INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO A JUNIO 30 DE 2023

EMPRESA PARA LA SEGURIDAD Y SOLUCIONES URBANAS – ESU-

Presentado a:

EDWIN MUÑOZ ARISTIZABAL

Gerente General ESU

Elaborado por:

Equipo de Auditoría Interna

Radicado número: 20230008638

Medellín, octubre de 2023

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 3
METODOLOGIA 4
RESULTADOS 4
PROCESOS MISIONALES 5
PROCESOS DE APOYO 7
PROCESOS ESTRATÉGICOS 14
PROCESOS DE CONTROL Y MEJORA 16
RESUMEN 20
RECOMENDACIONES GENERALES 22

INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

INTRODUCCIÓN:

La Dirección de Auditoría Interna en cumplimiento de las obligaciones administrativas y legales específicamente las dictadas en el artículo 12 del Decreto 2145 de 1999 y el Artículo 2.2.21.3.4 del Decreto 1083 del 2015, realizó el seguimiento al plan de mejoramiento institucional a la fecha 30 de junio de 2022, el cual se encuentra registrado en el software KAWAK de la entidad, donde funcionarios de todos los procesos, realizaron el plan de actividades a las acciones registradas, algunas de ellas con evidencias de su ejecución.

Este informe tiene como propósito verificar el seguimiento y control que realizan los directivos, líderes y equipos de trabajo de cada proceso a las observaciones encontradas en evaluaciones de auditoría interna, plan de mejoramiento de la Contraloría General de Medellín, e Icontec y auditorías internas de calidad, como mecanismos de autogestión y autocontrol.

El papel de la Dirección de Auditoría Interna es analizar la mejora realizada por cada uno de los líderes de procesos a las acciones del plan de mejoramiento, verificando que se encuentren acorde con las actividades planteadas, que se realice el seguimiento o tratamiento de cada acción, y que se presenten las evidencias respectivas, estableciendo conclusiones para cada proceso.

Así mismo, se presentan las conclusiones generales y recomendaciones que conlleven al mejoramiento de las deficiencias encontradas en este informe de seguimiento.

METODOLOGÍA:

1. Se recuerda y/o se anuncia, vía correo electrónico, a cada responsable de proceso el listado de los planes de mejoramiento que se encuentran en ejecución a la fecha de corte semestral, señalándose el plazo para el reporte de evidencias (actos administrativos, circulares, actas, informes, formatos, cuadros, presentaciones, registros fotográficos, video, documentos varios, entreotros) y/o el cierre de las acciones.

2. Se consolida y se genera el informe donde se muestra el nivel de cumplimiento y de avance de los planes de mejoramiento y recomendaciones.

NIVELES DE EJECUCIÓN

Alto		Mayor al 81%
Medio		Entre 71% y 80%
Bajo		Menor 70%

RESULTADOS

Efectuada la verificación del Plan de Mejoramiento Institucional, con corte a 30 de junio de 2023, se presentan los siguientes resultados para cada proceso, en el orden como se encuentran en el mapa de procesos; primero los procesos misionales, segundo los procesos de apoyo, tercero procesos estratégicos y, por último, proceso de control y mejora.

PROCESOS MISIONALES

1.1. Gestión de Servicios y Operaciones.

Acciones cerradas: “0”

Acciones pendientes: “3”

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADOACCIÓN	OBSERVACIONESDE LA VERIFICACIÓN
Conviene revisar y actualizar el procedimiento, especialmente aportando más detalle en la descripción de esta actividad, lo cual se pudo identificar que se realizar diferentes formas de aplicarla (590).	Actualizar el procedimiento debido a aspectos a mejorar dentro del procedimiento.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.5 – Información documentada.	100%	Se evidencia la actualización correcta de las especificaciones de actividades del procedimiento de supervisión. Sin embargo, se recomienda para una próxima oportunidad el cumplimiento oportuno.
Se tienen documentados en el SI KAWAK. Ante el riesgo relacionado con la avería de los bienes, se manifiesta que tiene un proveedor calificado que en sus informes indica el análisis de las posibles causas para la toma de decisiones de prevención. Conviene incluir estos informes como parte de un control asociado al riesgo. (604).	Incluir el control de informes por el proveedor en el riesgo ID 152.	MEJORA	ISO 9001:2015 6.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades.	100%	Se cumple a cabalidad con el plan de mejoramiento Conviene revisar los responsables de la acción a ejecutar en los controles asociados a los riesgos del proceso de gestión de bienes y servicios, ya que estos deberían estar a supervisión y ejecución sobre la parte interna de la misma.
Conviene mejorar la relación de resultados del indicador de satisfacción al cliente interno, ya que no refleja que el 99% de los encuestados está satisfecho actualmente (605)	Reflejar en el indicador de Satisfacción del Cliente Interno, el resultado real de la encuesta de satisfacción del cliente interno.	MEJORA	ISO 9001:2015 9.1 – Seguimiento, medición, análisis y evaluación	90%	Se cumple con el plan de mejoramiento exitosamente de acuerdo a la acción propuesta del indicador

GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS			oportunidades.		"satisfacción cliente interno". Sin embargo, para cerrar dicho plan de mejoramiento se recomienda adjuntar la encuesta que permita soportar el valor obtenido.

