



CONCEJO
SANTIAGO DE CALI
Unirnos: un buen consejo

INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

DR. FABIO FERNANDO ARROYAVE RIVAS
PRESIDENTE PERÍODO
ENERO - DICIEMBRE 2014

DRA. MARÍA CLEMENTINA VELEZ GALVEZ
PRESIDENTA PERÍODO
ENERO - DICIEMBRE 2015

ENERO DE 2015

TABLA DE CONTENIDO

NUMERO	TITULO	PÁGINA
1.	DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	3
2.	PLAN DE TRABAJO DESARROLLADO	6
2.1	DESCRIPCIÓN DEL TIEMPO DE DURACIÓN	6
2.2	DESCRIPCIÓN DE LAS FASES Y PRODUCTOS	6
3.	DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO CON EL OBJETIVO DE ACTUALIZAR EL MECI 1000:2014	16
4.	RESULTADOS DE LA REVISIÓN	25
5.	CONCLUSIONES	28

INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN ENERO / DICIEMBRE 2014

1. DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Con el fin de cumplir los requerimientos enunciados en el numeral 5.6 de las normas NTC ISO 9001:2008 y NTC GP 1000:2009, se presenta ante la Alta Dirección el informe consolidado del Sistema de Gestión de la Calidad del Concejo Municipal de Santiago de Cali, incluyendo las necesidades de mejora detectadas.

Para elaborar el presente informe se tomó como insumo la información requerida en el numeral 5.6.2 de la norma, suministrada por cada uno de los responsables de los doce procesos de la entidad.

Con los insumos presentados por los diferentes procesos el 31 de diciembre de 2014 se llevó a cabo Comité de Calidad, donde la Alta Dirección evaluó el estado, desempeño y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad del Concejo Municipal de Santiago de Cali, verificando la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia, efectividad y mantenimiento del sistema, corrigiendo las desviaciones detectadas, determinando oportunidades de mejoramiento y efectuando los cambios requeridos para fortalecer el desempeño de la entidad, en términos de calidad y de generación de satisfacción de la comunidad producto del ejercicio del control político y administrativo a la Administración Municipal de Santiago de Cali.

Los resultados alcanzados por cada uno de los procesos y destacados en el presente informe en términos de calidad evidencian la manera como se han venido materializando los propósitos institucionales del Honorable Concejo Municipal de Santiago de Cali, contenidos en el Plan Estratégico diseñado y aprobado para la vigencia 2012-2015, destinado a fortalecer:

OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS CORPORATIVOS 2012 – 2015:

Objetivo No 1. Ejercer un Control Político y seguimiento a los Trámites a Proyectos de Acuerdo de manera eficiente y eficaz.

Objetivo No 2. Generar espacios de Participación Ciudadana.

Objetivo No 3. Ejercer de manera proactiva y anticipada el control interno e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Corporación. El control interno como máxima instancia de seguimiento y control al interior de la entidad deberá realizar seguimiento y advertir con la suficiente anticipación a la alta dirección sobre eventos que se presenten frente al funcionamiento

administrativo, financiero de la entidad y que sean factores de riesgo frente a la gestión.

Objetivo No 4. Propender por un Concejo que comunica, concejo con imagen corporativa, concejo que brinda acceso a la información, concejo como generador de propuestas, concejo sin barreras física, concejo que rinde cuentas.

Objetivo No 5. Garantizar transparencia y efectividad en la planeación, dirección, gestión y control de los procesos de administración de los recursos humanos, materiales y tecnológicos de la Corporación Concejo de Santiago de Cali, que garantizan la calidad de la gestión pública.

Objetivo No 6. Garantizar el fortalecimiento de mecanismos de prevención, investigación, y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. A través del cumplimiento de la Ley 734 de 2002 y sus modificaciones introducidas con la Ley 1474 de 2011.

Además del Control Político- Administrativo, la Participación Ciudadana, el Sistema de Control Interno, el Bienestar Institucional y la Comunicación Pública. Dichos resultados reflejan también la manera como el Sistema de Gestión de Calidad, concebido como un importante modelo gerencial, ha contribuido a la consecución de esas metas y objetivos estratégicos.

Con el fin de adecuar de manera continua el Sistema de Gestión de Calidad a los cambiantes requerimientos y necesidades organizacionales, en el Concejo Municipal de Santiago de Cali se realizaron una serie de acciones y actividades de fortalecimiento institucional, entre las cuales se destacan las siguientes:

- Con la aprobación de la Presidencia y en desarrollo del objetivo 3 del plan estratégico 2010, se mantuvo durante el segundo semestre de 2014 la contratación de un profesional dedicado a asesorar y sensibilizar a todas las áreas y procesos sobre el direccionamiento estratégico, el Sistema de Gestión de la Calidad y el mantenimiento del Modelo Estándar de Control Interno, con el fin de orientar el trabajo institucional hacia la consecución de resultados.
- El 12 de diciembre de 2014 se entrega al Señor Presidente y se publica en la página WEB de la Corporación la versión 5.0 del Manual de Calidad.
- El 12 de diciembre de 2014, se entrega al Sr. Presidente y se publica en la página WEB de la Corporación la versión 1.0 del Manual de Operaciones.

- En el mes de agosto se le entrega al Señor Presidente la estrategia de actualización del MECI a la versión 1000 del 2014 y su debida armonización con el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Se evidencia que entre los meses de septiembre a diciembre de 2014, se realizo el proceso de Diagnóstico y Actualización del MECI 1000 en la versión 2014 y de acuerdo a los lineamientos dados por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Como resultado de este trabajo, se identificaron 33 productos entregados por parte del Consultor. Realmente los productos que se identificaron fueron 8, pero se generó un valor agregado y se actualizaron 25 productos más, con el propósito de dejar el Modelo Estándar de Control Interno en un nivel óptimo.
- Se llevaron a cabo unos Talleres para la revisión y mejoramiento de la Matriz DOFA. De la cual se tomaron las Debilidades y las Amenazas y se ajustaron los riesgos de la entidad a través de un análisis interno por cada líder de Proceso. Se socializo en comité de planeación que permitió identificarlos, calificarlos y valorarlos y construir el mapa de riesgos institucional.
- Se evidencia la actualización de la Matriz DOFA.

2. PLAN DE TRABAJO DESARROLLADO

Dentro de la revisión generada, se identificó el cumplimiento del siguiente Plan de Trabajo que se desarrollo durante el año 2014. Se hizo seguimiento al cumplimiento de las respectivas Fases y sus respetivos productos:

2.1 DESCRIPCION DEL TIEMPO DE DURACIÓN.

Cumpliendo con el Plan de Avance y Control del Proyecto la Consultoría se cumplió en un tiempo de tres (3) meses periodo en el que el **Honorable Concejo del Municipio de Santiago de Cali** actualizo los productos mínimos requeridos por la DAFP a través del Decreto 943 de 2014.

2.2 DESCRIPCIÓN DE LAS FASES Y PRODUCTOS.

- **FASE CONOCIMIENTO Y DIAGNÓSTICO DEL ESTADO ACTUAL.**

Se realizaron cuatro sensibilizaciones del Decreto 943 de 2014, con base en el cual el Departamento Administrativo de la Función Pública, se pronuncia y da los direccionamientos para que todas las entidades a nivel Nacional actualicen del modelo estándar de control interno – MECI 1000:2014.

Se aplicó y desarrollo las encuestas por los 12 procesos con que cuenta la Corporación para identificar el nivel de cumplimiento en los 72 productos identificados.

Se hizo un reconocimiento general a la organización y a la gestión existente basados en el **formato - fase de diagnóstico** dispuesto en el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno, así como los manuales de funciones, indicadores y formatos aplicados en los procesos, la información relativa al cómo se cumplen las funciones en el Concejo de Cali para establecer su estado de estandarización y mejora a planear.

PRODUCTOS REVISADOS POR LA DIRECCIÓN:

- Se reforzó la fase de conocimiento, al interior de las áreas del Honorable Concejo de Santiago de Cali (Se generaron charlas grupales al inicio del trabajo (por la multiplicación de funciones y cruce de horarios hubo la necesidad de generar otras tres charlas), y otra más al finalizar para socializar el MECI estructurado).

