando el tiempo establecido en la Hoja de Vida del Trámite es de 15 días hábiles, pero en la columna "Análisis y Observaciones" de la Ficha de Indicadores no se explica la causa del retraso ni se establecen acciones para reducirlo, incumpliendo el riesgo de incumplir con lo establecido en el numeral 9. Evaluación del desempeño, 9.1.3 Análisis y evaluación, de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:2015. Así como no analizar y evaluar los datos y la información de los resultados de seguimiento y medición, a fin de determinar si los procesos, productos y servicios cumplen los requisitos y determinar cualquier acción requerida y las oportunidades de mejora	OM Oportunidad de Mejora	No se diligenciarán los campos "Análisis y Observaciones" y "Mejora" de las fichas técnicas de los indicadores, de gestión compartidas en el Drive por la UAG a los profesionales responsables de trámites y servicios en el organismo, porque esta información estaba en el formato en Excel que diligencia el operador del SISBEN utilizando las citas que brinda el aplicativo SISBEN. Por que solo se diligencian en el Drive de la UAG la información correspondiente a los datos numéricos del resultado de las encuestas recibidas y atendidas y no las columnas de "análisis y observación" y la de "mejora".	Registrar de manera permanente la información de las observaciones y las acciones definidas para mitigar las desviaciones en la meta de los indicadores.	AC. Acción Correctiva	Contar con el diligenciamiento total de las fichas técnicas de indicadores, la cual refleje el comportamiento del indicador y las acciones tomadas para atacar las desviaciones en el proceso.	100% de las fichas técnicas de indicadores diligenciadas en el Drive.	No aplica	Silvestre Lazareth Escobar	Jefe de Oficina	7-Oct-19	31-Oct-19	Elena Londoño Gómez	Directora	15-Oct-19

																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					</
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

		SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (GESTED-SGC Y MECI)										MUSECJ 05-0118-019-001				
		FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS										ZONA				
												E				
												FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA		2019-01-01		
1. NOMBRE DEL ORGANISMO: Departamento Administrativo de Desarrollo e Innovación														2. FIRMA DEL RESPONSABLE:		
3. NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: Hugo Javier Brito de la Cruz																
4. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 23 de octubre de 2019																
5. NOMBRE DE LA AUDITORIA O SEGUIMIENTO: auditoría 37, de Inspección del Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 9001:2015																
NOMBRE DEL PROCESO (Macroproceso / Proceso / Subproceso / Procedimiento)	ELEMENTO DE DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN/ALCAZAR	TIPO DE SITUACIÓN/ALCAZAR	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DE LA SITUACIÓN/ALCAZAR	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	OBJETIVO DE LA ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA META (en unidades de medida)	RECURSOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN (Humana, Física, Tecnológica, Financiera, etc.)	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN		PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA META (DD/MM/AAAA)		RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO		FECHA DEL SEGUIMIENTO (DD/MM/AAAA)
										Nombre Completo	Cargo	Inicio (DD/MM/AAAA)	Final (DD/MM/AAAA)	Nombre Completo	Cargo	
Gestión Jurídica Administrativa / Gestión Jurídica	4. Informe de Auditoría Interna	10.1 Generalidades. En cuanto al seguimiento de los dos indicadores del proceso con un resultado alcanzado de 96,6%. Se evidenció el análisis de los resultados porque no alcanzaron la meta del 100% en las siguientes causas: 1. Demoras en la radicación y reparto de las solicitudes de soporte y asesoría jurídica, y como acción de mejora se realizará convocatoria de reunión con los funcionarios implicados en el proceso de reparto y despacho de las solicitudes de soporte y asesoría jurídica. 2. Demoras en la atención a las solicitudes de emisión de concepto jurídico por parte del equipo de trabajo. Acción de mejora se realizará seguimiento al personal a las solicitudes de emisión de concepto jurídico. En cuanto a la acción de mejora del indicador Demoras en la radicación y reparto de las solicitudes de soporte y asesoría jurídica, se observó como acción de mejora que se realizará convocatoria de reunión con los funcionarios implicados en el proceso de reparto y despacho de las solicitudes de soporte y asesoría jurídica sin fecha de ejecución. Frente a lo anterior se requiere fortalecer la trazabilidad, condicionando los compromisos en el tiempo que se debe ejecutar, con la finalidad de poder medir el avance de la acción.	OM Oportunidad de Mejora	Debilidad en la descripción de las acciones de mejora generadas en el seguimiento al cumplimiento de indicadores, falta en la determinación de la fecha del compromiso y responsable, en el formato de plan de mejoramiento.	Aplicar y diligenciar en su totalidad el formato de FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS.	AC Acción Correctiva	Diligenciar en su totalidad el formato de FORMULACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS.	100% del formato de Formulación de plan de mejoramiento por procesos diligenciado	No aplica	Maria Catalina Valencia Gomez	Subdirectora	7-oct-19	31-oct-19	Nayib Yeiber Enrrique	Director	25-oct-19
Gestión Jurídica Administrativa / Administración de Bienes Inmuebles, Muebles y Automotores	4. Informe de Auditoría Interna	NÚMERO 1.2 APOYO 1.1: 3 INFRAESTRUCTURA Frente al numeral 7.1.3 de la norma técnica de calidad ISO 9001:2015 denominada infraestructura con oportunidad de mejora al proceso de ASIMA, toda vez que a pesar que se tiene adoptada e implementada el instrumento archivístico Plan Institucional de Archivo (PIA), con aspectos críticos identificados frente al espacio para los archivos se deriva en la necesidad de actuar en su totalidad el depósito 2 que es urgente dar cumplimiento a lo que quedó establecido en el actual plan de desarrollo frente a la construcción de un lote para el archivo central y construcción del archivo general para Santiago de Cali.	OM Oportunidad de Mejora			AC Acción Correctiva			No aplica							