



Management System Certification/ **Certificación de Sistemas de Gestión**

Audit Summary Report / **Reporte Resumido de Auditoría**

Organization/ <b>Organización:</b>	<b>MUNICIPIO DE MEDELLÍN</b>						
Address/ <b>Dirección:</b>	Calle 44 N. 52-165, Centro Administrativo la Alpujarra, Medellín, Antioquia.						
Standard(s)/ <b>Norma(s):</b>	ISO 9001:2015	Accreditation Body(s)/ <b>Acreditación(es):</b>		ONAC			
Representative/ <b>Representante:</b>	Dra. Ana María Mejía Mejía.						
Site(s) audited/ <b>Sitio(s) auditados:</b>	17 Procesos y 9 Sedes.		Date(s) of audit(s)/ <b>Fecha(s) de Auditoría(s):</b>	23 al 31 de Julio de 2018			
EAC Code/ <b>Código EAC:</b>	36	NACE Code/ <b>Código NACE:</b>	75.14	Technical Area code / <b>Area Técnica</b>	36.1		
Effective No. of Personnel/ <b>Número efectivo de Empleados:</b>	5.000		No. of Shifts/ <b>Número de Turnos:</b>	UNO			
Lead auditor/ <b>Auditor Líder:</b>	Gilma González Urrego (GG)		Additional team member(s)/ <b>Miembro(s) adicional(es) del equipo auditor:</b>	Paola Andrea Riveros (PR), Greys Esneda Jiménez. (GJ).			
<i>Additional Attendees and Roles / <b>Asistentes adicionales y roles</b></i>							
<i>This report is confidential and distribution is limited to the audit team, audit attendees client representative and the SGS office / Este reporte es confidencial y su distribución se limita al equipo auditor, al representante del cliente y a la oficina de SGS.</i>							

1. *Audit objectives/* **Objetivos de Auditoría:**

<p><i>The objectives of this audit were/</i> Los objetivos de la auditoría fueron:</p> <p><i>To determine conformity of the management system, or parts of it with audit criteria and its:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ability to ensure applicable statutory, regulatory and contractual requirements are met,</li> <li>• effectiveness to ensure the client can reasonably expect to achieve specified objectives, and</li> <li>• ability to identify as applicable areas for potential improvement</li> </ul> <p>Determinar la conformidad del sistema de Gestión, o partes de esta con los criterios de auditoría y su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para asegurar el cumplimiento de los de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.</li> <li>• Eficacia para asegurar al cliente que los objetivos específicos son razonablemente logrados, y</li> <li>• Capacidad para identificar cuando aplique áreas de mejora potenciales.</li> </ul>
---

2. *Scope of certification/* **Alcance de la certificación:**

**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO TERRITORIAL, SOCIAL, ECONÓMICO Y POLÍTICO DE LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN.**

Job n°/Certificado <b>No.:</b>	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2- TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ <b>CONFIDENCIAL</b>		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	1 of 6

¿Has this scope been amended as a result of this audit? / Ha sido modificado este alcance como resultado de esta auditoría?	<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No/No
This is a multi-site audit and an Appendix listing all relevant sites and/or remote locations has been established (attached) and agreed with the client/ Esta es una auditoría multisitio y con el cliente se ha establecido y acordado una lista con todos los sitios y/o instalaciones remotas relevantes (anexo).	<input type="checkbox"/> Yes/Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No/No
For integrated audits, confirm the current level of the client's IMS integration / Para auditorías integradas, confirmar el nivel actual de integración del Sistema de Gestión Integrado del cliente.	<input type="checkbox"/> N/A	<input checked="" type="checkbox"/> Basic / Básico <input type="checkbox"/> High / Alto

### 3. Current audit findings and conclusions/ Hallazgos y conclusiones de la actual auditoría

The audit team conducted a process-based audit focusing on significant aspects/risks/objectives required by the standard(s). A sampling process was used, based on the information available at the time of the audit. The audit methods used were interviews, observation of activities and review of documentation and records. El equipo auditor condujo un proceso de auditoría basado y enfocado en aspectos/riesgos/objetivos significativos como lo requiere la(s) norma(s). El proceso de muestreo fue empleado, basado en la información disponible a lo largo del tiempo de auditoría.

Los métodos utilizados durante la auditoría fueron entrevistas, observación de actividades y revisión de documentación y registros.

The structure of the audit was in accordance with the audit plan and audit plan included as an annexe to this summary report. La estructura de la auditoría estuvo de acuerdo con el plan de auditoría incluido como un anexo a este reporte de auditoría.

The audit team concludes that the organization/ El equipo auditor concluye que la organización	<input checked="" type="checkbox"/> has/ ha <input type="checkbox"/> has not / no ha	established and maintained its/ Establecido y mantenido su	
Management system in line with the requirements of the standard and demonstrated the ability of the system to systematically achieve agreed requirements for products or services within the scope and the organization's policy and objectives. Sistema de Gestión de acuerdo con los requisitos de la norma y demostrado la capacidad del sistema para alcanzar sistemáticamente los requisitos establecidos para los productos o los servicios dentro del alcance y los objetivos de la política de la organización.			
Number of nonconformities identified/ Número de no conformidades identificadas:	Major/ Mayor	4	Minor/ Menor
Therefore the audit team recommends that, based on the results of this audit and the system's demonstrated state of development and maturity, management system certification be/ Por lo tanto el equipo auditor, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del sistema, recomienda que la certificación del sistema de gestión sea:			
<input type="checkbox"/> Granted/ Otorgada <input checked="" type="checkbox"/> Continued / Mantenida <input type="checkbox"/> Withheld / Retenida <input type="checkbox"/> Suspended until satisfactory corrective action is completed/ Sujeta a que la acción correctiva sea completada satisfactoriamente.			

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL	Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	2 of 6	

#### 4. Previous Audit Results/ Resultados de Auditorías Anteriores

<p>The results of the last audit of this system have been reviewed, in particular to assure appropriate correction and corrective action has been implemented to address any nonconformity identified. This review has concluded that:/ Los resultados de la auditoría anterior a este sistema se han repasado en detalle, para asegurar que la apropiada corrección y acción correctiva ha sido implementada para atender la no conformidad identificada. Esta revisión concluye que: Las no conformidades identificadas (2) fueron tratadas mediante las Acciones Correctivas Nos. 2091, 2092 y 2093. Los planes de acción fueron eficaces en su ejecución y una vez realizada esta verificación, el equipo auditor decide realizar su cierre.</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Any nonconformity identified during previous audits has been corrected and the corrective action continues to be effective. (Refer to section 6 for details) / Cualquier no conformidad identificada durante auditorías anteriores ha sido corregida y la acción correctiva sigue siendo efectiva: (Consulte la sección 6 para más detalles)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>The management system has not adequately addressed nonconformity identified during previous audit activities and the specific issue has been re-defined in the nonconformity section of this report. / El sistema de gestión no ha tratado adecuadamente la no conformidad identificada durante las actividades de auditoría anteriores y puntos específicos han sido redefinidos en la sección de no conformidades del informe.</p>

#### 5. Audit Findings/ Hallazgos de auditoría

<p>The audit team conducted a process-based audit focusing on significant aspects/risks/objectives. The audit methods used were interviews, observation of activities and review of documentation and records. / El equipo auditor condujo la auditoría basado en procesos y enfocado en aspectos/riesgos/objetivos significativos. Los métodos utilizados durante la auditoría fueron entrevista, observación de actividades y revisión de la documentación y de los registros.</p>			
<p>The management system documentation demonstrated conformity with the requirements of the audit standard and provided sufficient structure to support implementation and maintenance of the management system. / La documentación del sistema de gestión demostró conformidad con los requisitos de la norma de auditoría y provee la estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No	
<p>The organization has demonstrated effective implementation and maintenance / improvement of its management system and is capable of achieving its policy objectives, <b>as well as and the intended results of the respective management system(s).</b> / La organización ha demostrado la efectiva implementación y mantenimiento/ mejora de su sistema de gestión y es capaz de alcanzar sus objetivos de política, <b>así como los resultados esperados para el respectivo sistema de gestión.</b></p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No	
<p>The organization has demonstrated the establishment and tracking of appropriate key performance objectives and targets and monitored progress towards their achievement. / La organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento apropiado de los objetivos y metas, así como el monitoreo del progreso de los mismos dirigido a lograrlos.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No	
<p>The internal audit program has been fully implemented and demonstrates effectiveness as a tool for maintaining and improving the management system. / El programa de auditorías internas se lleva a cabo y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el sistema de gestión.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No	
<p>The management review process demonstrated capability to ensure the continuing suitability, adequacy, effectiveness of the management system. / El proceso de la revisión por la gerencia demostró su capacidad para asegurar la continua conveniencia, adecuación y efectividad del sistema de gestión</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No	
<p>Throughout the audit process, the management system demonstrated overall conformance with the requirements of the audit standard. / A través del proceso de auditoría, el sistema de gestión demostró conformidad general con los requisitos de la norma de auditoría</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No	
<p>Certification claims are accurate and in accordance with SGS guidance and the organization is effectively controlling the use of certification documents and marks. / Las demandas de la certificación son exactas y de acuerdo con las guías de SGS y la organización controla eficazmente el uso de los documentos de certificación y marcas.</p>	<input type="checkbox"/> N/A	<input checked="" type="checkbox"/> Yes/Sí	<input type="checkbox"/> No/No

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	3 of 6

## 6. Significant Audit Trails Followed/ Líneas de investigación significativas durante la auditoría

The specific processes, activities and functions reviewed are detailed in the Audit Planning Matrix and the Audit Plan. In performing the audit, various audit trails and linkages were developed, including the following primary audit trails, followed throughout / Los procesos, las actividades y las funciones específicas revisadas se detallan en la matriz de planeación de auditoría y el plan de auditoría. En el desarrollo de la auditoría se siguieron varias líneas de investigación e interacciones, incluyendo las siguientes líneas de investigación primaria de auditoría:

### Relating to Previous Audit Results/ **En relación con los resultados de la auditoría anterior:**

Las No conformidades identificadas en la auditoría del año 2017 fueron tratadas adecuadamente, fue verificada su eficacia y se determinó su cierre; lo cual se registra de la siguiente manera:

#### **No conformidad menor N. 1 de 2.**

Hallazgo: No se logró evidenciar que de manera sistémica se controle el estado de los equipos biomédicos.

Evidencia: Estación los Libertadores, durante el mes de agosto de 2017 solo se evidencia ejecución de la revisión a los equipos biomédicos a la máquina de rescate CB-2, placa: OMK649, a los días 26, 27 y 29. Lo anterior genera un incumplimiento a lo enunciado en el numeral 7.5.1 literal e) que refiere: La entidad debe planificar y llevar a cabo la Producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable: e) la implementación del seguimiento y de la medición.

#### **Generaron el siguiente plan de acción:**

Acción correctiva N. 2091 y 2092 del 31 de agosto de 2017.

Se entregaron los formatos actualizados en las estaciones. Evidencias. Propuesta de archivo, Registro de asistencia, 14 de septiembre de 2017, 20 de septiembre, 27 de septiembre, 22 de octubre, 25 de octubre, 9 de noviembre y 11 de diciembre; aplicable a las 3 compañías. Se hicieron toma de estaciones, en el mes de noviembre.

Se hace entrega de un cuadro donde vinculan los formatos con cada Procedimiento. Se montaron los instructivos en ISOLUCIÓN, los que existen en el Proceso.

Diseño de Plan de Formación. Ya se realizaron algunas de ellas y se deja para programado para el 2018. Dar continuidad en el tiempo al cronograma de formación. Se hizo la verificación a la eficacia de las acciones tomadas evidenciado en los seguimientos y verificación en campo.

#### **Acción correctiva cerrada de manera eficaz.**

#### **No conformidad menor N. 2 de 2.**

Hallazgo. No se observa que en la totalidad de los casos la empresa este realizando el seguimiento a los trámites requeridos en sus procesos.

Evidencia: En el proceso de Gobierno Local en la Inspección 10 D en la alpujarra no se logró evidenciar que para el trámite contravención común de policía No.20040148-16- se haya generado el documento auto para dar planificación al trámite.

En auditoría de Servicio a la Ciudadanía no se logró evidenciar que el proceso de Hacienda Pública haya registrado en el SAP (que es la herramienta de consulta por parte de los asesores), los siguientes tramites: exención de impuesto predial de marzo de 2017- No de solicitud, 1201700440822 y que ingresa a la institución en marzo de 2017, y con fecha de notificación agosto de 2017- (no se observó registro en SAP de la fecha de la notificación). Rectificación y reclamación cuentas de impuesto- No de solicitud, 1201700450085-No se evidencio registro en el campo entrada de informe y resolución. Incumpliendo así lo requerido por la norma en su apartado 7.5.1 que establece que:

La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable: e) la implementación del seguimiento y de la medición.

#### **Generaron el siguiente plan de acción:**

Acción correctiva N. 2093 del 31 de agosto de 2017.

Capacitación para el manejo de la transacción ZCA 912. Evidencia: Registro de asistencia a capacitaciones en varios grupos en el mes de septiembre- 28. Servicio a la ciudadanía y Grupo de Ingresos. Se desarrollaron mesas de trabajo para actualizar la transacción ZCA912. Se mejora el reporte y ya se puede monitorear el estado de los trámites. Se hace seguimiento mensual a la transacción. Se verifica en la plataforma el trámite N. 1201800512423 del 7 de mayo de 2018, solicitud de cancelación del registro de Industria y Comercio: Se encuentra dentro de los términos.

N: 1201700488870 del 20 del 20 de diciembre de 2017, N. 1201800493900, N. 1201800493847 y N.1201800493974 del 31 de enero de 2018.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	4 of 6

**Acción correctiva cerrada de manera eficaz.**

Relating to this Audit including any significant changes (eg: to key personnel, client activities, management system, level of integration, etc.) :/ En relación con esta auditoría/ incluyendo cualquier cambio significativo (ej.: personal clave, actividades de los clientes, sistema de gestión, nivel de integración, etc.):

El Municipio de Medellín ha realizado su proceso de transición de la norma ISO 9001 a la versión 2015 y durante la auditoría fueron evaluados los componentes, los cuales reflejaron cambios significativos en el Sistema de Gestión de la Calidad tales como la actualización en la estructura de la Administración de Riesgos, las Salidas No Conformes de cara al Ciudadano, el fortalecimiento en la Gestión del Conocimiento.

Muestra avances en la estructuración de la aplicabilidad del requisito 8.3, Diseño y Desarrollo de los Productos y Servicios, para lo cual se evidenció la documentación que se está construyendo para lograr que la información aplicable sea documentada en los diferentes Procesos.

A continuación, se enuncian las líneas de investigación significativas realizadas durante la auditoría a los 17 Procesos y 9 sedes seleccionadas en la muestra:

**PROCESO N. 1: TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES.**

**Participantes:** Santiago Restrepo, líder de tecnología y Gestión de la información. Juan Camilo López, coordinador del Centro de competencias SAP. Fredy Alberto Espinosa, líder Programa Archivo Central. José Rodrigo Zapata Hidalgo, líder de la Unidad de Informática. Carlos Botero Londoño, líder Unidad de Infraestructura. Duván Herrera, auxiliar administrativo archivo Central. Mónica María Toro, líder de proyecto Unidad de planeación. Liliana Yepes, enlace SIG proceso TICS. Martha Nelly Ramírez, Profesional Universitario. Gabriel Werner Brandt, líder Unidad de Planeación de TI.

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.1; 7.1.3; 7.5.1; 7.5.2; 7.5.3; 9.1.3; 10.1; 10.2; 10.3.

**Documentos Revisados:**

- Caracterización V.10. CA-TICS-01.
- Procedimiento Atención de Incidentes y Requerimientos. PR-TICS-077. V.2.
- Procedimiento Transferencias Documentales. PR-TICS-101. V.1.
- Tabla de Retención Documental. DE-TICS 051, abril 22 de 2016.

**Evidencias verificadas:**

- Plan Estratégico de Tecnología de la Información (PETI). DE-TICS-072. V.2, diseñado para el período 2016- 2020. Se construyó a 5 años para garantizar su continuidad. Actualizada a junio 2018. Se encuentra alineado al actual Plan de Desarrollo.
- Plan táctico. DE-TICS-070. Contiene proyectos que apalancan el Plan de Desarrollo. Se hace seguimiento y se evidencia porcentaje de avance de cada uno de ellos. Son revisados algunos:
  1. Arquitectura de la información, presenta un avance del 30%. Se tiene programado su culminación para el 30 de noviembre de 2018.
  2. Portal Medellín en datos MEDATA. Presenta un avance del 60%. Indicador: Ejecución PETI. Se pretende ejecutarlo en su mayoría en el segundo semestre.
- Mesa de servicio. Entrevistado: Sebastián Gómez, Profesional Universitario equipo de soporte. Son verificados en la plataforma ARANDA el siguiente muestreo: **Aranda N.34335**, registrado el 23 de julio, 07:12, solicitud de reseteo de clave de red, se asigna nueva contraseña, 7:13 a.m. **Aranda N. 34167**, registrado el 18 de julio, solicitud descarga de formulario FUT. Se realiza la actualización del FUT, gestionado en 4 horas, 36 minutos. **Aranda N. 34087**, del 18 de julio, solicitan extraer archivos de Excel. Gestionado en 4 horas, 21 minutos. Realizado dentro del tiempo.
- Programa de Gestión documental. (PGD). Aprobado según el acta N.002 de 2017 por el

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	5 of 6

Comité Interno de archivos. Contiene cronograma de implementación PGD.