- Generación de la revisión (diagnostico general) y elaboración del informe del estado actual del MECI **formato - fase de diagnóstico.**

- **IDENTIFICACIÓN DE ELEMENTOS VALIDADOS POR MECI**

Determinar el nivel de existencia y/o madurez de las evidencias requeridas por MECI clasificadas en: No Existe, Se encuentra en proceso, está documentado, evaluado/revisado o evidencia encontrada y auditada por cada uno de los módulos, componentes y elementos de este modelo. El archivo o lista de chequeo diligenciado y auditado fue el siguiente:

Formato - Fase de Diagnóstico							
			ESTADO				
Elemento de Control	Productos Mínimos	No Existe	Se encuentra en proceso	Está documentado.	Evaluado/ Revisado	Evidencia encontrada	
1	Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	Documento con los principios y valores de la entidad, construido participativamente					
		Acto administrativo que adopta el Documento con los principios y valores de la entidad					
		Socialización de los principios y valores de la organización a todos los servidores.					
		Otro					

2	Desarrollo del Talento Humano	Manual de funciones y competencias laborales					
		Plan Institucional de Formación y Capacitación					
		Programa de Inducción y re-inducción realizado a los servidores vinculados a la entidad					
		Programa de re-inducción en respuesta a cambios organizacionales, técnicos o normativos.					
		Programa de Bienestar					
		Plan de incentivos					
		Procesos meritocráticos de cargos directivos (en las entidades donde aplique)					
		Mecanismos de evaluación del desempeño acorde a la normatividad que aplique a la entidad					
		Otro					
3	Planes, Programas y Proyectos	Misión, Visión y Objetivos Institucionales adoptados y divulgados.					
		Documentos que soporten la revisión sobre necesidades de los usuarios, legales y de presupuesto.					
		Planes operativos con cronogramas y responsables.					

		Fichas de indicadores para medir el avance en la planeación.					
		Procesos de seguimiento y evaluación que incluya la satisfacción del cliente y partes interesadas.					
		Otro					
4	Modelo de Operación por Procesos	Caracterizaciones de proceso elaboradas y divulgadas a todos los funcionarios de la entidad.					
		Mapa de procesos.					
		Indicadores por proceso para realizar la medición correspondiente.					
		Actas de reuniones u otro soporte para revisiones o ajustes a los procesos.					
		Procedimientos diseñados de acuerdo a las actividades que desarrollan los procesos.					
		Actas u otro documento que soporte la divulgación de los procedimientos a todos los funcionarios.					
		Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles					
		Otro					

5	Estructura Organizacional	Evidencias que soporten la comunicación a todo el personal para sensibilizar la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.					
		Otro					
6	Indicadores de Gestión	Fichas de indicadores donde se registra y hace seguimiento a la gestión.					
		Cuadros de control para seguimiento a los indicadores clave de los procesos.					
		Otro					
7	Políticas de Operación	Documento que con tiene las políticas de operación					
		Actas u otro documento que soporte la divulgación de las políticas de operación a todos los funcionarios.					
		Otro					
8	Administración de Riesgos	Definición desde la Alta Dirección de la política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.					
		Mapas de riesgos por proceso					
		Mapa Institucional de Riesgos					
		Actas u otro documento que soporte la					

		divulgación de los mapas de riesgos a todos los funcionarios de la entidad.					
		Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles establecidos para los riesgos.					
		Otro					
9	Autoevaluación Institucional	Documentos soporte sobre aplicación de encuestas de autoevaluación de los procesos					
		Documentos soporte sobre realización de talleres de autoevaluación.					
		Informes u otros soportes de informes de Autoevaluación realizados.					
		Informes sobre análisis de los indicadores por proceso					
		Informes de gestión por procesos.					
		Otro					
10	Auditoría Interna	Informes pormenorizados de la vigencia					
		Resultados Informe Ejecutivo Anual realizado ante el DAFP					
		Procedimiento para auditoría interna.					
		Programa Anual de Auditorías aprobado.					

		Informes de auditorías realizadas					
		Otro					
11	Plan de Mejoramiento	Herramienta definida para la construcción del plan de mejoramiento.					
		Documentos que evidencien el seguimiento a los planes de mejoramiento					
		Otro					
12	Información y Comunicación Externa	Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.					
		Mecanismos de consulta para la obtención de Información requerida para la gestión de la entidad.					
		Publicación en página web de la información relacionada con la planeación institucional.					
		Publicación en página web de los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.					
		Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.					

		Lineamientos de planeación establecidos para llevar a cabo el proceso de rendición de cuentas.					
		Actas u otros documentos que soporten la realización de procesos de rendición de cuentas.					
		Publicación en página web de los resultados de la última rendición de cuentas realizada.					
		Actas u otros documentos que evidencien la realización de otro tipo de contacto con la ciudadanía (diferente a la rendición de cuentas).					
		Otro					
13	Información y Comunicación Interna	Mecanismo para recibir sugerencias o solicitudes de los funcionarios.					
		Tablas de Retención Documenta					
		Fuentes internas de información: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.					
		Política y Plan de Comunicaciones establecido y divulgado a todos los funcionarios.					

		Matriz de responsabilidades.					
		Otro					
14	Sistemas de Información y Comunicación	Sistema de información para el proceso documental institucional.					
		Sistema de información para la atención de las peticiones, quejas, reclamaciones o recursos de los ciudadanos.					
		Sistemas de información para el manejo de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros					
		Página web					
		Punto de atención al usuario.					
		Otros medios de comunicación virtual (chat, foro, redes sociales).					
		Otro					

PRODUCTOS REVISADOS POR LA DIRECCIÓN:

- Se generó y presento (socialización por los 12 – doce – Procesos el informe detallado resultado de la ejecución del diagnóstico validado previamente con cada uno de ellos. Adicionalmente y para asegurar que no hay faltantes y/o conceptos diferentes fue comparado con el Diagnostico ejecutado previamente por el Área de Calidad y de Control Interno del Concejo.
- De esa Fase de Diagnostico, se identificó que realmente se tenían ocho (8) productos por mejorar o construir.

- El plan de trabajo se desarrolló a través de un cronograma por Módulos y Elementos para la implementación de la actualización del modelo, conforme a la realidad funcional de cada proceso.
- En dicho Cronograma se detallaron no solamente las Actividades que se debían desarrollar; sino también las fechas de las visitas, los responsables por cada actividad y los productos que se generarían de cada actividad.
- **ACTUALIZACIÓN DEL DOFA**

Se generaron tres actividades grupales con miras a mejorar la Matriz DOFA motor principal de la Matriz de Riesgos.

Por ausencia de espacios al interior de las instalaciones del Concejo de Santiago de Cali se llevaron a cabo en las instalaciones de Comfenalco Valle. El propósito fue articular el DOFA con la estructuración del MECI y de sus respectivos pilares: Autocontrol, Autogestión y Autorregulación.

PRODUCTOS REVISADOS POR LA DIRECCIÓN:

- Plan de trabajo de cada uno de los talleres (cronograma), ajustado a la realidad funcional de las áreas del Concejo de Santiago de Cali. Esto con el objetivo de contar con el mayor número de Servidores posible y atomizar los riesgos de generar talleres con poco auditorio.
- Listas de asistencia a talleres, actas que soporten la realización de los talleres.
- Cronograma de entregables por cada área, con el fin de identificar los tiempos límites de entrega de productos para revisión, aprobación y liberación.
- Matriz DOFA actualizada y socializada.

3. DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO CON EL OBJETIVO DE ACTUALIZAR EL MECI 1000:2014

PLANEACIÓN OPERATIVA DE LA CONSTRUCCIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN.

Se realizó la Planeación de la construcción y/o actualización para la producción y prestación de los servicios del Honorable Concejo del Municipio de Santiago de Cali. Esta Planeación se realizó bajo la supervisión del Líder del Proceso de Gestión Documental y se articularon una serie de reuniones de seguimiento para Gerenciar el proyecto por parte del Representante de la Dirección por los Sistemas Integrados de Gestión.

PRODUCTOS REVISADOS POR LA DIRECCIÓN:

- Censo documental evidenciado de los elementos requeridos por MECI 1000:2014.

GESTIÓN DOCUMENTAL.

La documentación del MECI 1000:2014 que se incluyó dentro del proceso de construcción y que fue revisada por el Representante de la Dirección fue:

- **Manual de calidad – Manual MECI – Versión 5.0.**
- Revisión y mejoramiento continuo de todos los documentos elaborados, sus respectivos Procedimientos y formatos.

PRODUCTOS REVISADOS POR LA DIRECCIÓN:

- Construcción y actualización del Manual de Calidad – MECI, debidamente armonizado.
- Construcción del Manual de Operaciones – Versión 1.0.

IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES PARA ALCANZAR LOS RESULTADOS Y LA MEJORA CONTINUA DE PROCESOS.