Conclusión: se evidencia la apertura de 3 planes de mejoramiento para su respectiva ejecución; posterior a revisar en detalle, se encuentra que un avance importante de la gestión por parte de la subgerencia de servicios donde 2 planes de mejoramiento se encuentran cumplidos al 100% y uno en avance del 90% lo cual es altamente satisfactorio. Se recomienda continuar con la búsqueda eficiente de las diferentes necesidades que surjan relacionadas con el funcionamiento óptimo apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

1.2. Gestión comercial y de mercadeo.

Acciones cerradas: "0"

Acciones pendientes: "1"

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONESDE LA VERIFICACIÓN
Se encuentran documentados y evaluados los riesgos de manera acorde, sin embargo, conviene mejorar el registro de los controles (acciones) que se realizan para la mitigación de los riesgos del proceso (ID559).	Se verificará la posibilidad de incluir nuevos controles asociados a los riegos identificados en el proceso.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 6.1 - Acciones para abordar riesgos y oportunidades	100%	Se adjuntan la evidencia de los controles existentes para los riesgos asociados al proceso; y así mismo, se certifica por medio de correo electrónico que estos son suficientes y adecuados para dicho proceso.

Conclusión: se evidencia la apertura de un plan de mejoramiento para su respectiva ejecución; posterior a revisar en detalle, se encuentra cumplido a cabalidad en un 100% de avance de la gestión por parte de la subgerencia de comercial y de mercadeo. Se recomienda continuar con la búsqueda eficiente de las diferentes necesidades que surjan relacionadas con el funcionamiento óptimo apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

PROCESOS DE APOYO

2.1. Gestión de Servicios

Acciones cerradas: “0”

Acciones pendientes: “2”

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONESDE LA VERIFICACIÓN
Conviene fomentar una articulación con los procesos misionales de la empresa para la creación de acciones de mejora puesto que durante los últimos dos años no se ha cumplido con la meta de satisfacción de clientes (565).	Analizar los resultados del informe de satisfacción de los clientes y a partir de allí tomar acciones al respecto para tener en cuenta	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 9.1.3 – Análisis y evaluación	100% (información tomada de kawak)	Se recomienda evaluar si el tipo de acción presentada es preventivo o correctivo, ya que se ha incumplido durante 2 años con la meta de satisfacción Adicionalmente, se debe presentar la evaluación de satisfacción realizada y la evidencia de construcción de escala NPS con su respectivo análisis para lograr cumplir exitosamente dicho plan de mejoramiento.
Se identifican dos riesgos en el proceso debidamente documentados y evaluados. Sin embargo, conviene validar la posibilidad de incluir nuevos controles, debido a que el último control asociado en el riesgo ID 89 es de 2017 (566).	Revisar la posibilidad de incluir nuevos controles asociados al riesgo ID 89.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 6.1 Para abordar riesgos y oportunidades.	100%	Se evidencia detalladamente la adición de dos nuevos controles 612 y 613 al riesgo ID89 del área de comunicaciones; así mismo, se recomienda tener presente en una próxima oportunidad las fechas límite de cumplimiento

Conclusión: se evidencia la apertura de dos planes de mejoramiento para su respectiva ejecución; posterior a revisar en detalle, se encuentra cumplido a cabalidad en un 100% cada uno con sus respectivas evidencias las cuales ya se encuentran validadas. Se recomienda continuar con la búsqueda eficiente de las diferentes necesidades que surjan relacionadas con el funcionamiento óptimo apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

2.2 Gestión Documental

Acciones cerradas: “0”

Acciones pendientes: “5”