- Calendario de transferencia anual. DE-TICS-048. V. 0.
- Plan Institucional de archivos (PINAR).
- Planes de mejoramiento. (Procesos)- MECI. Como resultado de auditorías y control interno-autoevaluación de la gestión.
- Cronograma de transferencias 2018. DE-TICS-048. V. 10.
- Formato único Documental. FO-TICS-122. V.6. Muestra: Inclusión Social, seguridad alimentaria. Se evidencia el registro en la base de datos en Excel.
- Comité Interno de archivo. Decreto 1164 de 2016.
- TRD, aprobada por el Comité Interno de archivo. Acuerdo N.002 de la Gobernación de Antioquia el 6 de abril de 2018. Se evidencia publicación en la página web del Municipio.
- Gestión de las comunicaciones: La correspondencia es gestionada en la plataforma Mercurio. Muestras verificadas: Solicitud N. **201810181439**, junio 21.  
**N. 201830195458**, derecho de petición, julio 18. **N.201810208552**, 6 de julio corresponde a una solicitud del juzgado de ejecuciones penales y medios de seguridad. Se encuentra en trámite la respuesta y se encuentra dentro del tiempo. **N. 201830209935**, abril 27 de 2018, corresponde a una petición. Se visita el área de radicación de correspondencia.
- Visita al archivo: Se verifica los registros de temperatura y la humedad correspondiente al mes de julio, encuentra dentro de los rangos normales.
- Visita al centro de monitoreo centro de datos: **Proveedor UNE**, sexto Piso. Entrevistado: Harold Sánchez, Analista. Se hace monitoreo en vivo, **Ak.15. IP N.10.2.026**, se envía un pin. UPS y aires acondicionados (AA-STULZ-1 y AA- STULZ-2) funcionan normal. Se monitorea la temperatura: 20.5 y 20.9 grados, dentro del rango normal. Se evidencia monitoreo de cámaras y correos electrónicos y el portal para verificar cómo se encuentra el canal, se encuentra normal. Línea 5000- desde las 6 de la tarde hasta las 6 de la mañana, especialmente para inspecciones de Policía y bloqueo de correos. Se evidencia la planilla monitoreo de servicios plataforma de telecomunicaciones del 23 de julio a las 10:34 a.m., este proceso se hace cada hora y media. Se verifica el monitoreo de los estados de las solicitudes, la herramienta tiene la posibilidad de enviar la notificación de vencimientos de requerimiento al especialista asignado del caso y al líder del grupo.

#### Indicadores:

Disponibilidad de la Plataforma tecnológica. Mensual. Meta: 99.70%, línea base: 99.60%. Resultado a junio 99.9%. Se analiza resultado y se muestra tendencia. El comportamiento ha sido positivo.

Efectividad atención servicios. Mensual. Meta: 96%, línea base: 92%. Resultado a junio: 95.51%. El resultado mejoró con respecto al mes de junio. Se analiza tendencias.

Transferencias documentales realizadas. Anual. Meta: 100%, línea base 95%. Para el año 2017 el resultado fue del 103%. Se analiza tendencias respecto al año 2016.

**Acciones correctivas y de mejora:** Se realiza el siguiente muestreo: Acción N.2175, del 22 de junio, continúa abierta. Revisadas igualmente las acciones Nos. 2176, 2177, 2178. Se realiza análisis de causa utilizando la técnica de los tres por qué y se definen las acciones.

**Riesgos:** Se toman como muestra los siguientes riesgos:

Colapso telecomunicaciones TICS- Interrupción parcial o total de la interconexión de sistemas informáticos de la plataforma tecnológica de la Alcaldía de Medellín operada por la Subsecretaría de Tecnología de Información. Se identifican controles: Enlaces redundantes, contratos de soporte y actualización, normas y equipos de protección eléctrica. El seguimiento se hace con periodicidad cuatrimestral.

Fallas de hardware. Defecto que puede presentarse en los equipos de un sistema informático que impide su buen funcionamiento y su disponibilidad para los procesos automatizados en la Alcaldía de Medellín. Riesgo materializado, documentaron la acción correctiva N. 2152 de abril 17 de 2018. Se analiza la causa raíz y se determina plan de acción, el cual se encuentra en curso. Estado:

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	6 of 6

Abierta.

**Fortalezas:**

- La implementación de la firma digital y comunicaciones digitales tanto internas como externas a través de correo electrónico, que ha permitido agilizar los procesos obteniendo resultados más prácticos e inmediatos.
- Aprovechamiento de los talentos internos para darle cumplimiento al PETI, de esta manera se optimiza el recurso y se fortalecen las metodologías orientadas a la gestión del conocimiento y la innovación.
- El Data-center, con su adecuada condición de seguridad a través de contraseñas para su ingreso, incluye refrigeración constante del ambiente. Cuenta con buen sistema de seguridad que protegen la información y los equipos instalados.
- La gestión de préstamos de archivo a través del centro compartido arrojando un número de consecutivo de radicación, permitiendo de esa manera realizar seguimiento al documento.
- Implementación de la Política “Cero Papel” para reducir las transferencias, garantizando la eficiencia administrativa y el fortalecimiento de los impactos en favor del ambiente. Lo anterior, acorde a los lineamientos de la política de “Cero Papel” en la Administración pública.
- Índice de Gobierno abierto de la Procuraduría General de la Nación, permitiendo ocupar el primer lugar en Gestión Documental entre 1.101 municipios a nivel nacional durante el año 2017.
- La nueva plataforma NAS que contiene políticas de almacenamiento de la información, permitiendo la retención del conocimiento.

**Oportunidad de mejora:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	10.2	<b>Tecnología de la Información y las Comunicaciones.</b>	Fortalecer el análisis de causa raíz definido para las acciones correctivas, dado que se evidenció debilidad en la acción correctiva N. 2178 generada por auditoría Interna y cerrada el 18 de julio; de esta manera se asegura la ejecución de acciones apropiadas que conduzcan a eliminación de la causa identificada, dando cumplimiento al numeral 10.2 de la norma ISO 9001:2015.	CAM, piso 1

**Conclusión:** El Proceso gestiona adecuadamente el Plan Estratégico de Tecnología de la información PETI, manteniendo la infraestructura tecnológica adecuada y disponible para la operación de los Procesos del Municipio de Medellín.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO N. 2: GESTION DE LA SEGURIDAD. Participantes:** Vanessa Ibáñez, Subsecretaria de planeación de la seguridad. Augusto Martínez, Líder de proyecto. Andrés Felipe Tobón Villada, Aura María Travesero Fernández, Mateo González Benítez Claudia Patricia Álvarez, Líder de Programa, Dora María Álvarez, Profesional Universitaria. Sirley Omaira Lozano Díaz.

**Requisitos aplicables:** 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.2, 9.3, 10.

**Documentos revisados:**

- Caracterización del proceso CA-GESE-001 V. 11.

**Evidencias verificadas:**

- Política de seguridad, el PISC y el Presupuesto, como herramienta de planeación de sus actividades.
- Plan de acción. Se definen los proyectos con los cuales se va a dar cumplimiento durante el cuatrienio 2016 – 2019. Se realiza seguimiento trimestral.
- Informe de gestión subsecretaria de planeación de seguridad, se hace seguimiento al avance de los indicadores de los productos de cada proyecto, cuando no se cumplen las metas se generan alarmas para la subsecretaria respectiva. Los proyectos son financiados por medio del Fondo de seguridad territorial FONSET y se basan en el Protocolo para la presentación de proyectos.

Proyecto: Diseño e implementación de instrumentos de territorialidad. Fortalecimiento y posicionamiento del sistema de información para la seguridad y la convivencia. Proyecto 160195 Fortalecimiento de las Instituciones de Seguridad y Justicia.

- Se reciben los proyectos de las entidades cada año. La interacción es por medio de los estrategias designados por la secretaria quienes se encargan de apadrinar cada entidad y vigilan el cumplimiento de los proyectos. Se tienen 9 entidades planeadas y se han aprobado proyectos para 8 entidades.
- Se notifica que el ICBF no va a presentar proyectos para este año y no está dentro del presupuesto, pero no ha sido ajustada la cantidad de entidades.
- Se verifica el proyecto presentado por el Ejército Nacional en abril de 2018, para la jornada especial de reclutamiento que se lleva en tres jornadas y se verifica la jornada realizada en abril de 2018.
- En la lista de chequeo de viabilización se tiene un no cumple en relación entre proyecto, PISC, actividades asignadas al organismo en el plan operativo, indicadores y bienes o servicios. Anexo 1. Observaciones a proyecto FONSET. No se encuentra en la carpeta.
- Se viabiliza el proyecto en comité del FONSET del 8 de mayo de 2018, aunque en abril se prestó logística para la jornada solicitada.

Proyecto 160170: Fortalecimiento del gobierno local y recuperación de confianza en la institucionalidad.

- Se mide por la ejecución de los consejos de convivencia y de comités locales de gobierno, se tienen planeados 264 comités de cada uno para el año y con corte a marzo de 2018 se han ejecutado 73 de convivencia y 68 comités locales de gobierno.

**Indicadores:**

Número de mesas de seguimiento al Plan Integral de Seguridad y Convivencia PISC: Meta 10, se tienen 10 ejecutadas en el primer semestre de 2018, se cumple la meta.

% de asistencia de los Organismos de Seguridad y Justicia a las Mesas de seguimiento al PISC: Meta 80%. El cumplimiento para el primer semestre de 2018 fue de 80.98% de eficacia.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	8 of 6



% de implementación de los Instrumentos de Territorialización: Meta 65, logro 65 al cierre de junio de 2018.

% intervenciones especiales realizadas: Meta 20, resultado 20 intervenciones especiales. En todos los indicadores se analizan los resultados.

**Riesgos:**

Se hace seguimiento a los siguientes riesgos:

Desacierto 1: posible equivocación en la planificación de la política de seguridad

Desacierto 2: posible desarticulación y falta de coordinación de los organismos de seguridad y justicia.

Incumplimiento 1: Posible incumplimiento en los planes de intervención integral seguridad.

Incumplimiento 2: Posible incumplimiento en la atención de los requerimientos de los organismos de seguridad y justicia.

Corrupción: Peculado y Cohecho.

La matriz de riesgos se tiene actualizada a marzo de 2018 y en ella se encuentran 7 riesgos: 4 administrativos y 3 de corrupción.

**Fortalezas:**

- La trazabilidad de los documentos, que permite tener un acceso rápido y oportuno para hacer un seguimiento efectivo a la implementación de los controles y a los proyectos
- El seguimiento a los planes de acción que se tienen en curso, con lo cual se puede demostrar la mejora continua del proceso.
- El centro de control donde se articulan todas las entidades de atención de emergencias, que permiten tener una reacción rápida, un monitoreo constante y conservar la información pertinente para una actuación oportuna de la entidad.

**Conclusión:** El proceso ha incorporado mejoras en su gestión y se mantiene adecuado para dar respuesta a lo definido en la entidad y los requisitos de las partes interesadas con las cuales interactúa. El proceso está adelantando Proyectos en las áreas de Tecnología, Infraestructura, Política pública y convivencia.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO N. 3: INFRAESTRUCTURA FISICA. Participantes:** Paula Andrea Palacio, secretaria de infraestructura. William Buitrago, Líder de Programa Unidad de Planeación y prospectiva. Sergio Alberto Cuervo Montoya, Subsecretario. Silvia Elena Gómez, Subsecretaria de Planeación de la Infraestructura. Hernán Dairo Gómez Marín, Líder de Programa. Claudia Patricia Cuartas, Directora Técnica. Julio César Corral, Profesional Universitario. Laura González Giraldo, Profesional Universitario, Secretaría de Gestión Humana. Alejandro Arcila Arango, Profesional Universitario Equipo de Planeación. Luz Stella Correa Aramburo, Profesional Universitario.

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.5.3; 8.3.1; 8.3.2; 8.3.3; 8.3.4; 8.3.5; 8.3.6; 9.1.3; 10.1; 10.2; 10.3.

**Documentos Revisados:**

- Caracterización CA INFI-001. V. 11.
- Procedimiento ejecución de obra pública. PR-INFI-003. V.1.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	9 of 6

**Evidencias verificadas:**

Proyecto una Ciudad más Verde para Vos- Corredores verdes. Empresa de desarrollo urbano EDU. N.4600072172 de 2017. Avenida Oriental. Son 2.3 kilómetros de longitud, dividido en tres tramos.

- Planos corredores viales, planeación estratégica corredores. Lista de chequeo, DE-ADQU-002. V.5.
- Estudios previos. FO-ADQU-001. V. 3.
- Disponibilidad presupuestal N.4000089787 del 15 agosto de 2017.
- Análisis del sector económico contratación directa y régimen especial. FO-ADQU-129. V. 1.
- Matriz de riesgos en la Contratación.
- Acto de justificación contratación directa. FO-ADQU-009. V. 3.
- Análisis de necesidades. FO-INFI-008. V. 1. N. de necesidad: 33801.
- Prefactibilidad fase I. FO-INFI-017. V. 2.
- Infi factibilidad fase II. FO-INFI-021. V.2.
- Estudio de detalles fase II. FO-INFI-020. V. 1.
- Se evidencia ficha EBI. Metodología DMA V.6. Código de Banco de Proyectos N. 160163. Viabilidad.
- Planos aprobados el 10 de octubre de 2017 firmados por el arquitecto de Planeación.
- Informe mensual por parte de la EDU, correspondiente al mes de enero de 2018. Contiene: Ejecución del convenio por componentes, presupuesto actualizado por componentes, avance del 81%, relación de movimientos financieros, relación de planillas de seguridad social del personal vinculado, informe técnico y anexos. Contiene también el porcentaje ejecutado por corredor. Este contrato se termina en diciembre 13 de 2018.  
Informes de supervisión: Se toma como muestra los informes de noviembre y diciembre de 2017. Se revisa lo correspondiente al avance de los tres tramos de la Avenida Oriental. Al cierre del mes de diciembre el avance fue del 36.78% y una ejecución financiera del 7.71%.

Proyecto: Contrato Interadministrativo construcción e interventoría del espacio público en el Centro de Medellín, corredor La Playa. Alcance: Avenida Oriental y Galería Bolívar.

- Planos. Recuperación del espacio público entregados por el contratista EDU.
- Lista de chequeo.
- Estudio previo.
- Disponibilidad presupuestal. N. 4000086591
- Informes de supervisión.
- Informes de ejecución de contratista EDU correspondientes a los meses de enero y febrero de 2018.

**Indicadores:**

Espacio público construido. Meta: 81.357 M2 construidos. Resultado: 98.107. Se cumple la meta.  
Cumplimiento de construcción: Anual. Cumple con el 0.77. Meta: 1. Se documenta acción correctiva N. 2165.

Diseño de espacio público para la movilidad peatonal. Meta: 460.200 M2. Resultado: 392.484. Documentaron la acción correctiva N.2161. Se analizan resultados.

**Acciones correctivas y de mejora:**

Son documentadas por resultados de indicadores y por autoevaluación de riesgos. Se toman las siguientes muestras para ser evaluadas:

Acción correctiva N.2206. Julio 17 de 2018. Por materialización del riesgo demora en el proyecto JVE09, comuna 9. Se analiza la causa raíz. Y se determina plan de acción: Realizar acuerdo de mesas de trabajo con los entes centralizados y descentralizados con los cuales la secretaría Interactúa en la obtención de permisos y aprobaciones relacionadas con la ejecución de

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	10 of 6

proyectos. Consolidar un documento lineamientos de manejo frente a trámites y procedimientos. Se encuentra en estado abierta, en curso el plan de acción.

Acciones correctivas Nos. 2166 y la N.2165, documentadas por resultados de indicadores; se encuentran en estado abiertas y en ejecución sus planes de acción.

**Riesgos:** Se toman como muestra los siguientes riesgos:

Desacierto. Equivocación en la toma de decisiones frente a cambios modificaciones, metas o planes de trabajo en los Proyectos. Rara vez. Existen filtros. No se ha materializado.

Corrupción: Cohecho. Control preventivo. Gestionar socialización relacionada con los delitos contemplados en el código único disciplinario, para el personal involucrado en el Proceso. No se ha materializado.

**Salidas no conformes:**

Fortalecieron el documento: Ficha de salida producto. DE-INFI 007. V. 5. Para el diseño y para la construcción. Diseños y/o infraestructura física de uso público generada, mejorada o restituida. Se identifica el tratamiento y responsables del tratamiento. No se han presentado salidas no conformes.

**Fortalezas:**

La publicación en redes sociales sobre el avance de las obras, permite que se consolide la cultura de la información entre el Municipio de Medellín y la ciudadanía.

- La matriz de salida del producto separando el producto de diseño y el producto de construcción, lo cual permite que el producto del diseño no se amarre a la Construcción y permita hacer gestión para la obtención de recursos.