Se implementaron los procesos de seguimiento y medición, análisis y mejora para asegurar que se cumplan los requisitos establecidos y mejorar continuamente la eficacia del SISTEMA DE GESTION.

- **Análisis de datos:** Se revisaron y se generaron acciones de mejora respecto a los indicadores del Plan de Acción, que determinen la medición y análisis que demuestren la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los procesos.

PRODUCTOS REVISADOS POR LA DIRECCIÓN:

- Indicadores de Gestión revisados y ajustados de acuerdo a las necesidades del entorno y de los estándares de calidad en el sector gobierno.

IDENTIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LOS PUNTOS DE CONTROL SOBRE LOS RIESGOS DE MAYOR PROBABILIDAD DE OCURRENCIA QUE AFECTEN EL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES DE LA CORPORACIÓN:

- Se revisaron la identificación y desarrollo de los puntos y acciones de control por cada uno de los Procesos, con el objetivo de aplicar un mejoramiento continuo en el Mapa de Riesgos Institucional.

PRODUCTOS REVISADOS POR LA DIRECCIÓN:

- Se identificó la Matriz de Riesgo Institucional, debidamente actualizada a diciembre de 2014.
- Se realizaron ajustes a la Matriz de Riesgos Anticorrupción.

OTROS PRODUCTOS REVISADOS POR LA DIRECCIÓN Y QUE FUERON ENTREGADO EN EL AÑO 2014.

- Los flujos de información del Honorable Concejo de Santiago de Cali.
- Se evidencio la entrega de dos (2) copias impresas y virtuales del Manual de Calidad – MECI debidamente actualizado (33 productos generados).
- Se recibió la Construcción del Anexo 5 del manual técnico del MECI 2014, debidamente diligenciado.
- Se recibió la Construcción del Anexo 4.

- Se evidencio las jornadas de sensibilización y socialización del estado en que queda el MECI 1000:2014. Listado de Asistencia y Acta, respectivamente.

Adicionalmente, se generó un documento de análisis y recomendaciones para ser revisado y ejecutar sus debidos planes de mejoramiento durante el año 2015:

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES A TENER EN CUENTA DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DEL 2015

Dentro del proceso de ejecución de la Fase de Conocimiento y de Diagnostico se identificaron unas recomendaciones que se consideran importantes tener en cuenta dentro de los Planes de Mejoramiento de cada uno de los Procesos (Áreas) del Honorable Concejo de Santiago de Cali a desarrollar el año 2015:

1. Aplicar una revisión a la estructura de Principios y Valores de la Entidad.
2. Estructurar un cronograma que permita la revisión general y detallada de los procedimientos de las diferentes áreas del H. Concejo de Santiago de Cali.
3. Aplicar una revisión detallada de cada uno de los Indicadores por cada Proceso o Área.
4. Aplicar una actualización al Mapa de Procesos.
5. Realizar una revisión detallada del Proceso de Comunicación en el componente de Comunicación Interna.
6. Acompañar el proyecto de generación del Plan Institucional de Capacitación – Año 2016.
7. Durante el año 2014 no se realizó el plan de Inducción y Re – Inducción, es importante que se defina este plan para ejecutarse dentro de los dos primeros meses del año 2015. Se debe contemplar la oportunidad de generar los procedimientos de estas actividades.
8. Proyecto de implementación de la Intranet en la Entidad, como medio de Comunicación Interna.

9. Aplicar proceso de revisión de la Misión, la Visión y los Objetivos institucionales adoptados.
10. Implementar el proceso de Atención al Ciudadano con los debidos procesos de Mejoramiento Continuo – Físicamente.
11. Estructurar la Oficina de Planeación. Es importante e indispensable que el Honorable Concejo de Santiago de Cali piense en la estructuración de esta área para que torne el ente generador de la Planeación de la Corporación.
12. Realizar mejoramiento continuo a las Políticas de Operación – plasmadas en el Manual de Operaciones.
13. Generar la actualización de la Política de Riesgo de la Institución.
14. Aplicar los talleres vivenciales para que los líderes de Procesos generen los debidos espacios de Autoevaluación.
15. Aplicar un trabajo de revisión a los Procesos de Salud Ocupacional y de Seguridad Industrial.
16. Aplicar un proceso de Auditora de Sistemas – Área de Informática, con el propósito de generar el mejoramiento al área de sistemas.
17. Mejorar la conectividad y velocidad del Internet, con la actualización del Cableado Estructurado y el cambio de la pista de navegación del Internet.
18. Continuar con las jornadas periódicas de Capacitación y de Sensibilización del MECI y del SGC.
19. Reforzar los conceptos de Autocontrol – Autoevaluación – Autogestión, con procesos de capacitación externas.
20. Generar un plan de trabajo para mejorar las instalaciones físicas de la Entidad. Sobre todo que se tornen espacios más amplios y de fácil acceso (entre el personal interno).
21. Mejorar o aplicar los Planes de Mejoramiento a la seguridad física de la Entidad. Dentro de los estudios que se realizaron se identifica que es una edificación fácilmente vulnerable y además no cuenta con los

Procesos de Control Físico que eviten atentados, secuestros, ingreso de personal no autorizado; entre otros riesgos.

22. Generar el proyecto de estructuración del reglamento interno para los colaboradores o servidores públicos del Concejo.
23. Estudiar y aplicar la Ley 1712 del 6 de marzo de 2014 – Plan de Gestión Documental – Archivos.
24. Proyectar las actividades que llevaran a tener el Archivo del H. Concejo de Santiago de Cali en espacios de fácil acceso, oportunidad y custodia.
25. Aplicar un ajuste al Proceso de Actas del CMSC.
26. Aplicar Plan de Mejoramiento al proceso de custodia de los Backups.
27. Estructurar el proyecto de mejoramiento continuo en la problemática latente que tiene la edificación en los periodos de invierno de la Ciudad. La entidad está sometida a un riesgo alto en cuanto a inundaciones.
28. Generar el proceso de revisión a los procesos de Talento Humano en el manejo de las Servidores de Carrera Administrativa.
29. Generar el Plan de Mejoramiento al Proyecto Institucional de Capacitación.
30. Establecer los controles adecuados para evitar que las memorias institucionales se pierdan en el tiempo.
31. Definir un Plan de Mejoramiento para la reestructuración de la Pagina WEB – Es indispensable tener en cuenta una sesión de Concejo para Niños. Por medio del cual se eduque a las nuevas generaciones sobre los procesos que manejan en el Corporativo.
32. Se debe generar el PM para la construcción del PIC del 2015.
33. Realizar un estudio para la edificación de nuevos indicadores que permitan medir las actividades y productos de la Entidad.

Resultado de este modelo de sugerencias y recomendaciones fue que inicialmente se generaron unos Planes de Mejoramiento que fueron

atendidos por los respectivos líderes de los Procesos y que se plasman en sus estados finales así:

CONCEJO SANTIAGO DE CALI		FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS										SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD								
CÓDIGO: 21.1.23.3.08.125		FECHA DE APROBACIÓN: 02-02-2011					VERSIÓN: 02													
PROCESO: TALENTO HUMANO - CONTROL INTERNO - REPRESENTANTE ALTA DIRECCIÓN SGC RESPONSABLE DEL PROCESO: DRA. MIRYAM GARCIA - DR. JESUS BURBANO - DR. FREDY VILLEGAS OBJETIVO: APLICAR UNA SERIE DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO A LOS PROCESOS EN MENCIÓN ALCANCE: DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE FRENTE A LOS PRINCIPIOS DEL SGC																				
1. No.	2. FUENTE U ORIGEN (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	3. DEPENDENCIA	4. FECHA DEL HALLAZGO (dd/mm/aaaa)	5. DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL OBSERVACIONES ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	6. CAUSAS	7. ACCIONES DE MEJORAMIENTO			8. PLAZO DE EJECUCIÓN			9. RESPONSABLE		10. INDICADOR DE CUMPLIMIENTO		12. SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES				14. OBSERVACIONES
						DESCRIPCIÓN	ACIA P/AM	I N I C I A	T E R M I N A	D I R E C C I O N	C O O R D I N A D O R	F O R M U L A	C O N C E P T O	DESCRIPCIÓN DE LA VERIFICACIÓN	ESTADO DEL HALLAZGO (A, C)	FECHA AUDITORIA (dd/mm/aaaa)	AUDITOR	13. % DE AVANCE VERIFICADO		
14	1	TALENTO HUMANO - CONTROL INTERNO	16/12/2014	SE EVIDENCIA QUE LAS ÁREAS NO REALIZAN LOS DEBIDOS PROCEDIMIENTOS Y MANUALES SE ENCUENTRAN OBSOLETOS	DESCONOCIMIENTO DE LAS TÉCNICAS PARA REALIZAR LOS PROCESOS DE AUTOEVALUACIÓN	PLANEAR Y EJECUTAR LOS TALLERES VINCIALES PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS DE AUTOEVALUACIÓN	AM	02/03/2015	31/05/2015	TALENTO HUMANO - CONTROL INTERNO	PRESIDENCIA			100%	SE HIZO SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	C	24/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE DESARROLLÓ DENTRO DEL PROCESO DE INDUCCIÓN & RENDICIÓN Y SE TENDRÁ DENTRO DEL PIC 2015
2	1	TALENTO HUMANO - CONTROL INTERNO	16/12/2014	SE DEBE HACER UNA REVISIÓN AL SGC DEL HCSC PARA IDENTIFICAR QUE PROCEDIMIENTOS, FORMATOS Y MANUALES SE ENCUENTRAN OBSOLETOS	POR EL DINAMISMO DEL SGC DE CALIDAD SE HACE NECESARIO UNA REVISIÓN GENERAL DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DEL SGC DEL CONCEJO	APLICAR UN PROCESO DE AUDITORIA INTERNA PARA REVISAR EL NIVEL DE USO Y DE OBSOLESCENCIA DEL SGC DEL HCSC	AM	01/03/2015	30/04/2015	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN - CONTROL INTERNO	PRESIDENCIA			100%	SE HIZO SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	C	24/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE PROGRAMÓ Y DESARROLLÓ UNA AUDITORIA CON BASE EN LOS CRITERIOS DE LA ISO 9001:2008
3	1	TALENTO HUMANO - CONTROL INTERNO	16/12/2014	SE EVIDENCIAN INDICADORES EN CERO	AL IGUAL QUE LOS PROCEDIMIENTOS, SE DEBE HACER UNA REVISIÓN GENERAL DE LOS INDICADORES DEFINIDOS POR PROCESO	APLICAR UNA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN SI ES NECESARIO DE LOS INDICADORES DEL PLAN DE ACCIÓN	AM	01/03/2015	30/04/2015	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	PRESIDENCIA			100%	SE HIZO SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	C	24/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE REALIZÓ UNA REVISIÓN MINUCIOSA Y SE DETERMINÓ QUE SON LOS QUE APUNTA AL PLAN ESTRATÉGICO
4	1	TALENTO HUMANO - CONTROL INTERNO	16/12/2014	EL MAPA DE PROCESOS SE ENCUENTRA DESACTUALIZADO	EL HCSC TIENE UNA SOLA PERSONA PARA LA MODIFICACIÓN DE TODO EL SGC, NO DANDO A BASTO PARA TENER LA ESTRUCTURA 100% AL DÍA	REALIZAR EL ANÁLISIS DE LOS PROCESOS ACTUALES Y APLICAR LA ACTUALIZACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS DEL HCSC	AM	01/02/2015	28/02/2015	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	PRESIDENCIA			100%	SE HIZO SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	C	17/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE ACTUALIZÓ EL MAPA DE PROCESOS Y POR ENDE EL MANUAL DE CALIDAD Y EL MANUAL DE OPERACIÓN
12	1	TALENTO HUMANO - CONTROL INTERNO	16/12/2014	LA POLÍTICA DE OPERACIÓN DEL HCSC NO SE ENCUENTRA PLASMADA EN UN DOCUMENTO FORMAL Y POR ESCRITO	EL MANUAL DE OPERACIONES ES UN DOCUMENTO NO CONSTRUÍDO Y POR ENDE LA POLÍTICA DE OPERACIÓN SE ENCUENTRA DESACTUALIZADA E INMERSA DENTRO DE LINDOS DOCUMENTOS OBSOLETOS	ACTUALIZAR LA POLÍTICA DE OPERACIÓN DEL HCSC Y PLASMAR EN EL MANUAL DE OPERACIONES	AM	01/02/2015	28/02/2015	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	PRESIDENCIA			100%	SE HIZO SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	C	17/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE CONSTRUYÓ EL MANUAL DE OPERACIÓN EN DONDE SE REARON PLASMAR LAS POLÍTICAS DE OPERACIÓN
18	1	TALENTO HUMANO - CONTROL INTERNO	16/12/2014	SE IDENTIFICA QUE HACEN FALTA JORNADAS DE DIFUSIÓN Y CAPACITACIÓN DEL MECI 1000/2014 Y DEL SGC	NO SE LOGRO PROGRAMAR LAS AGENDAS DE LOS LÍDERES DE ÁREA Y SUS SERVIDORES PARA RECIBIR ESTAS JORNADAS DE DIFUSIÓN Y CAPACITACIÓN PROGRAMADAS EN EL AÑO 2014	PROGRAMAR LAS JORNADAS DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN SOBRE EL MECI 1000/2014 Y EL SGC DEL HCSC	AM	01/02/2015	31/05/2015	CONTROL INTERNO	TALENTO HUMANO			100%	SE HIZO SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	C	24/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	DENTRO DE LA JORNADA DE INDUCCIÓN SE PROGRAMÓ LA DIFUSIÓN DEL MECI 1000/2014 - SE PROGRAMÓ EN EL PIC 2015 CAPACITACIONES ADICIONALES
13	1	TALENTO HUMANO - CONTROL INTERNO	16/12/2014	LA POLÍTICA DE RIESGO SE ENCUENTRA DESACTUALIZADA	NO SE HA APLICADO EL PROCESO DE REVISIÓN Y POSTERIOR ACTUALIZACIÓN, CONFORME A LA NECESIDAD DEL CORPORATIVO	REVISAR Y ACTUALIZAR LA POLÍTICA DE RIESGO DEL HCSC	AM	01/02/2015	28/02/2015	CONTROL INTERNO	PRESIDENCIA			100%	SE HIZO SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	C	17/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE REALIZÓ A TRAVÉS DE LA RESOLUCIÓN 21.2.22.101 DE 2015
19	1	TALENTO HUMANO - CONTROL INTERNO	16/12/2014	SE IDENTIFICA QUE CONCEPTOS COMO AUTOCONTROL, AUTOEVALUACIÓN, AUTOGESTIÓN NO SE ENCUENTRAN RE-INDUCIDOS	LOS PROCESOS DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN NO SE CONTEMPLARON EN EL PIC 2014	PROGRAMAR LAS JORNADAS DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN SOBRE EL MECI 1000/2014 Y EL SGC DEL HCSC	AM	01/02/2015	31/05/2015	CONTROL INTERNO	TALENTO HUMANO			100%	SE HIZO SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	C	24/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	DENTRO DE LA JORNADA DE INDUCCIÓN SE PROGRAMÓ LA DIFUSIÓN DEL MECI 1000/2014 - SE PROGRAMÓ EN EL PIC 2015 CAPACITACIONES ADICIONALES

Nota: Para el diligenciamiento se debe leer el instructivo respectivo.

CONVENCIONES
AC: Acción Como A: Abierta
AP: Acción Preve: C: Cerrada
AM: Acción de Mejora
A: Abierta