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONESDE LA VERIFICACIÓN
Conviene hacer una reinducción para socializar el PINAR a la organización. Conviene incluir el plan en Kawak en la plataforma documental, donde se pueda evidenciar cumplimiento, seguimiento y respectivo responsable con firma, ya que el actual no posee firmas (569).	• Actualizar programa de gestión documental, actualizar cuadro de clasificación documental y creación del PINAR. • Actualizar tablas de retención documental.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.5 Información documentada.	100%	No existe cumplimiento del plan de mejoramiento.
Se evidencia el incumplimiento al procedimiento en mención y al Decreto 1080 de 2015, ya que la entidad no ha realizado depuración de la información. También incumple la norma ISO 9001 en el numeral 7.5.3.2 en su ítem d) Conservación y Disposición. No se evidencia la ejecución de la eliminación de documentos para disposición final (571).	• Actualizar el inventario documental. • Selección documental. • Elaboración de actas. • Publicación información en la Página Web de la entidad. Eliminación de documentos.	CORRECTIVA	ISO 9001:2015 7.5 Información documentada.	100%	No existe cumplimiento del plan de mejoramiento.
Se solicitó evidencia del proceso de recepción de ofertas y se realiza el uso de un documento que no está codificado dentro del sistema de gestión de calidad. Incumpliendo con el numeral 7.5 de la Norma ISO9001: 2015 (información) (597).	Se solicitó evidencia del proceso de recepción de ofertas y se realiza el uso de un documento que no está codificado dentro del sistema de gestión de calidad. Incumpliendo con el numeral 7.5 de la Norma ISO9001: 2015.	CORRECTIVA	ISO 9001:2015 7.5 – Información documentada.	100%	Se actualiza el documento formato en el sistema de kawak de la recepción de ofertas acorde a como se hace el proceso actual. Por lo tanto, se podrá proceder a cerrar el plan de mejoramiento.
Se solicitó un listado de los contratos recibidos en el año 2022, se muestra lo recibido mediante electrónico, no existe un inventario de la documentación recibida de manera digital (598).	Se actualizará el formato Relación de documentos entregados al CID, en el cual se agregara una columna que mencione que el documento es físico o digital.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.5 – Información documentada.	100%	Se actualizó el documento correctamente, donde se evidencia la columna agregada que específica el medio por el que se entrega dicha información.

Se evidencia política con fecha de diciembre de 2020 en Kawak, sin embargo, evidencian que se tiene construido el documento actualizado, pendiente de aprobación inmediato expedición de Resolución, se recomienda: Actualizar la política anualmente Socializar de forma masiva y dejar evidencia Publicarla en Kawak y en la página web evaluar anualmente su cumplimiento de la misma (599).	Actualizar la Política de gestión documental y socializarla por medio masivo (correo electrónico o Miércoles de Conocimiento).	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.5 – Información documentada.	100%	Se evidencia la actualización de la política de gestión documental y así mismo su socialización por medio de correo electrónico institucional. Por lo tanto, se podrá proceder a cerrar el plan de mejoramiento.

Conclusión: se evidencia la apertura de cinco planes de mejoramiento para su respectiva ejecución; posterior a revisar en detalle, se encuentra cumplido a cabalidad en un 100% cada de estos planes, lo que da como resultado el fortalecimiento de la información documentada y el alto nivel de compromiso que se tiene por parte del proceso de gestión documental adscrita a la secretaría general de la entidad. Se recomienda continuar con el compromiso que se tiene actualmente para la recepción, acatamiento y ejecución de los planes de mejoramiento, apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

2.2. Gestión Jurídica

Acciones cerradas: “0”

Acciones pendientes: “2”

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONES DE LA VERIFICACIÓN
Conviene revisar la redacción de los riesgos y validar la posibilidad de anexar nuevos controles, como los Supervisores (592).	Revisar los riesgos que se tienen actualmente en el proceso, y si cabe a lugar, se anexaran nuevos controles.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 6.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades.	100%	Se evidencia cumplimiento de la verificación a los riesgos del proceso de gestión jurídica y se cumple con lo expresado en el plan de mejoramiento; sin embargo, se recomienda verificar la redacción de los controles existentes asociados al riesgo ID118 ya que su descripción no es clara y suficiente.

Se evidencia la información documentada de gestión jurídica en archivos de supervisión internos, sin embargo, no se ha consolidado en el sistema de gestión KAWAK. En ese sentido, para mejor control de la información y fomentar el conocimiento organizacional, conviene alimentar los indicadores en Kawak (606).	Alimentar los indicadores asociados al proceso, junto con sus respectivos análisis que evidencien el resultado obtenido.	PREVENTIVA		100%	Se verifica un análisis correcto y suficiente de los indicadores del proceso de gestión jurídica. De otro modo, es importante verificar los tiempos límite de cumplimiento del plan de mejoramiento, con el fin tener mayor oportunidad de análisis; también es importante especificar el numeral de incumplimiento de la norma ISO 9001:2015.

Conclusión: se evidencia la apertura de dos planes de mejoramiento para su respectiva ejecución; posterior a revisar en detalle, se encuentra cumplido a cabalidad en un 100% cada uno de estos; así mismo se adjuntan evidencias suficientes de la ejecución de la acción para que estos posteriormente sean cerrados exitosamente. Se sugiere continuar con la búsqueda eficiente de las diferentes necesidades que surjan relacionadas con el funcionamiento óptimo apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

2.3. Gestión de Bienes y Servicios

Acciones cerradas: “0”

Acciones pendientes: “0”

2.4. Gestión del Talento Humano

Acciones cerradas: “1”

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIÓN DE LA VERIFICACIÓN
Conviene incluir en el plan anual de capacitaciones, desde el cronograma de capacitación, la información referente al método como se verificará la eficacia de cada capacitación (549).	Mejorar la formulación y seguimiento del plan anual de capacitaciones de acuerdo con las recomendaciones recibidas acerca del cronograma y metodología de medición de la eficacia.	MEJORA	NO TIENE	100% (CERRADA)	No se especificó a que numeral de la normatividad ISO 9001:2015 se atribuyó dicho plan de mejoramiento.