**Oportunidades de mejora:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	8.1	Infraestructura Física.	Realizar la planeación de los proyectos considerando los tiempos que tardan en el desarrollo de los trámites y permisos con terceros; de esta manera se asegura el cumplimiento en la ejecución y al numeral 8.1 de la norma ISO 9001:2015.	CAM, Piso 9.

**Conclusión:** Las actividades desarrolladas en el Proceso se encuentran relacionadas con tres (3) componentes del Plan de Desarrollo. Importante: los corredores verdes que aporta a la Sostenibilidad ambiental, Cien parques para vos, Intervención del centro de Medellín, Proyectos de espacio Público y rehabilitación de la malla vial. Los Proyectos evaluados durante la auditoría cuentan con controles adecuados y planes de seguimiento a través de los procesos internos de supervisión e interventoría.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO N. 4: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO. Participantes:** Natalia Andrea Ramírez Ángel, Secretaria de Despacho Gestión Humana y Servicio al Ciudadano. Ana Catalina Ochoa Yepes, Directora DAP. Orlando de Jesús Uribe Villa, Secretario de Hacienda. Oscar Andrés Cardona Cadavid, Subsecretaria de Presupuesto y Gestión Financiera. Norman Mejía Suárez, Subdirectora de Información y Evaluación Estratégica. Claudia Andrea García Loboguerrero, Subdirectora de Planeación Territorial y Estratégica de Ciudad. Alejandro Osorio Carmona, Subdirector Administrativo. Rodrigo Toro Londoño, Líder de Programa Unidad Seguimiento al Plan de Desarrollo. Oscar Hernán Calderón Gálvez, Líder de Proyecto. Miriam Gómez Amaya, Líder de Programa. Claudia Elena Hincapié, Líder de Programa, Ana María Mejía Mejía, Subsecretaría de Desarrollo Institucional. José Alejandro Acevedo Mesa, Líder Planeación Organizacional.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	11 of 6

Rodrigo Loaiza García, Líder de Programa.

**Requisitos aplicables:** 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.4, 7.5, 9.1, 9.2, 9.3, 10.

**Documentos revisados:**

- Caracterización del proceso CA-DIES-002. V. 6.
- Decreto 1497 de 2017. Implementación MIPIG, V. 2.

**Evidencias verificadas:**

- Contexto de la organización: Se empleó como herramienta para determinar el contexto la matriz DOFA y el Estudio Técnico de Modernización donde se consideraron el entorno social, entorno económico, entorno tecnológico, entorno político en el año 2012 y se actualizó en el año 2016 y como resultado del estudio se generó la modernización del municipio involucrando una reestructuración de su funcionamiento. Dentro de la planeación de actividades, para el mes de septiembre se prevé finalizar la actualización del contexto de la entidad.
- Necesidades y expectativas de partes interesadas: En la elaboración del Plan de Desarrollo Municipal, se realizó acercamiento con las partes interesadas tales como comunidades (16 comunas 5 corregimientos), se consolidó la información de las PQR y se tuvo en cuenta el POT del municipio que fue concertado con los diferentes gremios atendiendo sus necesidades y expectativas. En cada proceso se tienen definidas las interacciones con partes interesadas tanto internas como externas.
- Política: La política de la entidad se encuentra vigente desde mayo de 2016, y se divulga por medio de la intranet, carteleras y boletín al día que se emite cada dos días. Se destaca en la política el principio de transparencia el cual se aplica y comunica en la entidad por algunos medios tales como la feria de la transparencia en el 2017 y la publicación de datos en la página web.
- Objetivos de Calidad: La entidad cuenta con una metodología para la generación de los objetivos del Sistema de Gestión, pero aún no ha determinado las acciones para el logro de los mismos, por ejemplo: para el objetivo de mejorar la calidad, transparencia y satisfacción social, no se han definido acciones y el mismo se mide con los índices de: Índice de Transparencia, que no se ha medido; tramites y servicios, meta 90% no se ha cumplido; satisfacción ciudadana, por medio de la encuesta de percepción programas bandera y el índice multidimensional de condiciones de vida.
- Ordenamiento Territorial: Se verifica el POT, mediante el acuerdo 48 de 2014 el cual se encuentra vigente por 12 años. Dentro de las actividades se tiene la definición de instrumentos, que es la tarea a 4 años y el Sistema de seguimiento y medición en construcción. El DAP se encarga del seguimiento por medio de indicadores que se reportan en fichas metodológicas. Se han presentado dos informes y se verifica el correspondiente al 2018. Se verifican los informes de:
- Programa de ejecución POT del 2018, se lleva medición de los indicadores y su alineación con el plan de desarrollo. Se hace seguimiento al proyecto 34 que no cuenta con formulación de indicador ni plazo de cumplimiento, el cual aparece con la misma condición en el informe de Gestión del Plan de Desarrollo

**Indicadores:**

Índice de desempeño institucional: 76.7, se ubica en el quintil 5. Desempeño óptimo

Índice de desempeño municipal :(índice de desempeño integral medido por el DNP)

Índice de capacidad de soporte: Mide parámetros del POT como movilidad, habitabilidad, densidad.

Cumplimiento y avance plan de desarrollo: Avance físico 45%, cumplimiento 91%. El avance se mide por dimensiones del PDM.

Índice multidimensional de condiciones de vida.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	12 of 6

Índice de pobreza de monetaria extrema.

% de aumento anual del PIB.

**Indicadores financieros de acuerdo a los requeridos en la legislación:**

Cumplimiento Ley 617 de 2000.

Solvencia ley 358 de 1997.

Sostenibilidad ley 358 de 1997.

Sostenibilidad ley 819 de 2003.

**Riesgos y oportunidades:**

Desacierto 1: Es moderado, se materializó en abril de 2018, se generaron acciones y se tiene definido plan de contingencias. Pendiente actualización de la probabilidad.

Riesgos de gestión: Incumplimiento legal: Es alto, se tienen definidos controles y a la fecha no se ha materializado.

Riesgo de corrupción: Posible uso indebido de un servidor o servidora público en proyecto público o de un tercero, es alto y las acciones de prevención han contenido su materialización.

**Oportunidades:**

Oportunidad No. 735: Realizar ejercicio de planeación estratégica. Ajustarlo al contexto actual, se encuentra en curso y se prevé su culminación para el mes de junio de 2019.

**No conformidad:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	6.2.2	Direccionamiento Estratégico	La entidad no ha definido acciones para el logro de sus objetivos. <u>Evidencias:</u> Por ejemplo, para el objetivo de mejorar la calidad, transparencia y satisfacción social, no se ha determinado el qué se va a hacer ni la forma de medir los resultados, el mismo tiene definido como índice de medición el índice de transparencia el cual a la fecha no se ha medido. Lo mismo ocurre con los objetivos de Mantener y mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad del SIG, mejorar la gestión organizacional a través del desempeño óptimo de los servidores resultado del desarrollo de las competencias laborales y establecer el cumplimiento del mantenimiento preventivo en los equipos de medición y/o apoyo. Se incumple el requisito 6.2.2 de la norma ISO 9001:2015 que requiere planificar cómo lograr sus objetivos de calidad.	CAM

**Oportunidad de mejora:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	6.1	Direccionamiento Estratégico	Actualizar oportunamente la probabilidad del riesgo de desacierto que se materializó desde abril de 2018 y aún no se ha re-evaluado, con el fin de mantener actualizada la información y generar acciones oportunas. De esta manera damos cumplimiento al requisito 6.1 de la norma ISO 9001:2015.	CAM

**Conclusión:** El proceso viene desarrollando de forma adecuada el control necesario para que el Sistema de Gestión se mantenga y mejore en la entidad y cumple con su misión. Se planifica, se gestiona y se hace seguimiento al Plan de Desarrollo Integral del Municipio. Se desarrolló el Marco Estratégico Institucional y el Sistema de Gestión se compone por 27 procesos.

**Como resultado de la evaluación de los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015, se identifica un hallazgo de no conformidad menor relacionada con el requisito 6.2. Los demás requisitos se encuentran conformes.**

**PROCESO N. 5: CATASTRO. Participantes:** José Nicolás Duque Ossa, Secretario de Despacho. Juan Carlos Gómez, Líder de Programa. Henry Hurtado, Líder de Proyecto. Carlos Francisco Rojas, Líder de programa Avalúo. Hernán González, Líder de Programa Cartografía. Carlos Bairon García, Líder de Programa estatificación y nomenclatura. José Valencia, Profesional Universitario. Jhon Freddy Zuluaga, Líder Administrativo. Laura González, enlace Gestión Humana. Luisa Fernanda Sánchez, Contratista. Joslin Brand, Contratista. María Fernanda Gil, Contratista. Herg Grisales, Líder Programa apoyo jurídico. Martha lucia Aguilar, Líder equipo mutaciones. Juan Pablo Varelo Vélez, Coordinador de conservación Catastral. Julián Andrés Castillo, analista de datos. Nancy María Amaya Jaramillo, líder equipo de mutaciones. Jaime Berrío, Líder Programa Unidad conservación.

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.5.3; 8.1; 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3; 8.5.4; 8.5.5; 8.5.6; 8.6; 8.7; 9.1.1; 9.1.3; 9.2; 9.3 10.1; 10.2; 10.3.

**Documentos revisados:**

- Caracterización CA-CATA-004. V. 9.
- Procedimiento cambio de datos de propietario o poseedor. PR-CATA-065. V.1.

**Evidencias verificadas:**

- Entrevistada: Luz Helena Restrepo, Digitadora. Se revisan en SAP los trámites de cambio de posesiones o propietarios correspondientes a la semana del 16 al 19 de julio. Radicado: **N.1201800524010** del 19 de julio: compraventas registradas, cambio de propietario. Respuesta generada el 23 de julio.
- Entrevistada: Margarita Salazar Mejía, Técnica Administrativa. **N.1201800524107**. Cambio de propietario. Se verifica en tiempo real todo el proceso. Contiene: Antecedentes policía. Transacción ZCA 408, datos del propietario. ZFICA 25, verificar datos completos, dirección de cobro. ZCA 403, se hace el cambio en el sistema a la nueva propietaria. Se genera la respuesta en el sistema mercurio con oficio N. 201830200344 el 24 de julio. Se registra el envío en el sistema mercurio. Se evidencia todo el ejercicio del procedimiento en el sistema, encontrándose conforme.
- Ficha de producto no conforme. DE-CATA-005.
- Informe seguimiento a trámites correspondiente al año 2018. Contiene Informes por mes. Se hace seguimiento a los trámites de cada persona, comparativo respecto al año 2017, se detallan trámites por equipos de trabajo, se analizan los trámites pendientes desde el año 2013 y la cantidad de trámites por usuario.

**Indicadores:**

**Porcentaje de los predios de la base de datos catastral.** Se establece la medición con frecuencia anual. Meta y tolerancia inferior: 95%. Resultado: 89.97% al cierre del año 2017. Se documenta la acción de mejora N.2134, se indica allí la preparación realizada a las plataformas para el proceso de actualización catastral, acorde con la Resolución 70 de 2011. A la espera de la decisión de ejecutar el proceso.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	14 of 6

**Integridad de la información catastral.** La medición de este indicador es con frecuencia semestral. Meta: 95 y 100% tolerancia superior. Resultado: 98.45%, indicando la depuración adecuada de la base de datos. Se analizan tendencias.

**Acciones correctivas y de mejora:** Son tomadas como muestra para ser evaluadas las siguientes:

**Acción de mejora. N.148.** Originada por auditoría Interna, documentada el 29 de junio de 2018. Se evidencia seguimiento y se encuentra en estado abierta.

**Acción correctiva N.1930.** Originada por la materialización del riesgo de Demora, documentada en diciembre de 2017. Se evidencia plan de acción y seguimientos. Las acciones fueron eficaces y se genera cierre efectivo.

**Riesgos:** Son analizados los siguientes riesgos:

**Error** o equivocación en la digitación de la información catastral en los sistemas de información o en los documentos que se digitan en forma manual según las normas establecidas. Se evidencia seguimiento. Pasa el 5%. Permitido.

**Demora** en los tiempos de respuesta a las solicitudes catastrales presentadas por los contribuyentes. Se evidencia controles preventivos identificados.

**Salidas no conformes:** Ficha de producto. Se hace una mejora en el diseño del producto no conforme, acorde a una nueva metodología. Miden el indicador de Producto no conforme por errores y devoluciones. Se está haciendo un plan piloto, el cual se encuentra en etapa de maduración. Se han hecho capacitaciones a todo el equipo por parte del Líder del proceso y se hacen cortes comparativos cada 15 días.

Se han presentado 811 devoluciones en el 2 trimestre (abril, mayo y junio). Se evidencia análisis de causa y acciones de mejoramiento. Se establecen buenos controles para lograr que los actos administrativos sean entendibles y claros para el usuario.

**Fortalezas:**

- El tratamiento del producto no conforme y su plan piloto en la plataforma SAP con el involucramiento de los servidores los cuales fueron capacitados, de esta manera se garantiza el control y tratamiento de las salidas no conformes relacionadas con los trámites y solicitudes presentadas por los ciudadanos.
- Los seguimientos adecuados a la gestión de los trámites a través de la plataforma, son reflejados en la mejora en los tiempos de respuesta.
- El manejo de trámites en línea, permite que los ciudadanos obtengan un servicio más eficiente y tiempos de respuesta cortos.
- Las mejoras desarrolladas en el despliegue de datos en el sistema SAP para la generación de Actos Administrativos, posibilita la disminución del riesgo de errores y la contribución al ahorro de papel.
- La reubicación de las oficinas en la nueva sede, permite la concentración de esfuerzos y de recursos encaminados a la mejora y comodidad en la prestación del servicio a los ciudadanos.
- La comunicación con el ciudadano a través del portal web, que le permite descargar la información de manera gratuita, realizar consultas sobre información catastral y orientación tecnológica, permitiendo la simplificación de trámites y la descongestión de las taquillas de atención.
- La aplicación APP, que le permite a los ciudadanos descargar los certificados catastrales en línea, lo que ha permitido un ahorro para los usuarios en filas, traslados y el valor de los certificados. Desde el mes de junio ha sido utilizada por 70 usuarios.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	15 of 6

### Oportunidades de mejora:

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	7.5.3.1	Catastro.	Considerar la posibilidad de realizar el escáner de los documentos de ingreso y de salida para subirlos a la plataforma Mercurio, de esta manera se agilizan los trámites y se facilita el control y la disponibilidad de la información. Dando cumplimiento al requisito 7.5.3.1 de la norma ISO 9001:2015.	Edificio Comfama Carrera 45 49A-16
2	8.5.1	Catastro.	Asegurar el cumplimiento de la actualización catastral acorde con la Resolución 70 de 2011 del Instituto Geográfico Agustín Codazzi, con lo cual se garantiza el manejo eficiente y eficaz de la información y la confiabilidad para el usuario y el cumplimiento al requisito 8.5.1 de la norma ISO 9001:2015.	Edificio Comfama Carrera 45 49A-16

**Conclusión:** En la evaluación general del proceso se destaca que en página web de la Alcaldía se pueden descargar los diferentes certificados catastrales como: certificado de poseedor y no poseedor de bienes, ficha catastral predio, ficha catastral lote, plano predial catastral, certificado nomenclatura predio y certificado nomenclatura lote. Los ciudadanos han accedido gratuitamente en tiempo real y eso ha descongestionado las oficinas. Se tiene proyectado a futuro enviar las notificaciones de manera electrónica.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO N. 6: EVALUACION Y MEJORA:** Participantes: Juan David Calle Tobón, Secretario de Despacho. Natalia Andrea Ramírez Ángel, Secretaria de Despacho. Ana María Mejía Mejía, Subsecretaria de Despacho. Dora Elena González Osorio, Profesional Universitario. Luz Marina Palacio Restrepo, Subsecretaria de Despacho. José Alejandro Acevedo Mesa, Líder de Programa. José Ignacio Restrepo Pérez, Líder de Proyecto. Sandra Patricia García Martínez, Líder de Proyecto.

**Requisitos aplicables:** 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.4, 7.5, 9.1, 9.2, 9.3, 10.

#### Documentos revisados:

- Caracterización del proceso CA-EVME-005 V.7.
- Manual de auditorías internas MA-EVME-003 V. 3.
- Declaración y resolución de impedimentos y recusaciones PR-EVME-019 V. 1.
- Procedimiento auditorías internas de calidad PR-EVME-06 V. 7.
- Protocolo de auditoría interna de calidad IN-EVME-010 V. 3.
- Mejoramiento de competencia y evaluación de auditores internos de calidad. IN-EVME-008, V. 5.

#### Evidencias verificadas:

**Auditorias basadas en riesgos:** Criterios de planificación de las auditorias: Riesgos, expectativas de la alta dirección, estrategias de la entidad, recursos, planes de mejoramiento,

- Plan anual de auditoría, vigencia 2018. Procesos misionales: Educación, Movilidad, Gestión de la Seguridad, Infraestructura Física, Salud. Se decide no incluir como proceso priorizado seguridad y salud porque en ciclos anteriores se habían cubierto varias veces en el año con

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	16 of 6



resultados satisfactorios. Se incluye control urbanístico con priorización baja pero con interés especial por monitoreo y evaluación a las curadurías.