Nombre y Firma Responsable de Proceso _____

Nombre y Firma del Responsable del Seguimiento _____

Nombre y Firma del Jefe de Control Interno _____

CONCEJO SANTIAGO DE CALI Unirnos: un buen consejo		FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS										SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CONCEJO MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI								
		CÓDIGO: 21.1.23.3.09.125				FECHA DE APROBACIÓN: 02-02-2011				VERSIÓN: 02										
PROCESO: CONTROL POLITICO & TRAMITE A PROYECTOS DE ACUERDO																				
RESPONSABLE DEL PROCESO: DR. HEBERT LOBATON CURREA																				
OBJETIVO: APLICAR UNA SERIE DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO AL PROCESO EN MENCIÓN																				
ALCANCE: DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE FRENTE A LOS PRINCIPIOS DEL SGC Y LA ARMONIZACIÓN CON EL MECI 1000:2014																				
RESPONSABLE DEL PROCESO										OFICINA DE CONTROL INTERNO										
1. FUENTE U ORIGEN (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	2. FECHA DEL HALLAZGO (dd/mm/aa)	3. DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	4. CAUSAS	7. ACCIONES DE MEJORAMIENTO		8. PLAZO DE EJECUCIÓN		9. RESPONSABLE		10. INDICADOR DE CUMPLIMIENTO		12. SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES				14. OBSERVACIONES				
				DESCRIPCIÓN	ACIA PIAM	INICIO	TERMINA	DIRIGIDO	COORDINADOR	FORMULA	CORONCEPTO	11. % DE AVANCE A LA FECHA REQUERIDA	DESCRIPCIÓN DE LA VERIFICACIÓN	ESTADO DEL HALLAZGO (A, C)	FECHA AUDITORIA (dd/mm/aa)		AUDITOR	13. % DE AVANCE VERIFICADO		
25	1	CONTROL POLITICO & TRAMITE A PROYECTOS DE ACUERDO	16/12/2014	SE EVIDENCIA QUE EL PROCEDIMIENTO DE ACTAS ESTA DESACTUALIZADO, CONLLEVANDO A UN ATRASO EN LA GENERACIÓN DE LAS MISMAS	NO SE CUENTA CON EL SUFICIENTE PERSONAL PARA LA GENERACIÓN DE LAS ACTAS. ADEMAS QUE POR EL ACUERDO 220, LOS SUBSECRETARIOS NO DEBEN GENERAR ACTAS.	AMPLIAR UN PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LAS ACTAS ATRASADAS DEL PROCESO. REVISAR EL PROCEDIMIENTO, CON EL OBJETIVO DE TORNARLO MAS OPORTUNO Y AGIL EN LA GENERACIÓN DE LAS ACTAS DEL HESC.	AM	05/01/2015	31/08/2015	CONTROL POLITICO - TRAMITE A PROYECTOS DE ACUERDO	PRESIDENCIA			100%	SE HIZO SEGUIMIENTO POR PARTE DEL AREA DE CONTROL INTERNO	A	25/02/2015	CONTROL INTERNO	40%	A PRINCIPIOS DE AÑO SE LE PRESENTO A LA PRESIDENCIA DEL HESC LA FORMA COMO SE LLEVARIAN LAS ACTAS SUICITAS. EN LA VERIFICACIÓN SE EVIDENCIA QUE LAS ULTIMAS 4 O 5 ESTAN AL 100%
Nota: Para el diligenciamiento se debe leer el instructivo respectivo.																				
CONVENIONES AC: Acción Corra A: Abierta AP: Acción Previ C: Cerrada AM: Acción de Mejora A: Abierta																				
Nombre y Firma Responsable de Proceso										Nombre y Firma del Responsable del Seguimiento		Nombre y Firma del Jefe de Control Interno								

CONCEJO SANTIAGO DE CALI Unirnos: un buen consejo		FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS										SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CONCEJO MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI								
		CÓDIGO: 21.1.23.3.09.125				FECHA DE APROBACIÓN: 02-02-2011				VERSIÓN: 02										
PROCESO: COMUNICACIONES																				
RESPONSABLE DEL PROCESO: DR. JAVIER DUVAN GUERRERO																				
OBJETIVO: APLICAR UNA SERIE DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO AL PROCESO EN MENCIÓN																				
ALCANCE: DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE FRENTE A LOS PRINCIPIOS DEL SGC Y LA ARMONIZACIÓN CON EL MECI 1000:2014																				
RESPONSABLE DEL PROCESO										OFICINA DE CONTROL INTERNO										
1. FUENTE U ORIGEN (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	2. FECHA DEL HALLAZGO (dd/mm/aa)	3. DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	4. CAUSAS	7. ACCIONES DE MEJORAMIENTO		8. PLAZO DE EJECUCIÓN		9. RESPONSABLE		10. INDICADOR DE CUMPLIMIENTO		12. SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES				14. OBSERVACIONES				
				DESCRIPCIÓN	ACIA PIAM	INICIO	TERMINA	DIRIGIDO	COORDINADOR	FORMULA	CORONCEPTO	11. % DE AVANCE A LA FECHA REQUERIDA	DESCRIPCIÓN DE LA VERIFICACIÓN	ESTADO DEL HALLAZGO (A, C)	FECHA AUDITORIA (dd/mm/aa)		AUDITOR	13. % DE AVANCE VERIFICADO		
5	1	COMUNICACIONES	16/12/2014	LA MATRIZ DE COMUNICACIÓN INTERNA REQUIERE SER REVISADA Y ACTUALIZADA POR PARTE DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN	DENTRO DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA DEL AÑO 2014 NO SE TIVO EN CUENTA ESTA ACTIVIDAD. ESTO GENERO UNA ESTRUCTURA OBSOLETA EN EL PAPEL.	REVISAR Y ACTUALIZAR LA MATRIZ DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL CONCEJO DE SANTIAGO DE CALI	AM	05/01/2015	30/06/2015	COMUNICACIONES	PRESIDENCIA			100%	SE HIZO SEGUIMIENTO POR PARTE DE CONTROL INTERNO DE LA ENTIDAD	C	20/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	MATRIZ DE COMUNICACIÓN INTERNA REVISADA Y ACTUALIZADA 100%
Nota: Para el diligenciamiento se debe leer el instructivo respectivo.																				
CONVENIONES AC: Acción Corra A: Abierta AP: Acción Previ C: Cerrada AM: Acción de Mejora A: Abierta																				
Nombre y Firma Responsable de Proceso										Nombre y Firma del Responsable del Seguimiento		Nombre y Firma del Jefe de Control Interno								

CONCEJO SANTIAGO DE CALI		FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS										SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD									
Unimos: un buen consejo		CÓDIGO: 21.1.23.3.09.125				FECHA DE APROBACIÓN: 02-02-2011				VERSIÓN: 02											
PROCESO: DIRECCIÓN ESTRATÉGICA - MESA DIRECTIVA RESPONSABLE DEL PROCESO: DRA. CLEMENTINA VELEZ GALVEZ OBJETIVO: APLICAR UNA SERIE DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO A LOS PROCESOS EN MENCIÓN ALCANCE: DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE FRENTE A LOS PRINCIPIOS DEL SGC Y LA ARMONIZACIÓN CON EL MECI 1000:2014																					
1. No.	2. FUENTE U ORIGEN (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	3. DEPENDENCIA	4. FECHA DEL HALLAZGO (dd/mm/aa)	5. DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	7. ACCIONES DE MEJORAMIENTO				8. PLAZO DE EJECUCIÓN		9. RESPONSABLE		10. INDICADOR DE CUMPLIMIENTO		12. SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES				14. OBSERVACIONES		
					DESCRIPCIÓN		ACIA	P/AM	I	T	D	C	F	C	11. % DE AVANCE A LA FECHA REQUERIDA	DESCRIPCIÓN DE LA VERIFICACIÓN	ESTADO DEL HALLAZGO (A, C)	FECHA AUDITORIA (dd/mm/aa)		AUDITOR	13. % DE AVANCE VERIFICADO
11	1	PRESENCIA	16/12/2014	SE EVIDENCIA QUE EL HCSC NO CUENTA CON UN ÁREA DE PLANEACIÓN	DENTRO DEL ACUERDO 220 NO SE TIENEN CONTEMPLADO LA CREACIÓN DEL ÁREA DE PLANEACIÓN DEL HCSC	CONTRATAR UN PROFESIONAL EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA QUE APOYE ESTA FUNCIÓN DE PLANEACIÓN. PARA MODIFICAR EL ACUERDO 220 SE NECESITA UN CAMBIO ESTRUCTURAL AL INTERIOR DEL CONCEJO	AM		02/03/2015	30/06/2015	DIRECCIÓN ESTRATÉGICA - MESA DIRECTIVA	PRESENCIA			100%	SE HIZO SEGUIMIENTO CON EL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN Y CON CONTROL INTERNO	C	17/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE TOMO LA DECISIÓN DE INCLUIR DENTRO DE LAS FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA LAS PROPIAS DEL PROCESO DE PLANEACIÓN - ADICIONALMENTE EN CUMPLIMIENTO DEL 2488 DE DIC. DE 2014. PARA ESTO SE HA CONTRATADO LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL.
23	1	PRESENCIA	16/12/2015	NO SE TIENEN IDENTIFICADOS LOS LÍDERES DE FRENTE A LA LEY 1712 DEL 6 DE MARZO DE 2014	NO SE HA INTERPRETADO LA NORMA PARA IDENTIFICAR LOS RESPONSABLES DE PROCESO DE APLICACIÓN DE LA NORMA RELACIONADA	DEFINIR POR PARTE DE LA ALTA DIRECCIÓN LOS LÍDERES DE PROCESO QUE SON RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO DE LA 1712 AL INTERIOR DEL HCSC	AM		01/05/2015	30/06/2015	DIRECCIÓN ESTRATÉGICA - MESA DIRECTIVA	PRESENCIA			100%	SE HIZO SEGUIMIENTO CON EL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN Y CON CONTROL INTERNO	C	17/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE REALIZO A TRAVÉS DE LA CIRCULAR 21.2.4.1012

Nota: Para el diligenciamiento se debe leer el instructivo respectivo.