Acciones pendientes: “6”

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONESDE LA VERIFICACIÓN
Se verifica el registro de Luz Yeney Guerra con una calificación de 97%, se encuentra que, en la parte de compromisos anteriores, faltan las firmas. En el caso de la evaluación de desempeño se Juan Felipe Hernández se consolida un resultado del 100% y este cuenta con todas las firmas. Conviene mejorar la revisión de los formatos de evaluación diligenciados, con el fin de garantizar que estén todos los campos tramitados (579).	Revisar que todas las evaluaciones de desempeño tengan todos los campos correspondientes a diligenciar.			35%	Se verifica detalladamente las evidencias adjuntas y se evidencia que este plan de mejoramiento se ha cumplido en un 35%, el mismo tenía como fecha límite el 19/05/2023.
Conviene actualizar el procedimiento, debido a que no es claro que se debe expedir un acto administrativo que autoriza las vacaciones (resolución) (580).	Actualizar el procedimiento situaciones administrativas.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.5 – Información documentada	100%	Se revisó detalladamente las evidencias adjuntas y se evidencia la eficaz actualización del procedimiento situaciones administrativas.
Conviene mejorar el análisis del indicador de rotación de personal, debido a la reiteración de incumplimiento de la meta (581).	Actualizar la meta del indicador debido a que en revisión a los históricos de los últimos dos años el indicador índice de rotación de personal, no se ha cumplido por múltiples variables (cambios de administración, ley de garantías, aumento de planta de cargas, etc.)	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 9.1 – Seguimiento, medición, análisis y evaluación.	100%	Se modificó el indicador de rotación de personal con su justificación respectiva exponiendo además las causales de este. Se podrá proceder a cerrar el plan de mejoramiento.
Para la gestión del talento humano se evidencia el envío del documento al Centro documental, pero no se encuentran en el expediente el registro de las solicitudes de personal de ninguno de los dos empleados. Conviene realizar un mejor seguimiento a los documentos consolidados en los expedientes (608).	• Solicitar al proceso de Gestión Documental, archivar la información faltante en los expedientes. • Asegurar que la información a enviar al proceso documental, este completa; es decir no se podrá enviar información incompleta. • Revisar anualmente la hoja de vida en el SIGEP y verificar contra la	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.2 – Competencias.	100%	Se cumple a cabalidad con el plan de mejoramiento con sus evidencias correspondientes y eficientes. Es importante verificar los tiempos límite de cumplimiento del plan de mejoramiento, con el fin tener mayor oportunidad en la toma de decisiones.

	HYPERBPM que no falte ningún documento soporte				
Actualmente el proceso de búsqueda del expediente de cada empleado a través de la HyperBPM, se vuelve complejo debido a que no se tienen las rutas claras para la búsqueda de cada expediente, por lo cual, para la liquidación definitiva, solicitudes o soportes se vuelve complejo. Se recomienda realizar solicitud al proveedor del software de gestión documental, con el fin de que cada expediente se encuentre toda la información relacionada a cada empleado. (609).	Seguimiento a la solicitud realizada al proveedor del software de gestión documental.	MEJORA	ISO 9001:2015 7.5. – Información documentada.	40%	Se revisó detalladamente el avance del cumplimiento al plan de mejoramiento, y se puede concluir que este se encuentra cumplido en un 40%.
Se verifica el registro de Luz Yeney Guerra con una calificación de 97%, se encuentra que, en la parte de compromisos anteriores, faltan las firmas. En el caso de la evaluación de desempeño se Juan Felipe Hernández se consolida un resultado del 100% y este cuenta con todas las firmas. Conviene mejorar la revisión de los formatos de evaluación diligenciados, con el fin de garantizar que estén todos los campos tramitados (579). **GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**	Revisar que todas las evaluaciones de desempeño tengan todos los campos correspondientes a diligenciar.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.1.5. – Recursos de seguimiento y medición	35%	Se verifica detalladamente las evidencias adjuntas y se evidencia que este plan de mejoramiento se ha cumplido en un 35%, el mismo tenía como fecha límite el 19/05/2023.