- Comunicación de designación de equipo auditor del 29 de enero de 2018, FO-EVME-047. Se verifica su ejecución.
- Comunicados a las áreas responsables.
- Acta de reunión secretaria de evaluación y control FO-EVME-042.
- Entendimiento de la unidad auditable FO-EVME-041
- Planeación de la auditoria FO-EVME-043.
- Solicitud de información FO-EVME-046
- Informe final FO-EVME-051 de junio de 2018 Auditoria al seguimiento, monitoreo y evaluación a las curadurías – secretaria de gestión y control territorial. Se incluyen observaciones y se recibe el plan de mejoramiento en julio de 2018.
- Informe preliminar de junio de 2018 Auditoria estrategias de acceso y permanencia para los niños, jóvenes y adultos en el servicio educativo del municipio de Medellín.

Se tienen destinadas 6 auditorías especiales las cuales se programan de acuerdo a solicitud de la alta dirección. Se incluye auditoria especial para auxilios funerarios solicitada por un concejal de Medellín a la alcaldía en abril 27 de 2018 y programada para mayo 17 a junio 22.

**Auditorías internas de calidad:**

- Programa de auditoria interna para alcaldía de Medellín año 2018. El programa no refleja los criterios de programación de auditoria requeridos por ISO 9001 tales como resultados de auditorías previas, estado e importancia de procesos y cambios. Se auditan los 27 procesos al menos una vez al año con el equipo de auditores internos de la entidad.
- Muestra verificada: Auditoria al Proceso de Catastro realizada por Jorge Luis Baquero y Gloria Amparo López en el mes de abril de 2018. Se evidencia: Informe de auditoría interna de mayo de 2018, FO-EVME-065.

**Revisión por la dirección:** La Revisión gerencial está a cargo del comité directivo.

Por medio del Decreto 1565 de 2015 se define reunión de comité directivo del sistema de gestión cada 3 meses, en el 2018 se han realizado revisiones en febrero 15 y junio 14.

En la revisión de junio se analizaron los siguientes temas: seguimiento a desempeño de proveedores, desarrollo de informes de gestión FURAG, seguimiento a riesgos. En el acta se consignan las tareas pendientes.

**Acciones Correctivas y de mejora:**

Se lleva Seguimiento al estado de las acciones correctivas y se reporta la estadística de acciones por origen periodo enero 2010 a diciembre de 2016.

Se verifica el Informe estado de acciones correctivas a abril de 2018.

Las acciones correctivas se manejan en el módulo de mejoramiento continuo de la plataforma ISOLUCION. Se verifica el manejo de la acción correctiva del proceso de Tecnología No. 2130 establecida en diciembre de 2017 por evaluación independiente. Se analizan causas con los 3 porqué.

**Oportunidad de mejora:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	9.2	Evaluación y Mejora	Asegurar que el programa de auditoria interna de calidad refleje la aplicación de los criterios de programación de auditoria requeridos por ISO 9001, tales como: resultados de auditorías previas, la importancia de los procesos y cambios que afecten a la organización; de esta manera se puede demostrar mayor cumplimiento con el requisito 9.2 de la norma ISO	CAM, piso 11.

**Conclusión:**

El proceso demuestra un apropiado seguimiento al desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad a través de la Revisión por la Dirección, buscando la mejora continua. El Proceso de auditoría interna se desarrolló de manera planificada demostrando la capacidad que tiene la Entidad para evaluar la conformidad de los requisitos establecidos para la adecuada y oportuna prestación de los servicios al ciudadano y partes interesadas.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO N. 7: SALUD. Participantes:** Clara Luz Trujillo Escobar, Subsecretaria de Salud Pública. Yanneth Castaño Castaño, Subsecretaría Gestión del Acceso. Ángela María Londoño, Directora Técnica. Fabián Ibarra Ruiz, Líder de Programa. Augusto David Giovanni Pasqualotto Vola, Líder de programa. Rita Elena Almanza Payares, Líder de programa. Enrique Antonio Henao Correa, Líder de programa. Vasco Urrea Somni Omaira, Líder de programa. Luis Diego Galeano López, Líder de programa. Horacio Botero Botero, Líder de programa. Lina María Ochoa Mejía, Profesional Universitario. Bibiana María Botero del Rio.

**Requisitos aplicables:** 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.2, 9.3, 10.

**Documentos revisados:**

- Caracterización del proceso. CA-SALU-001. V.5.
- Proyectos 16056 y 160292.
- Procedimiento Vigilancia Epidemiológica. PR-SALU-026. V. 2.
- Procedimiento Vigilancia, Inspección y Control Sanitario. PR-SALU-024. V. 1.

**Evidencias verificadas:**

- Documento ASIS. Análisis de la situación de salud del Municipio de Medellín, el cual se actualiza anualmente. Se verifica el estudio de profundización que abarca las 8 dimensiones y el Plan Municipal de Salud.
- Se lleva trazabilidad de la Estrategia CIGA, desde agosto de 2016, con una meta de 16.000 usuarios mes y 30% de saturación servicios de urgencias.
- Comparativo mes a mes de cada año y se tiene consolidado del 2017, donde se ve reflejada la mejora en la atención.

**Presupuesto participativo:**

- Proyecto 16056: Para las áreas de Salud Visual y Ortodoncia. Las actividades planeadas para el 2017 no se desarrollaron y se continúan en la vigencia 2018.
- Proyecto 160292: Control de los riesgos en salud para establecimientos sanos, seguros y saludables.

**Vigilancia epidemiológica:**

- Se verifica el Proyecto vigilancia epidemiológico para la salud, por medio del Boletín epidemiológico, Comité de vigilancia y Comité de infecciones.
- La Actividad No. 9 del 26 de junio de 2018 cuenta con plan de mejora por análisis de evento de salud pública en el Hospital General de Medellín, se define la metodología, seguimiento de análisis y planes de mejoramiento por Morbilidad materna extrema, sífilis perinatal y ERA, se firma compromisos de la secretaria y de la IPS.

**Vigilancia, inspección y control sanitario:** Se prioriza por sectores: Cárnicos por vencimiento de plazo para cumplimiento de nueva normatividad, educación y hoteles.

- Se verifica la programación del 10 de mayo de 2018. Matriz IVC, se programan las visitas

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	18 of 6

diariamente.

- Se verifica visita a restaurante éxito Laureles por medio de la lista de verificación grandes superficies.

**PQRSD:**

Por la ventanilla de atención al Ciudadano se reciben las PQRSD; adicionalmente se tienen 13 puntos de atención en las casas de gobierno, se ingresa la información al sistema SAC.

Se recibieron 4 quejas en 2017 contra funcionario, a las cuales se les hace seguimiento. Se verifican las siguientes muestras seleccionadas: Caso de marzo de 2017 por no asignación de cita, abril 17 contra odontóloga que no entrega diente extraído y se da respuesta el 3 de mayo, de septiembre de 2017 recibida por correo electrónico, pero sin nombre completo ni identificación, se hace la gestión con la IPS respectiva y se da respuesta al usuario.

Reclamos 2018: Del mes de enero, por negación de afiliación por parte de la EPS Sura, con respuesta por parte de la EPS y trámite completo ante la secretaría.

**Indicadores de gestión:**

PQRS solucionadas, en trámite y pendientes por otra entidad. Se miden las PQRS por SAC.

Eficacia: PQR pendientes por gestión, se cumple la meta a la fecha.

Oportunidad: Se cumple la meta del 90%. En marzo se aumentó a 22 las no oportunas.

**Riesgos:**

Riesgos de gestión:

Se verifica la Matriz de riesgos, en la cual se tiene:

Riesgos Extremos, riesgo por incumplimiento: No realizar aquello a que está delegado. Causa: Demoras en la contratación. Control: Espacios de capacitación.

Riesgo de corrupción, todos están calificados como altos. Controles asociados: Plan de comunicaciones interno, incluir en los entregables las líneas de denuncias.

**Fortalezas:**

- La implementación del Cuadro de seguimiento para vigilancia epidemiológica, lo que garantiza un mejor control de las actividades.
- El aumento de la oportunidad y cobertura de usuarios en la atención de urgencias permite mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y el cumplimiento de la misión del proceso.
- La articulación que se tiene con las demás entidades prestadoras de salud, con la cual se logra mejorar el servicio y tener bajo control la atención de los usuarios.

**Conclusión:**

El proceso se desarrolla de forma controlado y muestra mejoras en los controles ejercidos sobre las entidades que pertenecen a la red de salud del municipio.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO N. 8: MOVILIDAD. Participantes:** María Patricia Zúñiga Subsecretaria Legal. Rafael Acelda, Líder de programa Unidad de cobro coactivo. Martha Jimena Solano, Líder de Proyecto educación vial. Mónica Parra, Directora Técnica. Dora Uribe Restrepo, Líder de Programa Unidad de toxicología. Luis Guillermo Mejía, Líder de control. Juan Camilo Gómez, Gerente de movilidad humana. Luis Carlos Marín, unidad de semáforos. Virginia Echavarría, equipo planeación. Dorys Helene Restrepo, líder de Proyecto. Jhon Jairo González, Líder Unidad de Inspecciones. Diana Patricia Castañeda Hernández, Profesional especializado, Grupo de calidad. Luz Marina Lopera, profesional Universitario. Diana Milena Cárdenas, grupo de calidad. Martha Lucia Suárez, Líder Planeación y prospectiva.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	19 of 6

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.5.3; 8.1; 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3; 8.5.4; 8.5.5; 8.5.6; 8.6; 8.7; 9.1.1; 9.1.3; 9.2; 9.3 10.1; 10.2; 10.3.

**Documentos revisados:**

- Caracterización. V. CA-MOVI-001. V.9.
- Procedimiento acuerdos de pago cobro coactivo. PE- MOVI-035 V.1.
- Reglamento interno de recaudo de cartera del 30 de diciembre de 2014.

**Evidencias verificadas:**

- Informe semanal. Muertos en accidente, heridos en accidente, accidentes solo latas. Se evidencia reducción respecto al año 2017. Se publica en el SIMOV, sitio web de la secretaria.
- Informe de PQR. Control diario de las solicitudes vencidas. A julio 24 hay solo vencidas 66 de un total de 37.692. en el 2017, había vencidas 6.497. En la Secretaría se reciben el 70 al 75%.
- Ficha de salidas de cara al ciudadano código DE-MOVI-020. V.6. Se tiene la primera fase, con una nueva metodología, se hará la segunda fase en el mes de agosto. Se ampliaron las salidas.
- Análisis del producto o servicio no conforme. Se analiza la identificación del informe de toxicología y se encuentra identificados los requisitos que no se cumplieron. Se hace el análisis y tratamiento a los que se presentaron por cada mes. A junio se han presentado 102 informes, que representan el 0.4%.
- Acuerdos de pago: Soportado en el decreto 224 del 2007, modificado por el decreto 2268 del 30 de diciembre de 2014 y acorde al estatuto tributario. Muestras seleccionadas. **N. de solicitud. 060579**, del 24 de julio, se generó el acuerdo de pago N.322412. **Solicitud N.060583**. Se genera acuerdo de pago N. 322415, el 24 de julio, vehículo embargado. **Solicitud N 060570**. Se genera acuerdo de pago **N. 322401**, vehículo embargado. Todos los expedientes evaluados contienen los soportes: liquidación de la deuda, estado de cuenta y fotocopia cédula y se evidencia la existencia en la plataforma QXtránsito, módulo contravenciones. Acorde al procedimiento establecido.
- Informe de gestión Unidad de cobro coactivo correspondiente al mes de junio de 2018. Se revisa especialmente el comportamiento del recaudo, evidenciando el incremento de respecto al año anterior. Manifiestan que este resultado se logra gracias a la política de obviar el codeudor en algunos casos.

**Indicadores.**

- Ciclorrutas diseñadas: Meta 80 KM. Resultado 44.20. Cumplimiento del 55,25% al cierre del mes de junio de 2018.
- Vehículos de transporte público adaptados con discapacidad. Meta: 412. Avance a junio 232 que corresponde al 56%.
- Ciudadanos capacitados en seguridad vial para la movilidad segura. Meta: 600.000. Resultados: 845.182. Resultados a junio de 2018.

**Acciones correctivas o de mejora:** Se seleccionan las siguientes muestras:

**Acción correctiva N. 2196**, del 25 de junio de 2018, producto de auditoría Interna relacionada con SG-SST. Contiene análisis de causas apropiado y el plan de acción se encuentra en ejecución con seguimiento.

**Acciones preventivas Nos. 459 y 457** del 25 de julio del 2018 relacionadas con el mismo tema se SG-SST.

**Riesgos:** Se analiza el riesgo de:

Demora. Se materializó, para lo cual generaron la acción correctiva N.2108.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	20 of 6

**PQRSD:** Se genera reporte diario con corte al 23 de julio, en su mayoría por fotodetección, inspección y cobro coactivo. Se realiza análisis comparativo con el año 2017.

**Salidas no conformes:**

Se diseña el documento “Salidas no conformes de cara al ciudadano”, código:DE-MOVI-020. V.6. Se tiene la primera fase, con una nueva metodología, se hará la segunda fase en el mes de agosto. Se pretende automatizar la Gestión de salidas no conforme.

**Fortalezas:**

- Reducción de la tasa de accidental e implementación de la campaña de comunicación “por ciudadanos como vos”, lo cual generó el reconocimiento Nacional a la Ciudad de Medellín como ganadora del reto nacional por la seguridad vial otorgado por la Agencia Nacional de Seguridad Vial y el Ministerio de Transporte el 25 de julio de 2018.
- Disminución de las PQRSD vencidas, como resultado del fortalecimiento de controles que se ejercen sobre ellas. Esto refleja que a julio 24 de 2018 se encuentren vencidas solo 66 de un total de 37.692 y la disminución en relación con el año 2017 que mostraban 6.497 solicitudes vencidas.
- La política de obviar el codeudor en algunos casos, ha permitido el incremento en el recaudo de cartera de cobro coactivo en relación con los años 2017 y 2016.

**Conclusión:** Luego de la evaluación del Proceso se destaca el mejoramiento en los resultados de la gestión en relación a la visita de auditoría realizada en el 2017; se evidenció fortalecimiento de las actividades de control, verificación y seguimiento en las diferentes actividades que se desarrollan.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO N. 9: ADMINISTRACION DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES.** Participantes: Sergio Gaviria Vásquez, Subsecretario Gestión de Bienes (E). Robeiro Bedoya Ocampo, Líder de Programa. Horacio Gómez López, Profesional Universitario. Eugenio Palacio Roldan, Profesional Universitario. León Darío Pulgarín Mazo, Profesional Universitario. Sandra Milena Yepes Nohava, Técnico Administrativo. Edgar Mario Duque Ramírez, Líder de Programa. Jairo Alberto Henao Correa, Líder de Proyecto. Luz Fanery López Restrepo, Líder de Proyecto.

**Prediación: Carol Cangrejo, Gabriel Antonio Palacio, Avalúo: Edson Colmenares, Georefenciación: Andrés Felipe Escobar.**

**Requisitos aplicables:** 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.2, 9.3, 10.

**Documentos revisados:**

- Caracterización CA-ADMI-001. V. 8.
- Plan de trabajo Bienes Muebles y Seguros, FO-ADMI-092.

**Evidencias verificadas:**

**Bienes muebles:**

- Plan de trabajo bienes muebles y seguros, FO-ADMI-092.
- Solicitud de marcación de bienes muebles FO-ADMI-015 del 7 de mayo de 2018. Las Solicitudes de marcación ingresan por el sistema mercurio, y se verifica la para marcación

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	21 of 6

de una impresora multifuncional, con factura de venta No. 0359 de agosto de 2016 del proveedor Soluciones informáticas.

- Ficha técnica de la visita de junio 18, FO-ADMI-044.
- Formato único para alta de bienes muebles FO-ADMI-014 de junio 18 de 2018. En el formato 014 se incluye marca multifuncional Ricoh con valor de 480.000, factura la multifuncional Ricoh tiene costo de 3'250.000, en el inventario se cargó impresora CANON. La información no coincide, no es coherente ni consistente.
- El registro 014 tiene campos diligenciados a lápiz, No. de inventario 200432065.
- Solicitud de marcación de bienes muebles, FO-ADMI-015 de febrero de 2018.
- Ficha técnica de la visita FO-ADMI-044.
- Formato único para alta de bienes muebles FO-ADMI-014 de marzo 13 de 2018. Para 20 computadores en la IE Ramón Giraldo Ceballos.
- No. de placa 200044843 escultura, asignada a Robeiro Bedoya.
- No. de placa 200424737 plotter cargado en el sistema en diciembre de 2017. Se verifica el acta, la solicitud y la ficha técnica, la factura.
- No. de placa 200421969 computador DELL asignado a Luisa Vergara.

Se verifica la subasta virtual de los bienes que se van a dar de baja y se realiza con el Banco popular.