CONVENCIONES

AC: Acción Corne A: Abierta
 AP: Acción Previ C: Cerrada
 AM: Acción de Mejora
 A: Abierta

Nombre y Firma Responsable de Proceso

Nombre y Firma del Responsable del Seguimiento

Nombre y Firma del Jefe de Control Interno

CONCEJO SANTIAGO DE CALI		FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS										SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD									
Unimos: un buen consejo		CÓDIGO: 21.1.23.3.09.125				FECHA DE APROBACIÓN: 02-02-2011				VERSIÓN: 02											
PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL RESPONSABLE DEL PROCESO: DR. FREDY ANTONIO VILLEGAS OBJETIVO: APLICAR UNA SERIE DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO A LOS PROCESOS EN MENCIÓN ALCANCE: DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE FRENTE A LOS PRINCIPIOS DEL SGC Y LA ARMONIZACIÓN CON EL MECI 1000:2014																					
1. No.	2. FUENTE U ORIGEN (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	3. DEPENDENCIA	4. FECHA DEL HALLAZGO (dd/mm/aa)	5. DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	7. ACCIONES DE MEJORAMIENTO		8. PLAZO DE EJECUCIÓN		9. RESPONSABLE		10. INDICADOR DE CUMPLIMIENTO		12. SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES				14. OBSERVACIONES				
					DESCRIPCIÓN		ACIA	P/AM	I	T	D	C	F	C	11. % DE AVANCE A LA FECHA REQUERIDA	DESCRIPCIÓN DE LA VERIFICACIÓN		ESTADO DEL HALLAZGO (A, C)	FECHA AUDITORIA (dd/mm/aa)	AUDITOR	13. % DE AVANCE VERIFICADO
24	1	GESTION DOCUMENTAL	16/12/2014	EL ARCHIVO DEL HCSC NO CUENTA CON ESPACIOS TÉCNICOS PARA EL ACCESO, OPORTUNIDAD Y CUSTODIA DE LOS EXPEDIENTES	CON EL TIEMPO EL ARCHIVO HA IDO CRECIENDO Y EN LOS ESTUDIOS INICIALES DE CONSTRUCCIÓN NO SE TUVO EN CUENTA LA VARIABLE DE CRECIMIENTO CON EL TIEMPO	GENERAR LAS SOLUCIONES BÁSICAS PARA ATOMIZAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS	AM		05/01/2015	30/06/2015	GESTION DOCUMENTAL	PRESENCIA			100%	SE EVIDENCIO LA GESTIÓN PARA LAS SOLUCIONES DE ATOMIZACIÓN DE LOS RIESGOS	C	30/04/2015	CONTROL INTERNO	100%	
30	1	GESTION DOCUMENTAL	16/12/2015	NO SE CUENTA CON LOS CONTROLES ADECUADOS PARA EVITAR QUE LA MEMORIA INSTITUCIONAL SE PERDA EN EL TIEMPO	FALTAN PROCESOS Y CONTROLES QUE SE ENFOQUEN EN ESTE TEMA	GENERAR LAS SOLUCIONES BÁSICAS PARA ATOMIZAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS	AM		01/05/2015	30/06/2015	GESTION DOCUMENTAL	PRESENCIA			100%	SE EVIDENCIO LA GESTIÓN PARA LAS SOLUCIONES DE ATOMIZACIÓN DE LOS RIESGOS	C	30/04/2015	CONTROL INTERNO	100%	

Nota: Para el diligenciamiento se debe leer el instructivo respectivo.

CONVENCIONES

AC: Acción Corne A: Abierta
 AP: Acción Previ C: Cerrada
 AM: Acción de Mejora
 A: Abierta

Nombre y Firma Responsable de Proceso

Nombre y Firma del Responsable del Seguimiento

Nombre y Firma del Jefe de Control Interno

CONCEJO SANTIAGO DE CALI		FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS								SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD										
Unimos: un buen consejo		CÓDIGO: 21.1.23.3.09.125		FECHA DE APROBACIÓN: 02-02-2011				VERSIÓN: 02												
PROCESO: DIRECCIÓN ESTRATÉGICA - RECURSO FÍSICO																				
RESPONSABLE DEL PROCESO: DRA. SANDRA PATRICIA SANDOVAL																				
OBJETIVO: APLICAR UNA SERIE DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO A LOS PROCESOS EN MENCIÓN																				
ALCANCE: DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE FRENTE A LOS PRINCIPIOS DEL SGC																				
RESPONSABLE DEL PROCESO										OFICINA DE CONTROL INTERNO										
1. No.	2. FUENTE U ORIGEN (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	3. DEPENDENCIA	4. FECHA DEL HALLAZGO (dd/mm/aa)	5. DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	6. CAUSAS	7. ACCIONES DE MEJORAMIENTO		8. PLAZO DE EJECUCIÓN		9. RESPONSABLE		10. INDICADOR DE CUMPLIMIENTO		11. % DE AVANCE A LA FECHA REQUERIDA	12. SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES				14. OBSERVACIONES	
						DESCRIPCIÓN	ACIA PIAM	INICIO	TERMINACIÓN	DIRECCIÓN	CÓDIGO	FONTO	CORRESPONSABLE		DESCRIPCIÓN DE LA VERIFICACIÓN	ESTADO DEL HALLAZGO (A, C)	FECHA AUDITORIA (dd/mm/aa)	AUDITOR		% DE AVANCE VERIFICADO
20	1	RECURSO FÍSICO	16/12/2014	LOS ESPACIOS DE TRABAJO DEL HCSC NO SON AMPLOS Y DE FÁCIL ACCESO	LA CORPORACIÓN HAIDO CRECIENDO EN SU ESTRUCTURA DE PERSONAL Y HA GENERADO QUE LOS ESPACIOS SEAN MAS REDUCIDOS	GENERAR LAS SOLUCIONES BÁSICAS PARA ATOMIZAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS	AM	02/03/2015	31/12/2015	RECURSO FÍSICO	PRESIDENCIA			100%	SE EVIDENCIO LA GESTION PARA LAS SOLUCIONES DE ATOMIZACION DE LOS RIESGOS	C	30/04/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE ESTA HACIENDO LA GESTION Y YA SE INICIO A TRABAJAR AL RESPECTO
21	1	RECURSO FÍSICO	16/12/2014	LA SEGURIDAD FISICA DE LA ENTIDAD ES VULNERABLE Y NO CUENTA CON PROCESOS QUE MITIGUEN LOS RIESGOS	NO SE HAN TENIDO LOS EXCEDENTES DE RECURSOS PARA ADQUIRIR UN PROYECTO DE SEGURIDAD FISICA Y LOCATIVA AL INTERIOR DEL HCSC	GENERAR LAS SOLUCIONES BÁSICAS PARA ATOMIZAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS	AM	05/01/2014	31/12/2015	RECURSO FÍSICO	PRESIDENCIA			100%	SE EVIDENCIO LA GESTION PARA LAS SOLUCIONES DE ATOMIZACION DE LOS RIESGOS	C	30/04/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE ESTA HACIENDO LA GESTION Y YA SE INICIO A TRABAJAR AL RESPECTO
27	1	RECURSO FÍSICO	16/12/2014	EL EDIFICIO DEL HCSC ESTA EN RIESGO DURANTE LAS EPOCAS LLUVIALES DE LA CIUDAD - RIESGO DE INUNDACIÓN	DESDE UN PRINCIPIO CONCEPTUAL EN LA CONSTRUCCION DEL EDIFICIO NO SE TUVO EN CUENTA ESTA PROBLEMÁTICA	GENERAR LAS SOLUCIONES BÁSICAS PARA ATOMIZAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS	AM	05/01/2014	31/12/2015	RECURSO FÍSICO	PRESIDENCIA			100%	SE EVIDENCIO LA GESTION PARA LAS SOLUCIONES DE ATOMIZACION DE LOS RIESGOS	C	30/04/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE ESTA HACIENDO LA GESTION Y YA SE INICIO A TRABAJAR AL RESPECTO

Nota: Para el diligenciamiento se debe leer el instructivo respectivo.