Conclusión: se evidencia la apertura de seis planes de mejoramiento para su respectiva ejecución; posterior a revisar en detalle, se encuentra cumplido a cabalidad en un 100% solamente tres de ellos; quedando así los 3 restantes en un avance entre el 35 y

40% solamente; por lo que se recomienda al área de gestión humana, dar cumplimiento oportuno en las fechas establecidas a las acciones de los planes de mejoramiento que a la fecha no se encuentran con un avance de 100%, con el propósito de apoyar el funcionamiento óptimo apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

2.6. Gestión Financiera

Acciones cerradas: "0"

Acciones pendientes: "4"

OBSERVACIÓN(DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN(CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONES DE LA VERIFICACIÓN
Conviene ajustar los responsables del procedimiento de ejecución y seguimiento del presupuesto (para que se incluyan los supervisores de todas las unidades de servicios, no sólo la unidad de logística) (ID560).	Actualizar procedimiento ejecución de presupuesto.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.5.3 – Control de la información documentada	100%	Se ajusta el procedimiento de forma correcta como se indica en el plan de mejoramiento, logrando así cumplir al 100% este plan.
Los indicadores de Gestión Presupuestal, se encuentran documentados en el SI KAWAK, se encontró una buena gestión de los indicadores y un análisis de resultados adecuado. Sim embargo, conviene contemplar los factores externos como ley de garantías en la definición de metas del indicador eficiencia de ingresos (582).	Verificar la viabilidad de incluir en las metas los factores externos mencionados.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 9.1 – Seguimiento, medición, análisis y evaluación.	100%	Se expone adecuadamente la eficacia de los indicadores actuales para el proceso de gestión presupuestal. Se podrá proceder a cerrar el plan de mejoramiento.
El formato Solicitud de información a bancos, no se está utilizando porque en vez de mejorar el procedimiento, genera retrasos en dicha solicitud. Conviene identificar si debe actualizarse este formato o definitivamente retirarlo del sistema (583).	Enviar correo de solicitud para eliminar el formato de solicitud de información a bancos debido a que el Tesorero informa que no genera valor.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.5 – Información documentada.	100%	La evidencia del cumplimiento al plan de mejoramiento se encuentra debidamente justificada. Se podrá proceder a cerrar el plan de mejoramiento.
Conviene actualizar la Política de Pagos de Obligaciones en referencia a descripción o denominación de responsables (584).	Actualizar política de Pagos de Obligaciones.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.5 – Información documentada.	100%	Se evidencia la actualización correcta de la política de pago de obligaciones, agregando correctamente los responsables respectivos. Esto se hace en los tiempos

					indicados de forma oportuna.

Conclusión: se evidencia la apertura de cuatro planes de mejoramiento para su respectiva ejecución; posterior a revisar en detalle, se encuentra que todos se han cumplido a cabalidad en un 100%. Por lo que, se resalta la labor de la subgerencia administrativa y financiera por tan buena labor y alto compromiso con la gestión de riesgos de la entidad por medio de las acciones para dar cumplimiento a los planes de mejoramiento y, se recomienda continuar con la búsqueda de posibles nuevos planes de mejoramiento que surjan a partir del mejoramiento continuo apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

PROCESOS ESTRATÉGICOS

3.1 Gestión de TI

Acciones cerradas: “1”

OBSERVACIÓN(DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONES DE LA VERIFICACIÓN
Se evidencia que efectivamente se realiza esta actividad de mantenimiento de forma anual. Conviene actualizar el procedimiento gestión de infraestructura tecnológica incluyendo la descripción de la periodicidad con la que se ejecutará esta actividad pues no se encuentra documentado (577).	Actualizar procedimiento gestión de infraestructura tecnológica	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.1.3 – Infraestructura	100%	Se cumple con la actualización del procedimiento; adicionalmente, en el se agrega la periodicidad Indicada, por lo que es posible confirmar el cumplimiento del plan de mejoramiento.

Acciones pendientes: “0”

Conclusión: en el proceso actual a cargo de la gestión de TI se evidencia el cierre de un plan de mejoramiento con éxito y ejecución al 100% dando a conocer allí el compromiso por parte de este equipo de trabajo que favorece el cumplimiento de los objetivos institucionales. Así mismo, es importante continuar con la búsqueda de posibles nuevos

planes de mejoramiento que fortalezcan el sistema de gestión de la entidad.

3.2 Comunicación

Acciones cerradas: “1”

Acciones pendientes: “0”

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONES DE LA VERIFICACIÓN
Los riesgos del proceso se encuentran documentados y evaluados recientemente. Conviene revisar la posibilidad de incluir nuevos controles preventivos y detectivos para mitigar los riesgos (563).	Revisar la posibilidad de incluir nuevos controles asociados al proceso.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 6.1 - Acciones para abordar riesgos y oportunidades	100%	Se adjunta evidencia correspondiente de la actualización de controles establecidos para el riesgo ID83; sin embargo, se recomienda mejor descripción de este control para diferenciarlo de su propio nombre y tener mayor entendimiento general y comprensión de todos.
Se evidencia que las salidas del proceso son de gran valor para el cumplimiento de los objetivos institucionales, pero conviene revisar la caracterización del proceso y realizan los ajustes que correspondan, puesto que la última actualización se evidencia en 2019 (564).	Se revisará la caracterización y si da a lugar, se actualizará la caracterización.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 9.1.3 – Análisis y evaluación	100%	Se cumple a cabalidad con el plan de mejoramiento y el mismo se actualizó el 27/06/2023; se procederá con el cierre de este.