#### Bienes Inmuebles:

- Plan de trabajo administración: Dentro de las actividades se hace seguimiento a la actualización normativa dado el cambio del decreto actual por la Resolución SSS 201850043580 de junio 14 de 2018. Para la actualización del proceso se instauró la acción de mejora No. 727 a partir de autoevaluación, del 22 de marzo de 2018. Se plantea diagnóstico inicial para la actualización de los documentos del proceso y la aprobación de los mismos con plazo de ejecución a noviembre de 2018.
- Se establecen los Cronogramas de inspección y supervisión y se conserva Informe de inspección de bien inmueble.

#### Inventario:

- Identificación, avalúo, georreferenciación, contabilización. Se verifica la atención de solicitudes por medio del sistema Mercurio y específicamente la solicitud generada por avalúos ingresada en el sistema el 15 de junio de 2018 para la matrícula No. 675848 del predio Sede social Dulazar II. El Coordinador se encarga de asignar las solicitudes al equipo del área, se hace trazabilidad del radicado 201820022508 con radicado de respuesta 201820024307 por consulta de los predios de matrícula 2057667 y 5322780.
- En avalúo se hace seguimiento a la solicitud ABI-21-2018-2016 del predio de matrícula 5207660 con informe de avalúo del 25 de junio de 2018. En Georreferenciación se cuenta con el procedimiento PR-ADMI-79 ver 1 y se trabaja con el sistema ArcGIS.

#### **Riesgos:**

Invasión: riesgo extremo, controles: visita de campo, se controla el estado de los procesos y la base de datos de restitución.

Perdida de información: Controles a través de los préstamos de documentos.\_

Inexactitud. Los controles están relacionados con la utilización estricta de los instrumentos diseñados por el SIG.\_

Demoras en PQR: Riesgo extremo. Medida de control: Designación de responsable.

#### **Riesgos de corrupción:**

Cohecho, Concusión, Prevaricato y Tráfico de influencias. Los controles identificados son adecuados.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	22 of 6

**Peculado:** Socialización de código único disciplinario en tema de buen uso y custodia de los bienes muebles e inmuebles propiedad del Municipio. Se tiene asistencia a capacitación en cuidado de bienes muebles al núcleo de capacitación 923 donde participaron 12 rectores y coordinadores de instituciones educativas en febrero de 2018.

**No conformidad:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	8.5.1	Administración de Bienes Muebles e Inmuebles	Se encontraron inconsistencias en el manejo del inventario de la entidad: <b>Evidencias:</b> En el registro FO-ADMI-014 Formato único para alta de bienes muebles se incluye una impresora de marca multifuncional Ricoh con valor de \$480.000; en la factura la multifuncional Ricoh tiene costo de \$3'250.000 y en el inventario manejado en el sistema SAP con No. de inventario 200432065 se incluye una impresora CANON de valor \$480.000, pero en sitio se envió la multifuncional Ricoh de \$3'250.000. La información no coincide, no es coherente y el registro FO-ADMI-014 tiene campos diligenciados a lápiz. Se incumple el requisito 8.5.1 que requiere que la producción y prestación del servicio incluya la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.	CAM, piso 7.

**Conclusión:**

El proceso muestra incumplimientos parciales y aislados que no comprometen el cumplimiento general de las directrices definidas para el control de los bienes de la entidad.

**Como resultado de la evaluación de los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015, se identifica un hallazgo de no conformidad menor relacionada con el requisito 8.5.1. Los demás requisitos se encuentran conformes.**

**PROCESO N. 10: GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES: Participantes:** Diego Moreno, subdirector. Jaime Enrique Herrera, Líder de Proyecto. Rubén Darío, Ochoa Restrepo, Líder de Proyecto. Jorge Humberto Suarez Zuluaga, Líder de Proyecto. Ana Catalina Sandoval Hernández, Profesional Especializado. Gabriel Sánchez, Profesional Universitario. Adriana Patricia Arango, Líder de programa.

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.5.3; 8.1; 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3; 8.5.4; 8.5.5; 8.5.6; 8.6; 8.7; 9.1.1; 9.1.3; 9.2; 9.3 10.1; 10.2; 10.3.

**Documentos revisados:**

- Caracterización CA-GRDD-001. V. 11.
- Procedimiento activación del equipo técnico. V.1.

**Evidencias verificadas:**

- Plan Municipal de Gestión del riesgo de desastres de Medellín, en cumplimiento del decreto 1240 de 2015, diseñado para el período 2015- 2030. Contiene la identificación de escenarios por zonas incluidos los 5 corregimientos. El DGRD crea el equipo Social para

llevar a las Comunidades el Plan.

- Divulgación del plan. Evidencia: 1. Cronograma social. Informe consolidado primer trimestre y segundo trimestre. Este informe se encuentra en línea y allí las profesionales sociales lo alimenta. 2. Evidencias de la divulgación: Informes toma de ciudad, cronogramas de actividades, listas de asistencias a socialización, año 2017. En el 2018 no se han realizado actividades de socialización, informan que se no se han contratado.
- Se verifica en el software SECAD, **la ficha N.0000069568**, relacionada con el reporte de emergencia. Informa deslizamiento de la vivienda ubicada al lado de la quebrada, en la carrera 44 N.94-13. Creada el 7 de junio de 2018 y recibida por el 123.

**Indicadores:**

Proporción de atenciones realizadas. Solo se tiene medido los meses de enero y febrero.

Proporción de intervenciones de mitigación en zonas de riesgo. Se mide anual al cierre de junio. Manifiestan que no se ha medido porque no existen obras en el período comprendido entre los meses de julio del 2017 a junio de 2018. Argumentan que lo anterior es debido a la centralización de la contratación.

**Riesgos:** Se identifican riesgos de:

Demora: Riesgo materializado, reportado el 16 de mayo de 2018. La demora fue en la elaboración de los informes técnicos, la atención no se realizó en el tiempo estipulado; lo anterior evidenciado en el documento Autoevaluación de riesgos 2018-01. Se documentó la acción correctiva N.2160.

Desacierto. Se evidencia controles asociados y acciones asociadas a la prevención.

**Salidas no conformes: Evidencia:** Ficha de producto o servicio de cara al ciudadano. Se actualiza y se incluyen otros servicios que se prestan a la comunidad. Para el primer semestre de 2018 no se han presentado, se evidencia oficio de reporte al proceso de Desarrollo Institucional el 24 de julio.

**Fortalezas:**

- La creación de instructivos que se asociaron a Isolución, lo que generó transferencia y retención de conocimiento (continuidad en el tiempo).
- El esfuerzo realizado en el la gestión de procesos de capacitación a los bomberos de las diferentes estaciones en relación con las tareas a desarrollar y el diligenciamiento de formatos, para asegurar que se encuentren preparados y entrenados para la atención de emergencias presentadas.
- La integración de las entradas desde el Proceso de Servicio a la Ciudadanía, permite controlar y gestionar los requerimientos de manera más eficaz y eficiente para beneficio de la ciudadanía.
- Portafolio de talleres enfocados a la educación en prevención de desastres, lo que incentiva la cultura de la prevención en las comunidades

**Oportunidades de mejora:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	8.5.1	Gestión del Riesgo de desastres	Fortalecer la gestión de la contratación para la ejecución de proyectos, de esta manera se da cumplimiento a las intervenciones de mitigación en zonas de riesgo y demás actividades que conducen al logro de los objetivos del proceso y el cumplimiento al requisito 8.5.1 de la norma ISO 9001:2015.	Edificio Plaza La Libertad, Piso 16.
2	8.7.1		Invitación a continuar trabajando en los productos de cara al ciudadano, alineados con el riesgo materializado y el fortalecimiento en la documentación de las acciones, lo	Edificio Plaza La Libertad, Piso 16



		<b>Gestión del Riesgo de desastres</b>	anterior asegura que los servicios que se entreguen al ciudadano se encuentren conformes con los requisitos y se cumpla con lo establecido en el numeral 8.7.1 de la norma ISO 9001:2015.	
3	7.5.3.1	<b>Gestión del Riesgo de desastres</b>	Solicitar reinducción en el manejo de la plataforma Isolución, pues se evidenció dificultad en la búsqueda de información lo que generó demora en la ejecución de la auditoría. De esta manera se garantiza la agilidad en los procesos de consulta y el cumplimiento con el numeral 7.5.3.1 de la norma ISO 9001:2015.	<b>Edificio Plaza La Libertad, Piso 16</b>

### No conformidad Menor:

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	9.1.1	<b>Gestión del Riesgo de desastres</b>	No se ha llevado a cabo seguimiento al indicador: "Proporción de atenciones realizadas".  <u>Evidencia:</u> No se ha realizado medición al indicador durante los meses de marzo a junio de 2018. Incumpliendo lo establecido en el numeral 9.1.1 de la norma ISO 9001:2015, que establece que la Organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y conservar la información documentada como evidencia de los resultados.	<b>Edificio Plaza La Libertad, Piso 16</b>

**Conclusión:** La gestión del Proceso se encuentra enfocada hacia el reconocimiento Institucional y el reconocimiento de riesgos. Tiene dos subdivisiones: Bomberos y subdirección de conocimiento y reducción. El reporte de emergencias se hace a través del 123. El Eje articulador CIATA genera alertas tempranas.

**Como resultado de la evaluación de los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015, se identifica un hallazgo de no conformidad menor relacionada con el numeral 9.1.1. Los demás requisitos evaluados se encuentran conformes.**

**SEDE: ESTACIÓN CAMPO VALDÉS: Participantes:** Carlos Enrique Uribe, Cabo y Jefe de estación. Carlos Cartagena, Capitán. William Correa Álvarez, Teniente.

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.5.3; 8.1; 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3; 8.5.4; 8.5.5; 8.5.6; 8.6; 8.7; 9.1.1; 9.1.3; 9.2; 9.3 10.1; 10.2; 10.3.

#### Documentos revisados:

- Procedimiento: Empalme de compañías, novedades.

#### Evidencias verificadas:

- Minuta. Se evidencia las novedades registradas de la compañía B a la C.
- Revisión de equipos y maquinarias. **Evidencias: Dos.** DR8- Desplazamiento rápido. R4-Rescate 4. Para la DR8: Evidencias: FO-GRDD-074. V.4. Se evidencia mes de julio y julio.
- Programación de actividades educativas. Temas: Incendios, rescate y materiales peligrosos. **Evidencias:** Plan anual de formación 2018. Programa anual de formación por meses

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	25 of 6

direccionado a las diferentes estaciones en temas como: Incendios, rescate y entrenamiento.

- Informe plan anual de formación con corte a junio de 2018, estructurado por compañías. Resultados: Línea de incendios: 40%. Línea rescate: 47% y entrenamiento 227%. Acumulado: 78%. El avance del PAF es del 41% a junio de 2018.
- Emergencias atendidas: **Evidencias:** Minuta del guardia. Se evidencia registro del evento movimiento en masa sector de la Torre realizado en el día de hoy 30 de julio atendido por la máquina de rescate 4. Se toma como muestra los consecutivos: **N.2**, colisión de moto con vehículo, del 4 de julio de 2018. **N.21**, Colisión de motocicleta con autobús, julio 27 de 2018. **N.40**, inspección ocular en una quebrada por reporte de un canino caído, julio 21 de 2018. **N 14**, 6 de julio de 2018, persona lesionada. **N.2** del 4 de julio de 2018, colisión moto con vehículo. **N.36**, 18 de julio de 2018, colisión de 2 motos. En todos se evidencia el FURI-Formato único de registro de incidentes.

#### Fortalezas:

- La eficacia en la respuesta de atención a los requerimientos, hace que se fortalezca la percepción relacionada con la credibilidad que tienen los ciudadanos y las comunidades frente a su gestión.
- Las mejoras en los dormitorios para los bomberos y la asignación de lockers para cada uno, mejoró su bienestar y el ambiente laboral.
- Conocimiento y compromiso del equipo de bomberos, reflejado en el buen desempeño, conocimiento y compromiso en el desarrollo de las actividades.

**Conclusión:** En la visita realizada a la sede se hizo la verificación de la eficacia de las actividades relacionadas en plan de acción para la gestión de la no conformidad menor identificada en la auditoría de certificación del año 2017, la cual fue cerrada. Se evidencia mejoras en la gestión de las actividades que se desarrollan en la estación y apropiación de los Procesos por parte de los bomberos.

**Las actividades desarrolladas en la sede se encuentran conformes en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO N. 11: HACIENDA PUBLICA: Participantes:** Orlando Uribe, Secretario de Hacienda. Oscar Cardona, Subsecretario de Presupuesto. Luz Quiroz Jaramillo, Líder de ejecución y seguimiento del Presupuesto. Claudia Helena Hincapié, Presupuesto. Daniel Escobar Subsecretario de Ingresos.

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.5.3; 8.1; 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3; 8.5.4; 8.5.5; 8.5.6; 8.6; 8.7; 9.1.1; 9.1.3; 9.2; 9.3 10.1; 10.2; 10.3

#### Documentos revisados:

- Caracterización CA-HAPU-002. V.5.
- Manual de ejecución y modificación presupuestal. V.5. MA-HAPU-103.

#### Evidencias verificadas:

- Resolución N. 201850024161 de marzo 16 de 2018, la cual establece las fechas para gestionar la información relacionada con el Proyecto de Presupuesto para la vigencia 2019. Anexo Cronograma, límites a gastos generales a las secciones que conforman el presupuesto, comunicaciones de las 24 secretarías dando respuesta a los techos para gastos generales 2019. Hasta ahí va el proceso y se cumple con el cronograma.
- Acuerdo 68 de 2017, el cual aprueba el presupuesto para el año 2018.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	26 of 6

- Informe de ejecución presupuestal de ingresos al mes de mayo de 2018. Ejecución del 50.07%
- Informe de ejecución presupuestal de gastos al mes de junio de 2018. Cumplimiento del 47.98%.
- Comparativo de ingresos y gastos a diciembre de 2017.
- Certificados de disponibilidad presupuestal CDP consultados en el sistema SAP: **N. 93542**, del 29 de junio, Secretaría de Seguridad. **N. 4000093311**, del 14 de junio, Secretaría de Seguridad y Convivencia.
- Registros Presupuestales RP consultados en el sistema SAP: N. **4700052062**, Secretaría de Seguridad y Convivencia, proveedor Enlace 7SAS, fecha de expedición el 13 de junio de 2018. **N.490001111111**, Secretaría de Seguridad y Convivencia del 22 de marzo. **N.4600070217**, Empresa para la seguridad urbana ESU.

**Indicadores:**

Índice de solvencia. Ley 358 de 1997. Año 2017. Resultado 8.9%. a diciembre de 2017, no puede superar el 40%.

Sostenibilidad de Ley 358 de 1997. No puede pasar el 80%. Superávit primario:

Cumplimiento de ley 617 de 2000. Meta los gastos de funcionamiento debe estar por debajo de los ingresos corrientes de libre destinación. Resultado: 36.0%. Disminuyó con relación al 2016, lo cual es positivo.

En todas las mediciones se analizan tendencias desde el 2008.

**Riesgos:** Son identificados 17 Riesgos, actualizados el 12 de julio de 2018. Se revisa acta de reunión de autoevaluación de riesgos Hacienda Pública realizada el 12 de abril de 2018. Han materializados 2 riesgos en tesorería: Demora en cobranzas e inexactitud (actos administrativos erróneos). Se analizan las causas y se documenta las acciones correctivas Nos. 2156 y 2155 el 18 de abril de 2018.

**Fortalezas:**

- El Proceso de transición a las nuevas normas internacionales de contabilidad del sector público NICSP, de esa manera se da cumplimiento al decreto 1137 de 2017 y normatividad vigente, acogiendo a los estándares internacionales de contabilidad.
- Las estrategias y acciones implementadas en el Proceso, permiten el mejoramiento en el recaudo de ingresos y la recuperación de cartera vencida.
- Adecuada programación, elaboración y ejecución del presupuesto, que asegura la capacidad de contratación en concordancia con lo establecido en el Plan de Desarrollo, relacionado con la ejecución de los planes, programas y proyectos para la vigencia fiscal.

**Conclusión:** Se dispone de los recursos necesarios para el mantenimiento y mejora del sistema de gestión de la calidad. Se tienen establecidos canales de comunicación con la ciudadanía para información y ejecución de pagos de los tributos municipales. En la visita realizada al Proceso se hizo la verificación de la eficacia de las actividades relacionadas en plan de acción para la gestión de la no conformidad menor identificada en la auditoría de certificación del año 2017, la cual fue cerrada.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	27 of 6

**PROCESO N. 12: GOBIERNO LOCAL Y CONVIVENCIA:** Participantes: Lina Marcela Calle, Subsecretaria de Gobierno Local y Convivencia. Beatriz Elena Villegas Sierra, Subsecretaria de Despacho. Claudia Patricia Álvarez Pérez, Líder de Programa. Astrid Cecilia Montero Araujo, Líder de Programa. Edgardo Alfonso Bedoya, Líder de Programa. Weimar Velásquez Barrera, Inspector de Policía. Jairo Aníbal Gallego Serna, Inspector de policía. Alba Isabel Pulgarín Rivera, Líder de programa. Ángela Del Pilar Rengifo Guisao, Secretaria. Jeny Ciro Jaramillo, Comisaria de Familia. Olga Inés Arango Gómez, Líder de Programa. Adriana D'Amato Gutiérrez, Contratista.