CONVENCIONES
AC: Acción Corre A: Abierta
AP: Acción Preve: C: Cerrada
AM: Acción de Mejora
A: Abierta

Nombre y Firma Responsable de Proceso

Nombre y Firma del Responsable del Seguimiento

Nombre y Firma del Jefe de Control Interno

CONCEJO SANTIAGO DE CALI		FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS								SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD										
Unimos: un buen consejo		CÓDIGO: 21.1.23.3.09.125		FECHA DE APROBACIÓN: 02-02-2011				VERSIÓN: 02												
PROCESO: TALENTO HUMANO																				
RESPONSABLE DEL PROCESO: DRA. MIRYAM GARCIA																				
OBJETIVO: APLICAR UNA SERIE DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO AL PROCESO EN MENCIÓN																				
ALCANCE: TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DEL ÁREA DE TALENTO HUMANO - SIS DEL CASO																				
RESPONSABLE DEL PROCESO										OFICINA DE CONTROL INTERNO										
1. No.	2. FUENTE U ORIGEN (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	3. DEPENDENCIA	4. FECHA DEL HALLAZGO (dd/mm/aa)	5. DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	6. CAUSAS	7. ACCIONES DE MEJORAMIENTO		8. PLAZO DE EJECUCIÓN		9. RESPONSABLE		10. INDICADOR DE CUMPLIMIENTO		11. % DE AVANCE A LA FECHA REQUERIDA	12. SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES				14. OBSERVACIONES	
						DESCRIPCIÓN	ACIA PIAM	INICIO	TERMINACIÓN	DIRECCIÓN	CÓDIGO	FONTO	CORRESPONSABLE		DESCRIPCIÓN DE LA VERIFICACIÓN	ESTADO DEL HALLAZGO (A, C)	FECHA AUDITORIA (dd/mm/aa)	AUDITOR		% DE AVANCE VERIFICADO
1	1	TALENTO HUMANO	16/12/2014	LA ESTRUCTURA DE PRINCIPIOS Y VALORES DE LA ENTIDAD, SE ENCUENTRAN DESACTUALIZADOS	NO SE HA TENIDO DENTRO DEL PLAN DE TRABAJO LA REVISIÓN DE ESTOS ICONOS, PUES ESTABAN ALINEADOS CON EL MECI ANTERIOR	APLICAR UNA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN A LA ESTRUCTURA DE PRINCIPIOS Y VALORES DEL HONORABLE CONCEJO DE SANTIAGO DE CALI	AM	01/02/2015	30/06/2015	DRA. INES VELAZCO	PRESIDENCIA			100%	SE REALIZO SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	C	20/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE CONTRATO UN ASESOR ESPECIALIZADO PARA APLICAR LA ACTUALIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS Y VALORES DEL HCSC
7	1	TALENTO HUMANO	16/12/2014	EN EL AÑO 2014 NO SE REALIZO EL PLAN DE INDUCCIÓN PARA LOS SERVIDORES NUEVOS Y ANTIGUOS DEL HCSC	ESTA ACTIVIDAD NO SE TUVO DENTRO DEL PLAN DE TRABAJO PARA EL AÑO 2014	PROGRAMAR PARA LA ULTIMA SEMANA DEL MES DE FEBRERO EL PLAN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DEL HCSC	AM	01/02/2015	28/02/2015	DRA. INES VELAZCO	PRESIDENCIA			100%	SE REALIZO SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	C	20/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE DESARROLLARA UN PLAN DE INDUCCIÓN PROGRAMADO PARA LA PRIMERA SEMANA DE MARZO DE 2015
29-32	1	TALENTO HUMANO	16/12/2014	NO SE ENCUENTRA CONSTRUIDO EL PIC 2015	SE DEJARON VENCER LOS TÉRMINOS DE TIEMPO PARA ESTABLECER O CONSTRUIR EL PIC 2015	TERMINAR DE IDENTIFICAR LAS NECESIDADES PARA ALIMENTAR EL CRONOGRAMA DEL PIC 2015 Y SE APROBARA POR ACTO ADMINISTRATIVO	AM	01/02/2015	30/04/2015	DRA. INES VELAZCO	PRESIDENCIA			100%	SE REALIZO SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	C	20/02/2015	CONTROL INTERNO	100%	SE CUENTA CON UNA MATRIZ DE NECESIDADES DE CAPACITACION Y SERA AVALADA POR MEDIO DE UN ACTO ADMINISTRATIVO - RESOLUCION -

Nota: Para el diligenciamiento se debe leer el instructivo respectivo.

CONVENCIONES
AC: Acción Correctiva: A: Abierta
AP: Acción Preventiva: C: Cerrada
AM: Acción de Mejora
A: Abierta

Nombre y Firma Responsable de Proceso

Nombre y Firma del Responsable del Seguimiento

Nombre y Firma del Jefe de Control Interno

4. RESULTADOS DE LA REVISIÓN

- Contar con los recursos físicos suficientes para el normal desarrollo administrativo de la Corporación Concejo Municipal de Santiago de Cali, en lo que su planta física se requiere.
- Adelantar plan de choque para actualizar la transcripción de las actas del Cuatrienio 2012 – 2015.
- Recurrir al apoyo de la Administración Central en la consecución de los proyectos y actividades con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos plasmados en los planes operativos de las aéreas y que requieren para su cumplimiento recursos financieros.
- Para mejorar la satisfacción de los clientes, se debe adelantar un proceso de retroalimentación con los encuestados para evaluar las respuestas negativas y emprender los correspondientes planes de mejoramiento.
- Todos los Procesos deben hacer la aplicación de la Encuesta de Satisfacción de Cliente Interno.
- Integrar a la Presidencia del Concejo en el proceso de mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad, asegurándose de su conocimiento acerca de los procesos que conforman el sistema, sus roles y la interacción con sus grupos de apoyo para cumplir este propósito.
- Trabajar más con los grupos de apoyo y con las agremiaciones sindicales de esa forma crear sentido de pertenencia de los Honorables Concejales y sus grupos de apoyo con los procesos, sin desconocer lo que hemos avanzado en ese aspecto en lo que va corrido del año.
- Iniciar el proceso de mejoramiento de todo el Sistema de Gestión de la Calidad, con miras a presentarse al proceso auditoril para optar por la Certificación de Calidad en la Norma Internacional ISO 9001:2008 en el Proceso Misional de Control Político.

HONORABLE CONCEJO DE SANTIAGO DE CALI
MATRIZ DE OPERACIÓN POR ELEMENTO DE CONTROL
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: DICIEMBRE DE 2014

ITEM	ELEMENTO DE CONTROL IDENTIFICADO	PRODUCTOS DEL ELEMENTO IDENTIFICADO	CUMPLIMIENTO DE CORPORATIVO
1	Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	Documento con los principios y valores de la entidad, construido participativamente	OK
		Acto administrativo que adopta el Documento con los principios y valores de la entidad	OK
		Socialización de los principios y valores de la organización a todos los servidores.	OK
2	Desarrollo del Talento Humano	Manual de funciones y competencias laborales	OK
		Plan Institucional de Formación y Capacitación	OK
		Programa de Inducción y re-inducción realizado a los servidores vinculados a la entidad	OK
		Programa de re-inducción en respuesta a cambios organizacionales, técnicos o normativos.	OK
		Programa de Bienestar	OK
		Plan de incentivos	OK
		Mecanismos de evaluación del desempeño acorde a la normatividad que aplique a la entidad	OK
3	Planes, Programas y Proyectos	Misión, Visión y Objetivos Institucionales adoptados y divulgados.	OK
		Documentos que soporten la revisión sobre necesidades de los usuarios, legales y de presupuesto.	OK
		Planes operativos con cronogramas y responsables.	OK
		Fichas de indicadores para medir el avance en la planeación.	OK
		Procesos de seguimiento y evaluación que incluya la satisfacción del cliente y partes interesadas.	OK
4	Modelo de Operación por Procesos	Caracterizaciones de proceso elaboradas y divulgadas a todos los funcionarios de la entidad.	OK
		Mapa de procesos.	OK
		Indicadores por proceso para realizar la medición correspondiente.	OK
		Actas de reuniones u otro soporte para revisiones o ajustes a los procesos.	OK
		Procedimientos diseñados de acuerdo a las actividades que desarrollan los procesos.	OK
		Actas u otro documento que soporte la divulgación de los procedimientos a todos los funcionarios.	OK
		Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles	OK
5	Estructura Organizacional	Evidencias que soporten la comunicación a todo el personal para sensibilizar la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	OK
6	Indicadores de Gestión	Fichas de indicadores donde se registra y hace seguimiento a la gestión.	OK
		Cuadros de control para seguimiento a los indicadores clave de los procesos.	OK
7	Políticas	Documento que con tiene las políticas de operación	OK
		Actas u otro documento que soporte la divulgación de las políticas de operación a todos los funcionarios.	OK
8	Administración de Riesgos	Definición desde la Alta Dirección de la política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	OK
		Mapas de riesgos por proceso	OK
		Mapa Institucional de Riesgos	OK
		Actas u otro documento que soporte la divulgación de los mapas de riesgos a todos los funcionarios de la entidad.	OK
		Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles establecidos para los riesgos.	OK