Conclusión: se evidencia la apertura de dos planes de mejoramiento para su respectiva ejecución; posterior a revisar en detalle, se encuentra que estos se han cumplido a cabalidad en un 100%. Por lo que, se resalta la labor de equipo de comunicaciones y el buen compromiso con la gestión de riesgos de la entidad por medio de las acciones para dar cumplimiento a los planes de mejoramiento y, se recomienda continuar con la búsqueda de posibles nuevos planes de mejoramiento que surjan a partir del mejoramiento continúo apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

3.3 Innovación

Acciones cerradas: “0”

Acciones pendientes: “0”

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONES DE LA VERIFICACIÓN
Conviene cuanto antes documentar los riesgos en las matrices correspondientes de la entidad (594)	Riesgos del proceso documentados y evaluados.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 6.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades.	100%	Se evidencia cumplimiento en el plan de mejoramiento documentos los riesgos del proceso de innovación, así como también estableciendo sus respectivos controles y evaluando estos.
Conviene documentar cuanto antes, la forma en la que medirán la gestión del proceso de innovación (595).	Incluir indicadores asociados al proceso en KAWAK.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 9.1 – Seguimiento, medición, análisis y evaluación.	100%	Se verifica el cumplimiento del diseño de indicadores en kawak de evaluación del proceso de innovación. Sin embargo, es importante y se recomienda, evaluar los mismo y analizar sus resultados.

Conclusión: se evidencia la apertura de dos planes de mejoramiento para su respectiva ejecución; posterior a revisar en detalle, se encuentra que estos se han cumplido a cabalidad en un 100%. Por lo que, se resalta la labor del área de innovación por el buen compromiso con la gestión de riesgos de la entidad por medio de las acciones para dar cumplimiento a los planes de mejoramiento y, se recomienda continuar con la búsqueda de posibles nuevos planes de mejoramiento que surjan a partir del mejoramiento continúo apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

3.4 Planeación Estratégica

Acciones cerradas: “0”

Acciones pendientes: “1”

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONES DE LA VERIFICACIÓN
El Plan anticorrupción de 2022 se cumplió en un 85%. En el componente 6 iniciativas adicionales se cumplió al 67% (610)	La difusión del Código de Buen Gobierno, se incluyó en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2023 y tiene fecha límite de ejecución por parte de la Secretaría General del	MEJORA	ISO 9001:2015 7.5.3 – Control de información documentada.	0%	No se tiene avance del cumplimiento de este plan de mejoramiento. A causa de que no se encuentra actualizado el código de buen gobierno y en este momento se adelanta la actualización

	30 de junio de 2023. Se realizará seguimiento al cumplimiento de dicha actividad para esta vigencia.				del acto administrativo por parte de la Secretaría General para la modernización del código.

Conclusión: luego de hacer una revisión detallada y minuciosa se identifica 1 plan de mejoramiento pendiente por cumplimiento el cual a la fecha no tiene algún avance, por lo que se recomienda al equipo de planeación estratégica fortalecer el compromiso del cumplimiento de dicho plan de acción.

PROCESOS DE CONTROL Y MEJORA

3.5 Auditoría Interna

Acciones cerradas: “0”

Acciones pendientes: “5”

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONES DE LA VERIFICACIÓN
Se evidencia claridad del objetivo del proceso, conocimiento de las actividades. Conviene actualizar la caracterización para que se encuentre más ajustada con las salidas actuales del proceso (572).	Actualizar caracterización del proceso	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.1.6 – Conocimiento de la información	100%	Se cumple exitosamente con el plan de mejoramiento; se podrá proceder a cerrar dicho plan.
Se considera conveniente actualizar el procedimiento incluyendo en los documentos de referencia el Manual de Auditoría Interna de la ESU y el Manual de Auditoría Interna de la Alcaldía del Distrito e incluir el formato de priorización para la planeación de auditoría, teniendo en cuenta los criterios que se encuentran en el Manual (573).	No se presenta evidencia del cumplimiento del Procedimiento para la Formulación del Plan Anual de Auditorías en su actividad 6, publicación del plan en la página web de la ESU…	CORRECTIVA	ISO 9001:2015 7.5 – Información documentada	100%	Se cumple exitosamente con el plan de mejoramiento; adjuntando así el plan anual de auditoría vigente y el procedimiento para la formulación del plan anual de auditoría actualizado a la fecha.
A la luz del procedimiento Planeación de Auditorías se evidencia la presentación y el acta de la reunión de socialización de la	Actualizar procedimiento según recomendaciones.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.5 – Información documentad	100%	Se cumple con la actualización del procedimiento de auditoría exitosamente y se soporta con la documentación