**Requisitos aplicables:** 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.2, 9.3, 10

**Documentos revisados:**

- Caracterización del Proceso. CA-GOBI-001. V. 7.
- Procedimiento Autorización Temporal para la Ocupación del Espacio Público. PR-GOBI-061. V. 2.
- Procedimiento Control de Publicidad Exterior Visual. PR-GOBI-038. V. 5.

**Evidencias verificadas:**

- Solicitud de servicio FO-GOBI-XXXX, sin fecha (formato en prueba).
- Estudio socioeconómico FO-GOBI-088, V. 3, del 8 de junio de 2018.
- Solicitud revalidación de permiso FO-GOBI-087, 25 de julio de 2018.
- Concepto socioeconómico fecha de visita 8 de junio de 2018. Concepto negativo.
- Informe de retenciones, con solicitud de registro recibido en octubre de 2017 y resolución aprobatoria con vigencia de 5 años.
- Constancia de desmonte de valla publicitaria de febrero 23 de 2018, FO-GOBI-139 Acta de inventario de mercancía y/o elementos a trasladar No. 018340.
- Adicionalmente se verifican listas de asistencia FO-GOBI-103 en manejo de la prueba del 24 de octubre y en debido proceso del 18 de octubre de 2017.

**Oportunidades de mejora:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	10.2.1, Literal b).	Gobierno Local	Profundizar en las evidencias de implementación para el cierre de las acciones de mejora, como es el caso de la Acción de mejora No. 2092 que tiene como actividad "remitir correo a los inspectores de policía con el fin de entrenar a sus equipos de trabajo en los trámites procesales", la acción se cierra con el envío del correo. De esta manera se asegura que se ataca la causa raíz identificada y se puede dar cumplimiento al numeral 10.2.1, literal b.	CAM, piso 3.
2	7.5.2	Gobierno local.	Revisar la redacción de la Actividad 6 del Procedimiento Control de Publicidad Exterior Visual. PR-GOBI-038. V. 5, para evitar confusiones en su aplicación y dar cumplimiento al numeral 7.5.2 de la norma ISO 9001:2015.	CAM, piso 3.

**Conclusión:** El proceso se compone por 22 Comisarías de Familia, 60 Inspecciones de Policía y 5 Casas de Justicia. Se realizan Comités primarios. La Planificación del proceso está de acuerdo a los lineamientos de la nueva ley. Se tiene en curso el Fortalecimiento inspecciones en: adecuaciones, recursos tecnológicos, personal. Se cumplieron las metas al 100%, pendientes 3 inspecciones por intervenir porque no son predios propios. Se tiene meta en el plan de desarrollo, a la fecha se cumple en el consolidado con un 52%. Se verifican la comuna 5: Castilla.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**SEDE: INSPECCION Y COMISARIA BOSTON:** Participantes: Gloria Cecilia Zapata González, Inspectora. Edgardo Alfonso Bedoya, Líder de Programa. Weimar Velásquez Barrera, Inspector de Policía. Jairo Aníbal Gallego Serna, Inspector de Policía. Adriana D'Amato Gutiérrez, Contratista.  
**Requisitos aplicables:** 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.2, 9.3, 10.

**Evidencias verificadas:**

Inspección:

Conciliaciones, contravenciones (comportamientos, urbanismo), querellas.

Se hace seguimiento a los siguientes procesos:

- Expediente 12575-17, con Radicado, constancia, auto de apertura, la ciudadana desistió de la demanda.
- Radicado 2790-17 con auto de apertura de enero de 2017, en los artículos del resuelve se incluye solicitud a Catastro de información sobre propietarios del inmueble, la cual se surtió hasta mayo de 2018.
- Radicado 37518-18, recibo de denuncia el 25 de julio de 2018, se tiene citación emitida la cual se espera enviar el día 27 de julio de 2018.
- Actas de comité primario FO-GOBI-102, mensuales.

Comisaría:

Se hace seguimiento a:

- Expediente 2-10113-18, por violencia intrafamiliar.
- Expediente 2-01471-18, por violencia intrafamiliar, inicio en enero de 2018, audiencia programada para septiembre de 2018.
- Expediente 2-8084-16, inicio en marzo de 2016, fallo en agosto de 2016, seguimiento de marzo de 2017 y de agosto de 2017, envió a ICBF para aplicación de multa en enero de 2018.
- Expediente 2-28592-18.
- Acta de reunión 05 de mayo 18 de 2018 para reunión de grupo primario.

**Fortalezas:**

- El Plan de descongestión que se tiene en curso, con el cual se optimiza el proceso y se mejoran los tiempos de respuesta.
- Las adecuaciones realizadas en las Comisarias e inspecciones, que permiten tener mejores espacios y confort para los funcionarios de la entidad y la ciudadanía.
- El seguimiento dado en la inspección de Boston a cada uno de los expedientes, para asegurar los tiempos de respuesta y que el estado del proceso cumpla con los requisitos.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	29 of 6

**Conclusión:**

El proceso viene incorporando controles adicionales para mantener bajo cumplimiento los procesos legales a cargo, y las adecuaciones de las instalaciones mejoran los niveles de satisfacción de las partes interesadas y aportan positivamente al cumplimiento del proceso.

**Los aspectos evaluados en la sede Inspección y Comisaría Boston, se encuentran conformes en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO N. 13: FORTALECIMIENTO DE LA CIUDADANA.** Participantes: Andrés Felipe Bedoya Rendón, Secretario de Despacho. Ana Lucia Montoya Castro, Subsecretario de Despacho. Julián Ignacio Tamayo Blandón, Subsecretario de Despacho. Ana Lucia Puerta Rendón, Líder de Programa. Diana Patricia Echeverri Salazar, Contratista. Hernando Bulla Forero, Líder de Programa. Gladys Del Socorro Quinceno Acevedo.

**Requisitos aplicables:** 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.2, 9.3, 10.

**Documentos revisados:**

Caracterización del proceso CA-FOCI-001. V. 3.

**Evidencias verificadas:**

**Estrategias:**

1. Formación ciudadana:

- Documento diagnóstico y de necesidades de formación de mayo de 2017.
- Se revisa el Diagnóstico de necesidades formativas 2018, la matriz de priorización, la caracterización del 2017 por medio de fichas de caracterización de la población.
- El Plan de formación 2018-2022 está pendiente de implementación desde agosto 2018. Se hace seguimiento por medio de análisis de incidencia y la matriz de brechas y aciertos.
- Se tiene medición al personal que asiste al 70%, y los cambios alcanzados en al menos una de las capacidades impactadas encontrando cumplimiento de la meta del 70% en la totalidad de los proyectos: Semilleros infantiles, escuelas juveniles, dinamizadores y pares, formación adultos.

2. Participación democrática:

- Presupuesto participativo “Vos Sos”. Se encuentra en etapa de consolidación. El proyecto inició en vigencias anteriores desde 2012. Parte de las actividades se basan en el Decreto 697 de 2017.
- Ruta de planeación de actividades definidas en el PDL – PP, y se dividen 4 fases:

**Fase1:** Diagnóstico por medio de mapa de actores, concertación con las juntas administradoras locales, diálogos sociales, recorridos, encuentros, conformación de los CCP.

**Fase 2:** Ejecución: Jerarquización de proyectos mediante tarjetón de proyectos. En el año 2017 no se logró concertar la jerarquización en las comunas 6, 8 y 10. Se generó estrategia territorial transitoria y los proyectos inician en el segundo semestre de 2018.

**Fase 3:** Seguimiento: Matrices de seguimiento de los contratos suscritos. Seguimiento a priorización de proyectos, se verifica comuna 10 con:

1. Apoyo alimentario para personas y familias en condición de vulnerabilidad.
2. Fondo camino a la educación superior.
3. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad con enfoque diferencial para la población de la comuna 10.

Se verifican los siguientes proyectos:

- Proyecto 160603 implementación de estrategias en seguridad alimentaria

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	30 of 6

- Proyecto 160598 apoyo para el acceso y permanencia en educación superior.
- Proyecto 160562 fortalecimiento de la cultura de cuidado para una Medellín Saludable.

#### Riesgos:

Se identifican los riesgos de Inexactitud, Conflicto, Demora y Carencia

Se realiza la autoevaluación el 13 de abril de 2018. Se materializó el riesgo de demora en la atención de las PQRSD. Se estableció la acción de mejora No. 2146 por la materialización del riesgo; no se analizaron causas, se incluyeron las actividades en la acción abierta del año 2017 que no cumplió con sus fechas de compromiso y que tenían plazo hasta el 19 de diciembre de 2017.

#### Oportunidades de mejora:

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	10.2. Literales b) y c).	Participación Ciudadana	Mejorar el manejo de las acciones del proceso, como el caso de la acción de mejora No. 2146 por la materialización del riesgo, para la cual no se analizaron causas, se incluyeron las actividades en la acción abierta del año 2017 que no cumplió con sus fechas de compromiso que tenían plazo hasta el 19 de diciembre de 2017. De esta manera se asegura el cumplimiento al numeral 10.2 literales b) y c) de la norma IOS 9001:2015.	Plaza de la Libertad, piso 15

#### Conclusión:

El Proceso ha gestionado de manera adecuada la continuidad a los Proyectos definidos por la Entidad, con lo cual se puede hacer seguimiento oportuno y valorar la mejora.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO N 14: GESTION SOCIAL DEL RIESGO. Participantes:** Paulina Suárez Secretaria de Inclusión Social, familia y derechos Humanos.

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.5.3; 8.1; 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3; 8.5.4; 8.5.5; 8.5.6; 8.6; 8.7; 9.1.1; 9.1.3; 9.2; 9.3 10.1; 10.2; 10.3.

#### Documentos revisados:

- Caracterización CA-GESR-001. V. 8.

#### Evidencias verificadas:

- Ficha de servicio de cara a la ciudadanía.

#### Indicadores:

Corte al 30 de junio de 2018. Son indicadores con medición anual pero se hace seguimiento mensual.

Infraestructura mejorada para la atención humanitaria a las víctimas. Cumple 100%.

Personas sensibilizadas en prevención de violencias sexuales y trata de personas. Meta

Víctimas o testigos de delitos de alto impacto social atendidos integralmente. Meta: 100%. Al 2018. Cumple. 50% a junio.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	31 of 6

Restos humanos identificados. Meta: Al 2018: A junio: 130. Cumple 16.9%. La línea base se establece con la Fiscalía General de la Nación.

Personas atendidas con integración educativa. 1.282 meta 2018. Res. 975. 12.5%.

Se evidencia metas para el cuatrienio.

**Salidas no conformes:**

Ficha de servicio de cara a la ciudadanía. Contiene 46 servicios discriminados por unidad y clasificados por trámite y por servicio. Los criterios de calidad están dados por especificaciones legales y especificaciones técnicas.

Se han identificado:

En el equipo de Seguridad alimentaria, programa alimentación escolar. Faltantes de alimentos, incumpliendo los ciclos de menús del pliego de condiciones: Escuela Popular eucarística Santa Angela 780 gramos de papa Capira. Escuela República de costa Rica 360 gramos de arroz. Se documentó la acción correctiva N.2202, julio 16 de 2018. Abierta en proceso de ejecución.

En el equipo de niñez. Identificado el 22 de marzo de 2018, por incumplimiento de especificaciones técnicas relacionadas con el diligenciamiento de formatos. No generó acción correctiva. Se tiene establecido por procedimiento el tratamiento es: Concesión, corrección o deshecho.

**Riesgos:**

Demora, materializado el 31 de diciembre de 2017. Exhumación de cadáveres y 7 restos óseos, Jardín Cementerio Universal. Se documenta acción correctiva N. 2115, se encuentra en estado abierta con seguimiento. Por aplicar a otra metodología para el 2018, se evidencia nueva valoración.

**Acciones correctivas y de mejora:** Se toma como muestra para revisión:

Acciones correctivas **Nos. 2184 y 2183** documentadas el 24 de junio. Se encuentran abiertas en ejecución sus planes de acción, abiertas con seguimiento. Se hace análisis de causas por cada grupo.

**Gestión del conocimiento:** Entrevistado: Cesar Jaramillo. Profesional universitario. Proyecto: Gestión del conocimiento para la innovación social. Se evidencia repositorio, radar situacional y carpeta colectiva.

Entrevistada. Gloria Ocampo, Profesional Universitario. Tertulias de Gestión del conocimiento o conversatorios de saberes. Se evidencia metodología y se han desarrollado 2 Temas: Cuidadores, marzo 21 de 2018. Inclusión y exclusión sociedad colombiana, junio 20. Lo almacenan en las carpetas compartidas, se evidencia presentaciones, audios y registros fotográficos.

**Fortalezas.**

- El establecimiento de sinergias Institucionales y/o alianzas de cooperación entre las diferentes Secretarías e Instituciones de la Ciudad, las cuales se orientan al desarrollo de programas sociales.
- El compromiso, conocimiento y entrega de quienes lideran y trabajan en los Programas, coadyuva a la obtención de resultados positivos alineados a las metas del Plan de Desarrollo.
- La ampliación de cobertura de la Red de protección de la niñez, la cual se evidencia en los hacia los 5 corregimientos de la ciudad de Medellín.
- La atención a la población de habitantes de calle, que ha permitido su rehabilitación y participación en procesos de resocialización y la integración a sus familias.
- El radar situacional Medellín digital, que almacena información de cada grupo poblacional vulnerable.

**Oportunidad de mejora:**

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	32 of 6



N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	8.5.1	Gestión Social del Riesgo	Fortalecer la gestión de la contratación que permita avanzar en la ejecución de algunos programas como "niños, niñas y adolescentes víctimas de reclutamiento con protección integral de sus derechos". Y de esta manera dar cumplimiento a los programas y a los Objetivos del Proceso, permitiendo cumplir con el requisito 8.5.1 de la norma ISO 9001:2015.	Edificio Plaza La Libertad, Piso 1.

**Conclusión:** Es importante destacar la planificación, ejecución y controles diseñados en el Proceso, enfocados a lograr el desarrollo de actividades direccionadas hacia la atención a grupos poblacionales vulnerables donde se evidencian resultados importantes que han contribuido a mejorar su calidad de vida.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**GESTIÓN SOCIAL DE RIESGOS. SEDE DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO. Participantes:**

Luz Ángela Álvarez, Líder de Programa. Luz Marina Toro Gómez, Profesional Universitario.

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.5.3; 8.1; 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3; 8.5.4; 8.5.5; 8.5.6; 8.6; 8.7; 9.1.1; 9.1.3; 9.2; 9.3 10.1; 10.2; 10.3.

**Documentos revisados:**

- Procedimiento Reconocimiento de la diversidad sexual e identidades de género. PR-GESR-180. V.5.

**Evidencias verificadas:** Relacionadas con el componente pedagógico educativo y movilización social.

- Caracterización de la Población LGTBI. 2015.
- Planeación de la Unidad, se evidencia en el Acta única de reunión, FO-GESR-1153. V.2, donde se planea la contratación para la ejecución de los diferentes programas.

Se toma como muestra el Contrato Interadministrativo N.4600071827 de 2017. Universidad de Antioquia. Contrato Interadministrativo para desarrollar actividades orientadas a la inclusión y reconocimiento de las diversidades sexuales e identidades de género. Fue ampliado hasta el 30 de junio. Se encuentra en proceso la nueva contratación. Evidencias:

- Especificaciones técnicas. Talleres de sensibilización. Mirar: N. de personas beneficiadas. 3500. (20 personas por grupo). Encuentros con el consejo consultivo. Encuesta de percepción: Disminuir la percepción de discriminación que tiene la población.
- Cronograma de Productos. Proyección desde septiembre de 2017.
- Documento ruta de trabajo.
- Guías metodológicas entregadas por el Operador dirigida a estudiantes, docentes y padres y madres de familia.
- Cronogramas semanales entregados por el operador. Se revisa el que corresponde al mes mayo. Muestra: Taller de Sensibilización: 28 de mayo, Institución educativa Monseñor Víctor Wiedeman. San Antonio de Prado, Comuna 80. Evidencias: Listados de asistencia, registros fotográficos. Evaluación de actividades FO-GESR-1371, certificación del desarrollo de la actividad de la IE.

- Informes de Gestión por el operador. Muestras: **diciembre de 2017 y enero de 2018**. Componente **Talleres de sensibilización con empresas**: Se evidencia asistencia parque de los deseos, Fundación EPM el 5 de diciembre de 2017, evidencias fotográficas y evaluación de la actividad. **Componente fortalecimiento**: Mesa diversa unidos por Antioquia, Comuna 9, enero 15 de 2018.  
**Informe de junio de 2018. Componente: Intervenciones en ciudad**. Auditorio del parque de la vida, 12 de junio. Conversatorio: Población diversa. Evidencias: fotográficas. **Componente fortalecimiento al consejo consultivo**. Junio 2 de 2018 realizado en el Centro para la diversidad, listado de asistencia y evidencia fotográfica.
- Se hace seguimiento a la ejecución del programa a través de los Informes de supervisión. Evidencia: Se revisa el del mes de octubre de 2017. FO- ADQUI-120 V .6. El último fue del mes de diciembre de 2017. No se evidencia informes de supervisión de los meses de enero a junio de 2018.