9	Autoevaluación Institucional	Documentos soporte sobre aplicación de encuestas de autoevaluación de los procesos	OK
		Documentos soporte sobre realización de talleres de autoevaluación.	OK
		Informes u otros soportes de informes de Autoevaluación realizados.	OK
		Informes sobre análisis de los indicadores por proceso	OK
		Informes de gestión por procesos.	OK
10	Auditoría Interna	Informes pormenorizados de la vigencia	OK
		Resultados Informe Ejecutivo Anual realizado ante el DAFP	OK
		Procedimiento para auditoría interna.	OK
		Programa Anual de Auditorías aprobado.	OK
11	Plan de Mejoramiento	Informes de auditorías realizadas	OK
		Herramienta definida para la construcción del plan de mejoramiento.	OK
12	Información y Comunicación Externa	Documentos que evidencien el seguimiento a los planes de mejoramiento	OK
		Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.	OK
		Mecanismos de consulta para la obtención de Información requerida para la gestión de la entidad.	OK
		Publicación en página web de la información relacionada con la planeación institucional.	OK
		Publicación en página web de los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.	OK
		Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.	OK
		Lineamientos de planeación establecidos para llevar a cabo el proceso de rendición de cuentas.	OK
		Actas u otros documentos que soporten la realización de procesos de rendición de cuentas.	OK
		Publicación en página web de los resultados de la última rendición de cuentas realizada.	OK
		Actas u otros documentos que evidencien la realización de otro tipo de contacto con la ciudadanía (diferente a la rendición de cuentas).	OK
13	Información y Comunicación	Mecanismo para recibir sugerencias o solicitudes de los funcionarios.	OK
		Tablas de Retención Documental	OK
		Fuentes internas de información: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	OK
		Política y Plan de Comunicaciones establecido y divulgado a todos los funcionarios.	OK
14	Sistemas de Información y Comunicación	Matriz de responsabilidades.	OK
		Sistema de información para el proceso documental institucional.	OK
		Sistema de información para la atención de las peticiones, quejas, reclamaciones o recursos de los ciudadanos.	OK
		Sistemas de información para el manejo de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros	OK
		Página web	OK
Punto de atención al usuario.	OK		
Otros medios de comunicación virtual (chat, foro, redes sociales).	OK		

ELEMENTOS	ENTREGABLES	PORCENTAJE
Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	3	4,5%
Desarrollo del Talento Humano	7	10,4%
Planes, Programas y Proyectos	6	9,0%
Modelo de Operación por Procesos	7	10,4%
Estructura Organizacional	1	1,5%
Indicadores de Gestión	5	7,5%
Políticas	2	3,0%
Administración de Riesgos	6	9,0%
Autoevaluación Institucional	6	9,0%
Auditoría Interna	5	7,5%
Plan de Mejoramiento	2	3,0%
Información y Comunicación Externa	11	16,4%
Sistemas de Información y Comunicación	6	9,0%
13	67	100%

5. CONCLUSIONES

SOBRE LA EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL SGC DE LA CORPORACIÓN.

La valoración total de los controles (Auto evaluación del Control) que se viene realizando por parte de los líderes de los procesos de la Corporación, presenta coherencia con el informe de Evaluación a la implementación del Modelo Estándar de Control Interno - MECI, rendido al DAFP en el mes febrero de 2015 del presente año reportado con resultado del 100%.

El resultado obedece a que los tres subsistemas el de Control Estratégico, Control de Gestión y control de Evaluación fueron calificados por los servidores públicos encuestados con un 100%; a diferencia de la evaluación anterior con una calificación global del 98,6%, donde los resultados por subsistema fueron del 98,5%, 98,5% y 99% respectivamente, observándose un comportamiento de los resultados, similar a los de la vigencia anterior; donde la tendencia frente al conocimiento y percepción de la aplicación de los elementos se conserva, concluyendo que en la Corporación se da aplicación al principio de autocontrol.

En cuanto a la Auto evaluación de la Gestión; se llevaron a cabo cuatro rendiciones de indicadores por parte de los líderes de los procesos; con corte en los meses de Marzo, Junio, Septiembre y diciembre de 2014; y un informe de evaluación independiente a la gestión de los procesos por parte de la Oficina de Control Interno con corte a diciembre 31 de 2014; donde se estableció que la gestión de la Corporación Concejo de Santiago de Cali en la vigencia 2014, alcanzó un resultado ponderado del 100% considerando los resultados por procesos (100%), de los objetivos corporativos (100%) y de los indicadores de impacto (100%); ubicándose en un rango de gestión satisfactorio, es decir entre el 90 y el 100. Ver informe del Proceso de Control Interno.

En el Informe Ejecutivo Anual de Control Interno que se presentó a la alta gerencia para su aprobación y radicación ante el DAFP. Se efectuaron evaluaciones al 100% de los procesos, con el fin de verificar que los procesos, procedimientos y actividades del Sistema Integrado MECI - SGC se aplicaron de acuerdo a lo previsto en el manual de operación al igual que la ejecución de las actividades y proyectos establecidos en la planificación institucional. Así mismo se realizó una evaluación sobre el nivel de aplicación del MECI en el 2014, evidenciándose que los componentes y elementos están siendo aplicados.

Por todo lo anterior, el Sistema de Gestión de la Calidad del Concejo de Santiago de Cali es adecuado y conveniente para la entidad, se mantiene de manera eficaz facilitando el cumplimiento de los objetivos, eficiente en el aprovechamiento de los recursos frente a los resultados. También está conforme con los requisitos de las normas ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 y MECI 1000:2005, los de carácter reglamentario y los propios de la Entidad, lo cual le permite a la misma entidad contar con un sistema de gestión que se fortalece de manera permanente.

Podemos afirmar que la implementación del MECI, articulado con el Sistema de Gestión de la Calidad, permitió a la organización, el establecimiento de mecanismos y herramientas necesarias, fundamentadas en el fortalecimiento de la cultura organizacional, basada en principios y valores institucionales, logrando una gestión merecedora del reconocimiento público.

Que la medición de la satisfacción de los clientes alcanzó promedios aceptables pero, se debe adelantar un proceso de retroalimentación con los encuestados para evaluar las respuestas negativas y emprender los correspondientes planes de mejoramiento.

La gestión de riesgos confirma que los 36 riesgos identificados y consignados en el mapa institucional de riesgos están siendo controlados y mitigados por medio de 51 acciones preventivas suscritas por los procesos, facilitando así el desarrollo de las operaciones y el logro de los objetivos estratégicos del Concejo Municipal de Santiago de Cali.

SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD.

La gestión de los procesos misionales P3 Control Político y P4 Tramite a Proyectos de Acuerdo le ha permitido a la Corporación Concejo de Santiago de Cali cumplir ampliamente los lineamientos formulados en su política de calidad toda vez que el informe de control político describe las sesiones que se llevaron a cabo durante la vigencia 2014 para el logro del normal desarrollo de las propuestas encaminadas al logro de los fines esenciales del Estado.

Sesiones y propuestas en las que el ciudadano del común fue actor principal mediante su participación en las sesiones, confirmando sus aportes mediante su vinculación en las comisiones donde se le dio la oportunidad de sustentar sus tesis.

Cumple entonces de manera eficiente la Corporación Concejo Municipal de Santiago de Cali sus Objetivos de Calidad mediante el ejercicio del control

Político-Administrativo en desarrollo de sus sesiones plenarias y las comisiones que promediaron sesiones en 2014.

La participación ciudadana ocupó un puesto importante en la toma de decisiones por parte del concejo de Cali, en beneficio general de toda la comunidad.

En cuanto al Control Interno en la Corporación concejo de Cali fueron atendidos todos los lineamientos de Ley, concretándose la actividad en un Programa de Auditorías Internas, aprobado por el Comité Coordinador del MECI.

Finalmente la comunicación pública de la entidad ocupó su sitio de importancia mediante la elaboración y difusión de los boletines virtuales que de manera inmediata informaron a la comunidad de lo ocurrido en las sesiones del Concejo.

Dra. María Clementina Vélez Gálvez
Presidente de la Corporación

Dr. Fredy A. Villegas Jaramillo
Representante de la Alta Dirección

Dr. Jesús Alberto Burbano Rosero
Jefe Oficina de Control Interno