auditoría. Sin embargo, conviene actualizar el procedimiento en la actividad correspondiente a Elaborar el memo dirigido a la respectiva dependencia... puesto que manifiestan que se está haciendo esa comunicación por correo electrónico (574).			a		correspondiente. Por lo que, es posible cerrar dicho plan de mejoramiento.
Conviene establecer y/o crear un repositorio compartido en el que se resguarde y se tenga disponible para consulta del proceso toda la información relacionada con la ejecución de auditorías. Conviene, además ajustar el procedimiento en las últimas actividades puesto que no se menciona el informe definitivo (575).	Se ajustará el procedimiento de acuerdo a lo recomendado.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 7.5 – Información documentada	100%	Se cumple con la verificación de la actualización del procedimiento a cabalidad. Sin embargo, se recomienda revisar las fechas límites establecidas para el cumplimiento exitoso oportunamente. Por lo que, es posible cerrar dicho plan de mejoramiento.
Conviene mejorar el análisis de los indicadores con el fin de contribuir a la trazabilidad documentada de los factores de cumplimiento y en caso de incumplimiento de la meta, el respectivo análisis de causas. Adicionalmente, conviene revisar la periodicidad del diligenciamiento de los indicadores para tener la información disponible oportunamente (576).	Se revisarán los análisis de los indicadores del proceso y verificará la posibilidad de mejorarlos.	PREVENTIVA	ISO 9001:2015 9.1 – Seguimiento, medición, análisis y evaluación	100%	Se cumple con la verificación de los indicadores. Así mismo, se específica que los indicadores están acordes al proceso por lo que es posible confirmar el cumplimiento del plan de mejoramiento.

Conclusión: se evidencia la apertura de cinco planes de mejoramiento para su respectiva ejecución; posterior a revisar en detalle, se encuentra que estos se han cumplido a cabalidad en un 100%. Por lo que, se resalta la labor del área de auditoría interna por el buen compromiso con la gestión de riesgos de la entidad por medio de las acciones para dar cumplimiento a dichos planes de mejoramiento y, se recomienda continuar con la búsqueda de posibles nuevos planes que puedan surgir a partir del mejoramiento continuo apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

4.1. Mejora continua

Acciones cerradas: “1”

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONES DE LA VERIFICACIÓN
Conviene formalizar el perfil del auditor interno, ya sea si se realiza con personal interno o por contratación; para el auditor contratado externamente: establecer educación en campos de conocimiento relacionado con el core de la entidad y experiencia en número de horas en entidades o empresas con servicios similares (553).	Actualizar el perfil de Auditor Interno y subir a Kawak.	MEJORA		100% (CERRADA)	No se especificó a que numeral de la normatividad ISO 9001:2015 se atribuyó dicho plan de mejoramiento.

Acciones pendientes: “4”

OBSERVACIÓN (DESCRIPCIÓN)	ACCIÓN (CORTA DESCRIPCIÓN)	TIPO ACCIÓN	ORIGEN ACCIÓN	ESTADO ACCIÓN	OBSERVACIONES DE LA VERIFICACIÓN
Se identifica un buen conocimiento del procedimiento de mejora continua por parte de la auditada. Sin embargo, conviene realizar una socialización y dejar evidencias documentadas teniendo en cuenta la variación o rotación del personal de supervisión y líderes de proceso (601).	Realizar capacitación virtual a los supervisores y líderes de proceso de supervisión acerca del procedimiento control de servicios no conformes.	MEJORA	ISO 9001:2015 7.5 – Información documentada.	100%	Se verifica el cumplimiento por medio de la socialización del procedimiento en control de servicios no conforme. Por lo tanto, se podrá proceder a cerrar el plan de mejoramiento.
En el riesgo posibilidad de publicación de información errónea debido a inexactitud en la información entregada por los procesos (no pertinente, no veraz, no precisa, no fidedigna, no oportuna) existe como control el comité de SIG. Se informa que no se ha materializado ningún riesgo. En la gestión de riesgos numeral 6.1 conviene actualizar los responsables de ejecución de controles para cada uno	Actualizar los responsables de ejecución y seguimiento de los controles asociados a los riesgos, según corresponda.	MEJORA	ISO 9001:2015 6.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades.	100%	Se actualizan los responsables de los controles asociados a los riesgos de mejora continua ajustados a la actualidad. Por lo tanto, se podrá proceder a cerrar el plan de mejoramiento.