**Indicadores:**

Personas sensibilizadas que reciben orientación jurídica, laboral y/o psicosocial. Cumple 110%.

Personas sensibilizadas en diversidad sexual e identidades de género. 114%.

Indicador de resultado: Población LGTBI que se ha sentido discriminada. Meta: 2018. 49.4. Logro a junio 40.6. Se midió por encuesta. Se evidencia. 313 encuestados.

Indicador de producto: Personas sensibilizadas en diversidad sexual e identidades de género. Meta: 2.157 personas para el 2018. A junio han sido sensibilizadas 1.739 personas. Resultado: 80% de cumplimiento.

**Satisfacción:**

Se generaron 313 encuestas del mes de diciembre, realizada por la Universidad de Antioquia. Se evidencia análisis completo respecto a la aceptación y reconocimiento de la población. Ha mejorado esa aceptación. Se evidencia recomendaciones.

**No conformidad menor:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	8.5.1	Gestión Social del Riesgo- Sede Diversidad sexual y de Género.	No se evidencia que se controle adecuadamente la prestación de los servicios a través del <u>contrato Interadministrativo N.4600071827 de 2017 suscrito con la Universidad de Antioquia</u> , para desarrollar actividades orientadas a la inclusión y reconocimiento de las diversidades sexuales e identidades de género. <u>Evidencia:</u> No cuentan con los informes de supervisión correspondiente a los meses de enero a junio de 2018. Incumpliendo de esta manera lo establecido en el numeral 8.5.1 en lo relacionado con la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas y los criterios de aceptación para los productos y servicios.	Sede Diversidad sexual y de Género.

**Fortalezas:**

- Los talleres de sensibilización desarrollados en las Instituciones Educativas, permiten que los docentes y alumnos se sensibilicen respecto a la inclusión y reconocimiento de la población diversa.

- La articulación con las Secretarías de Salud, Desarrollo Económico y Juventud, entre otras, ha contribuido en el desarrollo de procesos de fortalecimiento con esta población.
- Las actividades de Sensibilización a las Empresas, que contribuye a la preparación para recibir laboralmente la población diversa.
- El compromiso, conocimiento y entrega de quienes lideran y trabajan en los Programas, coadyuva a la obtención de resultados positivos alineados a las metas del Plan de Desarrollo.

**Conclusión:** Este Programa es administrado por la Unidad de programas especiales. Su objetivo es el reconocimiento de las diversidades sexuales y equidades de Género. Se manejan dos Proyectos: Implementación de una pedagogía para el reconocimiento de la diversidad sexual e identidades de género y la Implementación y seguimiento de la política pública para el reconocimiento de la diversidad sexual e identidades de género. Todo lo anterior, alineado al Plan de Desarrollo. Se hace entrevista con 6 personas que integran el programa de Habitante de Calle-resocialización.

**Como resultado de la evaluación de los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015, se identifica un hallazgo de no conformidad menor. Los Demás requisitos evaluados se encuentran conformes.**

**PROCESO GESTIÓN SOCIAL DEL RIESGO. SEDE CASA DE PRADO (MEDELLÍN SOLIDARIA). Participantes:** María Paulina Domínguez, Directora Técnica de la Unidad. Yulieth Montoya, Gestora programa volver a casa.

Requisitos aplicables: 6.1; 7.5.3; 8.1; 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3; 8.5.4; 8.5.5; 8.5.6; 8.6; 8.7; 9.1.1; 9.1.3; 9.2; 9.3 10.1; 10.2; 10.3.

**Documentos revisados:**

- Protocolo de atención volver a casa. DE-175.1.
- Plan de desarrollo dimensión 3.
- Acuerdo 054 de 2011. Política pública. Ley 1361 de 2009.
- Comité Municipal. Comité Técnico.

**Evidencias verificadas:**

Muestra seleccionada: Programa Volver a casa: Se compone de: Habitante de calle, niñez, adulto mayor. Componente de prevención- generar entornos protectores y atención.

- Minuta contrato n.4600068899 de 2017. Operador Metrosalud. Objeto. “Contrato interadministrativo para la implementación y desarrollo de los Proyectos centro integrales para la familia, familia Medellín- Medellín solidaria y volver a casa.”
- Especificaciones técnicas.
- Caracterización de la población. Datos sociodemográficos, datos de procedencia del usuario, trayectoria en el programa, antecedentes medico psiquiátrico.
- Diagnóstico de la población: Afectivo, social, comunitario y económico. Se evidencia de manera individual (157) y 65 redes de apoyo, consolidado del diagnóstico completo.
- Plan de trabajo. Por persona y por red de apoyo. Intervención: Muestra seleccionada: Carlos Andrés Otalvaro, Jesús Emilio Goes y Marleny Valdés Castrillón. **Evidencias:** Video de Carlos Andrés Otalvaro, registros de asistencia correspondiente a los meses de junio y julio de 2017, consentimiento informado
- Informes de Gestión mensual, diciembre de 2017. Se evidencia todas las actividades y recomendaciones generadas.
- Informe de supervisión mes de diciembre- enero. FO-ADQU-120. V.6. Martha Lucia Lara, Supervisora. Prevención: **4 talleres de familia es saber amar. Evidencias:** Centros

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	35 of 6

Integrales para la familia correspondientes a Castilla, La Candelaria, Poblado y San Antonio de Prado, mayo de 2017. Registros fotográficos.

- Otra forma de hacer seguimiento es a través de visitas en los centros donde se hace las actividades. Se cuenta con el cronograma de actividades correspondiente a la semana del 11 al 15 de junio, “volver a casa”. Evidencia: Visita el 12 de junio de 2018, auditorio principal Cámara de Comercio de Medellín.

**Indicadores:**

Personas que generan vínculo a sus redes familiares, sociales o comunitarias a través de la estrategia volver a casa. De 660 personas establecidas como meta, se ha logrado 179 a junio de 2018. Manifiestan que no ha evolucionado mucho por cuanto se encuentra en las etapas de maduración, se espera que se hagan otros procesos y se mueva más a partir de octubre.

Personas de situación de vulnerabilidad social acompañadas con la estrategia volver a casa. Resultado: 40.5% a junio de 2018.

**Oportunidad de mejora:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	8.5.1	Gestión Social del Riesgo- Sede Casa de Prado (Medellín Solidaria).	Organizar la información relacionada con los soportes de los informes de Gestión vs informes de supervisión y visitas en campo de acuerdo a los cronogramas, lo que asegura que se ejerza controles adecuados que garanticen la prestación del servicio acorde a las necesidades identificadas dando cumplimiento a los Objetivos planificados y al requisito 8.5.1 de la norma ISO 9001:2015.	Sede Casa de Prado (Medellín Solidaria).

**Fortalezas:**

- El compromiso, conocimiento y entrega de quienes lideran y trabajan en los Programas, coadyuva a la obtención de resultados positivos alineados a las metas del Plan de Desarrollo.
- El establecimiento de sinergias Institucionales y/o alianzas de cooperación entre las diferentes Secretarías e Instituciones de la Ciudad, las cuales contribuyen al desarrollo de los Programas de la Unidad.
- Los casos de éxito presentados en el programa volver a casa, lo que permite la generación de los vínculos familiares, sociales y comunitarios.

**Conclusión:** La Unidad cuenta con 15 Centros Integrales de Familia. Se destaca la presentación de cuatro casos de éxito de habitantes de calle que lograron volver a casa.

**Los aspectos evaluados en la sede, se encuentran conformes en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO N. 15: EDUCACIÓN: Participantes:** Luis Guillermo Patiño Aristizábal, Secretario de Educación. Carolina Bedoya Páez, Técnica SIMAT, Beatriz Helena Cañas Marín, Profesional especializado cobertura., Gloria Andrea Ospina, Profesional de apoyo.

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.5.3; 8.1; 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3; 8.5.4; 8.5.5; 8.5.6; 8.6; 8.7; 9.1.1; 9.1.3; 9.2; 9.3 10.1; 10.2; 10.3.

**Documentos revisados.**

- Caracterización CA-EDUC-001, V.8.
- Procedimiento Proyección de cupos. PR-EDUC-067. V.1.

**Evidencias verificadas:**

- Seguimiento al Plan de acción en comité primario.
- Resolución 201850033110 abril 26 de 2018. Adopta el proceso de Gestión de la cobertura educativa en la Secretaría de Educación de Medellín para el año 2019. Incluye cronograma del Proceso de Gestión de cobertura educativa. Inicia el 2 de abril de 2018 y finaliza el 29 de marzo de 2019.
- Correo enviado el jueves 10 de mayo de 2018 a los Directores de Núcleo socializando el Acto Administrativo.
- En el SIMAT se evidencia acompañamiento a la Institución Ciudadela Bello Horizonte y Ciudadela Nuevo occidente. Se verifica en el SIMAT. Arroja cupos mínimos proyectados para asegurar la continuidad para los estudiantes de transición a primero y así de cada agrado a otro. Evidencia: Acta de reunión firmada por el rector y el informe del estado de proyección de cupos. Este acompañamiento va hasta el 23 de agosto de 2018.

**Indicadores:** Muestra seleccionada:

Continuidad de la población del programa buen comienzo. Meta tolerancia superior: 85% tolerancia inferior: 75%. Resultado: 89.10% a abril de 2018. Los resultados son muy positivos en relación con la tendencia de los años anteriores.

Tasa de extraedad de transición al grado 11. Meta: 5%. Anual. Resultado: 5.72%. Año 2017. Se evidencia histórico desde el año 2014. Medición con periodicidad anual mes de noviembre de 2017.

Tasa de cobertura neta en la educación media. Meta: 59%. Anual. Resultado: 55.6%, al mes de mayo de 2018. Se evidencia medición histórica.

Mejorar al análisis de los resultados.

**Acciones correctivas y de mejora:**

Se toma como muestra la acción correctiva N. 464 del 25 de junio de 2018, por fuente de auditoría interna. Se encuentra abierta con plan de acción en ejecución.

**Riesgos:**

No se han materializado riesgos asociados al Proceso. Se evidencia autoevaluación del primer cuatrimestre. Los riesgos fueron actualizados en el mes de marzo de 2018. Se toma como muestra el riesgo de “error o equivocación en la planeación”. Los controles identificados y las acciones son eficaces.

**Salidas no conformes:**

Se actualizó la ficha de salida de cara al ciudadano. Definieron 3 salidas e identificaron los criterios. Se han materializado 14 eventos durante el primer semestre de 2018, se evidencia tratamiento.

**Fortalezas:**

- Articulación de la Educación como un Sistema desde la primera infancia hasta la educación superior. De esta manera se han logrado transiciones exitosas, de calidad y con pertinencia.
- Disminución de la deserción escolar en la Ciudad, lo que ha garantizado la continuidad durante el calendario escolar.
- La Estrategia “saberEs”, que abarca los programas como: Buen comienzo, en el colegio contamos con vos, alianzas público privadas, entornos protectores, NOVA y Maestro Ciudadano Ejemplar. Lo que contribuyó a que el Municipio de Medellín superara las metas de mejoramiento establecidas por el Ministerio de Educación y en el Plan de Desarrollo “Medellín cuenta con vos 2016- 2019”.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	37 of 6

- Modificación al Objetivo del Proceso, lo que ha fortalecido el enfoque a la articulación de la educación básica y media con la educación superior.
- Se dedica tiempo personalizado a cada rector de las Instituciones Educativas para asesorarlos en el análisis de cobertura educativa para su institución, de esta manera asegura la continuidad de los niños y la cobertura especialmente en los grados décimo.
- El seguimiento que se hace a las distintas etapas que constituyen el proceso de matrícula de acuerdo al cronograma establecido para el año lectivo de 2018 y lo que se ha proyectado para el 2019; que ha logrado un incremento en la cobertura y el acceso al servicio educativo en condiciones de equidad, eficiencia y calidad en el Municipio de Medellín.

### Conclusión:

El Proceso desarrolla la planeación de las políticas educativas acorde a lo definido por el Ministerio de Educación Nacional y al Plan de Desarrollo del Municipio de Medellín. Los controles y seguimiento son apropiados y reflejan resultados positivos.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**SEDE ESCUELA DEL MAESTRO - CENTRO DE INNOVACIÓN AL MAESTRO. Participantes:** María Isabel Gil Ospina, Directora Técnica de MOVA.

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.5.3; 8.1; 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3; 8.5.4; 8.5.5; 8.5.6; 8.6; 8.7; 9.1.1; 9.1.3; 9.2; 9.3 10.1; 10.2; 10.3.

### Documentos Revisados:

- Plan Territorial de formación docente período 2016 al 2019. Radicado N. 174847 del octubre 4 de 2017, recibido del MEN.

**Evidencias verificadas:** Contrato. 4600074840. Prestación de servicios para la ejecución y el desarrollo del plan de formación Docente Maestros, maestras y directivos líderes de la calidad y la excelencia de Medellín. Duración: Del 12 de febrero al 12 de diciembre de 2018 suscrito con la Universidad Pontificia Bolivariana, UPB.

Entrevistado: Mauricio Ortiz, interventor.

- Informe de ejecución bimestre abril a mayo. Muestras verificadas: Formación movilidad, marzo 7, 14 y 21 de 2018. Nodo de preescolar escuela del maestro-jornada de la tarde. Se evidencia registros de asistencia al tema “formación a la rueda”, coordinado por Secretaría de movilidad.
- Informe parcial de supervisión o interventoría. COD-FO-ADQU-120-V-5- Periodo mayo y junio, fecha de elaboración el 9 de julio de 2018.
- Actas de seguimiento mes de mayo. Cod- FO-CATA 024. V.1. “Acta de seguimiento a reuniones generales”.
- Socialización rutas de formación en redes sociales.
- Programa MOVA Medellín, evidenciado en el sitio web secretaria de educación.
- Seguimiento al plan Territorial de formación docente. Evaluación de satisfacción programas de formación continua a julio 10 de 2018. **Muestra verificada:** Curso: Los extraordinarios potenciales de los niños. Se encuentra en proceso de evaluación de la eficacia.
- Consolidado de las evaluaciones del primer semestre de 2018.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	38 of 6

**Fortalezas:**

- Graduación de 182 maestros oficiales en educación para la paz. Lo que les permite formar a sus estudiantes para la sociedad del posconflicto y generar en ellos el sentido crítico y responsable frente al respeto por la diferencia.
- Publicación de libros de investigación: Escuela e investigación como obra, la investigación en el contexto escolar e investigación cualitativa y transformación. Los dos primeros publicados en el mes de abril de 2017 y el último en el mes de mayo de 2018. Lo anterior como el resultado de investigaciones de maestros en el aula, lo cual materializa su saber pedagógico y científico.

**Observación:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	7.5.3.1 literal a)	<b>Educación- Sede Escuela del maestro.</b>	No se encontró disponible la totalidad de la información documentada relacionada con la ejecución de la política pública de innovación, en los componentes de desarrollo humano, formación situada, reflexión metodológica e investigación. Lo anterior genera un riesgo de pérdida de la información al incumplir lo establecido en el numeral 7.5.3.1 literal a) de la norma ISO 9001:2015, que establece que “la información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad debe estar disponible y ser idónea para su uso, donde y cuando se necesite”.	Sede Escuela del Maestro - Centro De Innovación al Maestro.

**Conclusión:**

En la sede Escuela del Maestro se desarrolla la Política pública de innovación relacionada con la formación y cualificación de maestros y maestras, en cumplimiento con el acuerdo 019 de 2015. Esta se desarrolla bajo tres componentes: Desarrollo Humano, Formación Situada, Reflexión Metodológica e investigación, logrando resultados importantes. Sin embargo, se debe fortalecer los controles para asegurar la disponibilidad de la información documentada relacionada con los programas asociados.

**Los aspectos evaluados en la sede escuela del maestro, se encuentran conformes en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015. Se presenta una potencialidad la cual se categoriza como observación. La invitación es a ejercer controles para evitar su materialización.**

**PROCESO N. 16: SERVICIO A LA CIUDADANIA.** Participantes: Mónica María Velásquez Cardona, Subsecretaria de Despacho. Ingrid Surlay Villa Soto, Profesional Universitario. Liliana María Marulanda Pabón, Secretaria. Adriana María Gaviria Orozco, Contratista. Luisa Fernanda Vélez Giraldo, Contratista. Eliana Zuluaga Chavarría, Contratista. Andrés Palacios Palacios, Contratista. Alejandra Sandoval Arango, Contratista.

**Requisitos aplicables:** 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.2, 9.3, 10

El servicio a la ciudadanía se presta por medio de los siguientes canales: Virtual, presencial y telefónico. Se realiza atención de las PQRSD y a los Trámites y servicios. El proceso se planifica por medio del desarrollo de la Estrategia, con base en el Plan Estratégico 2016 – 2020.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	39 of 6

**Documentos revisados:**

- Caracterización. CA-SECI-001. V.7.

**Evidencias verificadas:**

Se verifican las metas del Plan Estratégico:

- Racionalización de tramites: Para el 2018 se cumple la meta
- Flujogramas. Mantener actualizados
- Página web: Mantener actualizada la información OPA's.
- Optimización de tramites: Automatización de 73 trámites.
- Canal telefónico. Se mide niveles de servicio, meta 80%, en abril, mayo y junio no se cumplen las metas.
- Centro de relevo: Eficacia: no se cumple la meta esperada, no se tiene forma de filtrar las pruebas, no se sabe el comportamiento real.
- Prestación del servicio: Descentralizar los servicios, atención de canal presencial.
- Back office: Se mide oportunidad, reclasificación, efectividad, oportunidad solución en primer contacto.