de ellos (602).					
El auditado conoce la política de evaluación de proveedores donde se evalúa el cumplimiento de acuerdo con los requisitos y obligaciones establecidas por las partes. Adicionalmente, se evidencia conocimiento de su objetivo, alcance, periodicidad e identifica los responsables de ejecutarla. Una consideración a tener en cuenta es la con notación de que en la instancia de liquidación es requisito contar con la evaluación. Sin embargo, conviene llevar registros documentados que evidencien el seguimiento que se realiza para garantizar el cumplimiento de la política (603).	Realizar capacitación virtual a los Supervisores y Lideres de proceso de Supervisión acerca de la implementación de la Realizar capacitación virtual a los Supervisores y Lideres de proceso de Supervisión acerca de la implementación de la Política de Evaluación de Proveedores y solicitar registros de seguimiento que evidencien la evaluación de los proveedores (trimestralmente).	MEJORA	ISO 9001:2015 7.5 – Información documentada .	100%	Verificar el cumplimiento oportuno de las fechas límites de los planes de mejoramiento. Por lo tanto, se podrá proceder a cerrar el plan de mejoramiento.
Se evidenció desviación en el cumplimiento de los requisitos; por ende, en la revisión por la dirección realizada el día 2023.04.17 no se incluyó cómo información de entrada el desempeño de los proveedores y en la información de salida de la revisión por dirección realizada el día 2023.4.17 no se incluyó la información sobre necesidades de recursos (611).	Actualizar el procedimiento de Revisión por la Dirección, incluyendo como entrada la medición y evaluación de proveedores y teniendo como salida el análisis de nuevos recursos.	CORRECTIVA	ISO 9001:2015 9.3 – Revisión por la dirección.	100%	Posterior a revisar detalladamente el cumplimiento del plan de mejoramiento, se reconoce el gran esfuerzo que hubo por parte de los responsables del proceso de mejora continua para dicho plan.

Conclusión: se evidencia la apertura de cuatro planes de mejoramiento para su respectiva ejecución; posterior a revisar en detalle, se encuentra que estos se han cumplido a cabalidad en un 100%; y se analiza cada una de las evidencias de cumplimiento las cuales son suficientes para proceder al cierre de dichos planes. Se recomienda continuar con la búsqueda de posibles nuevos planes que puedan surgir a partir del mejoramiento continúo apoyando el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

RESUMEN

A continuación, el resumen presenta el estado de las acciones que se encuentran en el plan de mejoramiento institucional con corte a 30 de junio 2022, y las acciones que permanecen abiertas por parte de la AGR de las auditorías a la vigencia 2022, hasta que dicha entidad se pronuncie sobre el cierre de estas:

NUMERO	ACCIONES DE MEJORAS POR ÁREA	ACCIONES CERRADAS	ACCIONES SIN CERRAR	ACCIONES AGR
1	**PROCESOS MISIONALES**			
1.1	Gestión de Servicios y Operaciones.	0	3	3
1.2	Gestión comercial y de mercadeo	0	1	1
	TOTALES	**0**	**4**	**4**
2	**PROCESOS DE APOYO**			
2.1	Gestión de Servicios	0	2	2
2.2	Gestión Documental	0	5	5
2.3	Gestión Jurídica	0	2	2
2.4	Gestión de Bienes y Servicios	0	0	0
2.5	Gestión del Talento Humano	1	6	7
2.6	Gestión Financiera	0	4	4
	TOTALES	**1**	**19**	**20**
3	**PROCESOS ESTRATÉGICOS**			
3.1	Gestión de TI	1	0	1
3.2	Comunicación	1	0	1
3.3	Innovación	0	0	0
3.4	Planeación Estratégica	0	1	1
	TOTALES	**2**	**1**	**3**
4	**PROCESOS DE CONTROL Y MEJORA**			
4.1	Auditoría Interna	0	5	5
4.2	Mejora continua	1	4	5
	TOTALES	**1**	**9**	**10**
	TOTAL ACCIONES DE MEJORA	**4**	**33**	**37**

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Se sugiere aumentar el compromiso de la ejecución de las actividades propuestas en los planes de acción, con el propósito de poder dar cumplimiento a estas acciones en los plazos establecidos y no darle cumplimiento extemporáneamente.
2. Se recomienda revisar el diseño y planteamiento de los planes de mejoramiento ya que algunos llevan a la misma ejecución, se realiza el mismo tratamiento y están clasificados de forma independiente.
3. Se propone continuar con la revisión e identificación de nuevos planes de mejoramiento con el objetivo de fortalecer este proceso oportunamente favoreciendo así el plan estratégico institucional.
4. Definir una meta general para el total de los planes de mejoramiento, con el fin de tener un indicador que ayude a la mejora continua de la entidad.

Atentamente,

Proyectó: Katherine Yépez Duque, Profesional Universitaria

NOTA: este informe se realizó de forma independiente, con base en la información aportada por los responsables de los procesos y consignada en los sistemas de gestión institucional. No se efectuó bajo la orientación o revisión del director de auditoría interna ya que, para el momento de su elaboración, refrendación final y radicación en el sistema de información documental, este cargo sigue vacante.

Por ser este un informe de ley que exige su publicación, se procede a firmarlo por la auditora que lo realizó y se le envía al Gerente para su conocimiento dando cumplimiento así al mandato legal.