**PQRS:**

Se tiene una oportunidad de 82,70%, las dependencias con mayor inoportunidad son movilidad, Seguridad y Convivencia.

Se desarrollan Mesas de trabajo con las secretarias para brinda apoyo y ajuste a trámites en caso de ser necesario.

**Riesgos:**

Operativos:

Inexactitud: Riesgo extremo, se califican los controles y se recalifica como alto, el riesgo se materializó. Se generó la acción de mejora No. 2146, está en curso con fecha de compromiso final diciembre de 2018.

Incumplimiento: Trámites: Se materializó el riesgo y se encuentra en curso la acción correctiva No. 2107 de diciembre de 2017. Las causas son externas, por lo tanto, no se pueden desarrollar acciones al interior del proceso.

Riesgos de corrupción:

Cohecho: Se mantiene alto, a la fecha no se han materializado.

**Indicadores:**

Nivel de satisfacción ciudadana, meta 90%, en el segundo semestre de 2017 se obtiene como resultado el 86%. Por el incumplimiento se generó la Acción de mejora No. 2137 la cual se encuentra en proceso de ejecución.

**Oportunidades de mejora:**

N.	Requisitos NTC ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	9.1.1	<b>Servicio a la Ciudadanía.</b>	Ajustar la medición de Eficacia del centro de relevo que no cumple la meta esperada, porque no se tiene forma de filtrar las pruebas; de esta manera se garantiza el resultado real del comportamiento y se daría cumplimiento a lo establecido en el numeral 9.1.1 de la Norma ISO 9001:2015.	CAM, piso 6.
2	6.1.1	<b>Servicio a la Ciudadanía.</b>	Revisar las causas que generan el riesgo de incumplimiento en trámites, materializado por causas externas, esto aseguraría la identificación de controles adecuados y el cumplimiento al numeral 6.1.1 de la norma ISO 9001:2015.	CAM, piso 6.



**Conclusión:**

El proceso mantiene una relación directa con la ciudadanía y el manejo de sus necesidades y expectativas es adecuado para mantener buenos niveles de satisfacción y de oportunidad en sus servicios.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**SERVICIO A LA CIUDADANÍA. SEDE MAS CERCA EL POBLADO. Participantes:** Mónica María Velásquez Cardona, Subsecretaria de Despacho. Liliana María Marulanda Pabón, secretaria. Luisa Fernanda Vélez Giraldo, Contratista. Luz Stella Castaño Vélez, Profesional universitario. Nélide Barrientos Flórez, Profesional universitario. Alexandra Múnera Castaño, Profesional universitario Planeación organizacional. Diana Patricia Zuluaga Brand, Auditora observadora.

**Requisitos aplicables:** 5.1.2; 6.1; 8.1; 8.2.1; 8.2.2; 8.2.3; 8.2.4; 9.1.3; 10.2: 10.3.

**Documentos revisados:**

- Caracterización proceso Servicio a la Ciudadanía. CA-SECI-001. V.7.
- Manual de Servicio la Ciudadanía. DE-SECI-010. V.5.
- Procedimiento Atención Presencial en Sedes de Servicio a la Ciudadanía. PR-SECI-030. V.4.
- Procedimiento Gestión de Trámites y Servicios. PR-SECI-037. V.2.
- Procedimiento Gestión de PQRSD. PR-SECI-042. V.6.

**Evidencias verificadas:**

Cumplimiento de los procedimientos PR-SECI-030 Atención Presencial en Sedes de Servicio a la Ciudadanía V.4 y PR-SECI-037 Gestión de Trámites y Servicios V.2:

- Se observa recepción del vigilante con apertura de puerta, saludo y orientación a los ciudadanos y trato respetuoso de la señora Daniela Hernández explicaciones claras, tono de la voz cordial, conforme.
- Capacitaciones de la polivalente Daniela Hernández, se observan los registros de: Etiqueta y protocolos de atención del 20/02/2018, SISBEN del 19/07/2018, capacitación proceso de Atención Publico SISBEN, Hacienda del 13/10/2017, Catastro del 20/10/2017.
- Se observa atención presencial de solicitud de retiro de SISBEN cédula 43023055: saludo cordial al usuario, trato respetuoso, recepción del requerimiento, solicitud de la documentación necesaria para la diligencia, ingreso adecuado del trámite al sistema, confirmación del trámite realizado, radicado No. FRP222060, firma del soporte del trámite por parte del usuario, registro de atención en el software, archivo de la documentación, firma registro FO-SECI-052 Propiedad del cliente V.3, conforme.
- Se observa atención presencial de solicitud de factura predial ciudadano 102.22.784: Saludo cordial al usuario, solicitud de las cédulas originales de los solicitantes, registro del solicitante en el software, tono de voz cordial, generación de facturas solicitadas, explicación al ciudadano de cambio de documento e inscripción de dirección de cobro de impuesto predial, explicaciones claras y amables, conforme.
- Petición de solicitud Certificado de residencia, se observan los registros FO-SECI-051, relación de envío de documentos soporte de trámite V.1, radicado 201810130421 el 10/05/2018, se revisa gestión del trámite en página de la Alcaldía, se observan los 5 folios

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	41 of 6

anexos definidos en la solicitud, respuesta del 16/05/2018 con el certificado, conforme.

- Petición Cambio de dirección de cobro predial: Se observa registro FO-SECI-05, relación de envío de documentos soporte de trámite V.1, petición del 16/04/2018 ciudadano de documento de identidad 1152.187.911, dirección en SAP correcta, conforme.
- Petición cambio de dirección de cobro de impuesto predial: Se observa registro FO-SECI-051, relación de envío de documentos soporte de trámite V.1, petición del 27/07/2018 ciudadano con documento de identidad 70.952.899, GO-HAPU 806 Formato de cambio de dirección de cobro de impuesto predial V.1, conforme.
- Trámite: Se observa registro FO-SECI-051, Relación de envío de documentos soporte de trámite V.1, se revisa documento de identidad del 27/07/2018, se revisa 43.274.388, GO-HAPU 806 V.1 Formato de cambio de dirección de cobro de impuesto predial. Registros: Poder, cédulas del propietario y el autorizado, conforme.
- Tramite SISBEN de retiro de dos ciudadanos: Registro FO-SECI-051, relación de envío de documentos soporte de trámite V.1 del 22/02/2018, radicado FRP200038, estado cerrado, retiro de los dos ciudadanos en el sistema, conforme.

Cumplimiento procedimiento PR-SECI-042 Gestión de PQRSD V.6:

- Queja radicado No. 201811181297 del 21/06/2018, se observan los registros FO-SECI-051, relación de envío de documentos soporte de trámite V.1, del 21/06/2018, se valida en la página de la Alcaldía de Atención de PQRS, se observan la respuesta del 10/07/2018, conforme.
- Queja radicado No. 201810156319 del 30/05/2018, se observa registro FO-SECI-051, relación de envío de documentos soporte de trámite V.1, se valida en la página de la Alcaldía de Atención de PQRS se observan anexo de la solicitud, respuesta el 18/06/2018, conforme.

Se entrevista a la señora Daniela Hernández – Polivalente, se observa conocimiento del Manual del Servicio a la ciudadanía de la política de calidad, de las variables de calidad a tener en cuenta en la prestación del servicio, de la importancia de su cargo y las consecuencias de los errores, conforme.

#### Indicadores:

Nivel de servicio Canal presencial: Meta 80% en 15 min, real 97.8%. Se observa registro de atención semanal por asesor con los resultados de atención, comunicación de los resultados del 27/07/2018, plan de acción correctiva 2137.

Nivel de satisfacción ciudadana: Meta 90%, real 82,6%.

Se observa análisis del indicador y generación de acciones para su cumplimiento

#### Acciones correctivas y de Mejora:

Acción correctiva 2137 por medición de la satisfacción generada el 20/03/2018 en estado cerrada, se observa análisis causal, implementación de acciones como actualización del procedimiento de Encuesta de satisfacción, socialización del cambio de procedimiento de Medición, envío de información para realización de encuestas, conforme.

Acción correctiva No. 1993 por materialización del riesgo de incumplimiento en el canal presencial por fallas tecnológicas, estado cerrada, se observa análisis causal, implementación de acciones como creación de formato FO-SECI-065 Contingencia Sedes externas servicio a la ciudadanía, Instructivo FO-SECI-038 para el manejo de contingencia en sedes V.1, socialización por correo electrónico, conforme.

Acción correctiva No. 2107 por materialización del riesgo de incumplimiento en tiempos establecidos para los Trámites y servicios, estado abierta, se observa análisis causal, implementación de acciones como registro de la socialización del plan de trabajo componente

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	42 of 6

Trámites y servicios, generación de acción 2119 para Catastro, conforme.

Acción preventiva 377, estado abierta, se observa análisis causal, implementación de acciones como socialización del hallazgo de la auditoría interna, Informe de revisión aleatoria del registro de Propiedad del cliente, se revisan los registros del año en curso con conformidad.

**Fortalezas:**

- Capacitación del personal en el Manual de Servicio la Ciudadanía lo que genera una prestación del servicio amable al ciudadano.
- Conocimiento de todo el personal de los indicadores lo que permite conocer su población y la gestión realizada.

**Conclusión:** El proceso determina y cumple los requisitos del cliente mediante la definición de los trámites y el Manual de Servicio la Ciudadanía y los procedimientos. Planifica la ejecución de las actividades y las ejecuta de manera controlada cumpliendo con los procedimientos establecidos, capacita al personal, mantiene una buena comunicación con los clientes mediante los medios dispuestos para las consultas y tramites a la ciudadanía, realiza el seguimiento y medición del proceso, analiza la información y genera acciones para la mejora. Se observa excelente disposición del personal, trato adecuado a los ciudadanos, gestión de sus trámites en tiempo oportuno.

**Las actividades desarrolladas en la sede se encuentran conformes en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO: SERVICIO A LA CIUDADANIA. SEDE MÁS CERCA DE CASTILLA. Participantes:** Luz Stella Arango, Profesional universitario. Liliana María Marulanda Pabón, secretaria. Luisa Fernanda Vélez Giraldo, Contratista. Nérida Barrientos Flórez, Profesional universitario. Alexandra Múnera Castaño, Profesional universitario Planeación Organizacional

**Requisitos aplicables:** 5.1.2; 6.1; 8.1; 8.2.1; 8.2.2; 8.2.3; 8.2.4; 9.1.3; 10.2: 10.3.

**Documentos revisados:**

- Caracterización proceso Servicio a la Ciudadanía. CA-SECI-001. V.7.
- Manual de Servicio la Ciudadanía. DE-SECI-010. V.5.
- Procedimiento Atención Presencial en Sedes de Servicio a la Ciudadanía. PR-SECI-030. V.4.
- Procedimiento Gestión de Trámites y Servicios. PR-SECI-037. V.2.
- Procedimiento Gestión de PQRSD. PR-SECI-042. V.6.

**Evidencias verificadas:**

Cumplimiento DE-SECI-010 Manual de Servicio la Ciudadanía V.5:

- Se observa atención presencial de la señora Valentina Mejía Zapata, atención acorde al Manual de servicio a la ciudadanía, saludo en la llegada del ciudadano, trato respetoso sin tutear ni confianzas, tono adecuado, amabilidad, entrega de toda la información requerida por el usuario, conforme.

Cumplimiento de los procedimientos PR-SECI-030 Atención Presencial en Sedes de Servicio a la Ciudadanía V.4 y PR-SECI-037 Gestión de Trámites y Servicios V.2:

- Se observa atención presencial trámite de Inclusión de SISBEN, se revisan requisitos en documento Ruta para actualización de base de datos del SISBEN por parte de los

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	43 of 6

ciudadanos con coincidencia, se observa diligenciamiento formulario, copias de documentos del solicitante y registro civil de la persona para inclusión, copia de los servicios públicos, registro de solicitudes generación de radicado FIP. No. 121797, conforme.

- Se observa atención presencial de solicitud de información para inclusión de beneficiario y mínimo vital de agua, entrega e información clara y adecuada a la ciudadana, conforme.
- Tramite personal de retiro por duplicidad, ciudadana 43.915.186; se observa solicitud de documentos, registro en FO-SECI-052 Propiedad del cliente V.3, generación de radicado 121788, coherencia entre lo registrado y los documentos físicos, conforme.
- Tramite personal de retiro de ficha por duplicidad, se observa solicitud de documentos, registro FO-SECI-052 Propiedad del cliente V.3, generación de radicado 138601, solicitud de retiro de ficha, copia de documento e identificación de las personas a retirar, documentos coincidentes con registro de propiedad del cliente, coincidencia de la información en sistema, conforme.
- Tramite SISBEN de solicitud de encuesta: radicado 266358 del 01/12/2017, estado cerrada, se observa en el sistema registro de los documentos recibidos, reporte con dirección de encuesta el 12/12/2017, coherencia en las personas encuestadas, calificación nivel 1, conforme.
- Trámite de corrección de datos TI por CC: radicado FMF-291048, estado cerrado, se observa en el sistema datos coincidentes, soporte de cambio, corrección realizada, Lista de ficha histórica, conforme.

Se entrevista a la asesora Valentina Mejía Zapata observando conocimiento de la política de calidad, de las variables de calidad requeridas para la prestación del servicio, del trámite para el producto no conforme, de las consecuencias de cometer errores, del Manual de servicio a la ciudadanía, conforme.

#### Indicadores:

Nivel de servicio Canal presencial: Meta 80% en 15 min, real 91.6%.

Nivel de satisfacción ciudadana: Meta 90%, real 82.2%.

Se observa generación de acciones para alcanzar la meta de satisfacción ciudadana.

**No conformidades y acción correctiva:** Se tomas las siguientes muestras para revisión:

Acción de mejora 758, se observa análisis causal e implementación de acciones como Socialización de la Guía Metodológica de cara al ciudadano del 26/04/2018, actualización de la documentación del proceso, socialización de los documentos, conforme.

Acción de mejora 752, se observa descripción de la situación actual y la situación deseable y generación de acciones, conforme.

#### Fortalezas:

- Conocimiento del personal del Manual de servicio a la ciudadanía y los procedimientos para la realización de los trámites de los ciudadanos, lo que permite la prestación de un servicio eficiente, oportuno y de calidad.
- El registro de los documentos recibidos de los ciudadanos como propiedad del cliente, lo que genera trazabilidad y control adecuado.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	44 of 6

**Oportunidad de mejora:**

N°	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	9.1.2	<b>Servicio a la Ciudadanía. Sede Mas Cerca- Castilla.</b>	Revisar la posibilidad de mejorar la coherencia entre las opciones de respuestas definidas en la encuesta de satisfacción a los ciudadanos y la meta del indicador; ya que la encuesta actual tiene posibilidad de contestación de 1, 2, 3, 4, o 5, que generan salto del 80% al 100% sin que se tenga la opción del 90% que es la meta del indicador. De esta manera el ciudadano tendría otra opción de respuesta y se obtendría una medición más objetiva, dando cumplimiento al numeral 9.1.2 de la norma ISO 9001:2015.	<b>Más Cerca – Castilla</b>

**Conclusión:** El proceso determina y cumple los requisitos del cliente mediante la definición de los trámites y el Manual de Servicio la Ciudadanía, planifica la ejecución de las actividades y las ejecuta de manera controlada cumpliendo con los procedimientos establecidos. Mantiene una buena comunicación con los clientes mediante los medios dispuestos para las consultas y tramites a la ciudadanía, realiza el seguimiento y medición del proceso, analiza la información y genera acciones para la mejora. Se observa muy buena actitud hacia el ciudadano, asesores consientes del tipo de población que cubre y prestos a ayudar en la gestión de sus trámites.

**Las actividades desarrolladas en la sede se encuentran conformes en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**PROCESO N. 17: DESARROLLO ECONOMICO:** Participantes: María Fernanda Galeano, Secretaria Desarrollo Económico. Juliana Cardona Quiroz, Subsecretaria de Turismo. Alejandro De Bedout Arango, Subsecretario de Creación y Fortalecimiento Empresarial. Paula Andrea Zapata Galeano, Subsecretaria de Desarrollo Rural. Valentina Aguilar Ramírez, Directora Técnica del Banco de las Oportunidades. Natalia Ortiz Pineda, Asesora del Programa Medellín Digital. Luz Estela Giraldo Villegas, Líder de Programa. Oscar Fernando Guzmán Quintero, Coordinador y Contratista.

**Requisitos aplicables:** 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.2, 9.3, 10.

El proceso se compone de 3 subsecretarias, y se desarrollan actividades en las áreas de creación y fortalecimiento empresarial, turismo, desarrollo rural, Banco de los pobres, Medellín digital.

**Documentos revisados:**

- Caracterización. CA-DESE-0001. V. 5.
- Procedimiento Mercadeo y Promoción de Ciudad. PR-DESE-036. V. 1

**Evidencias verificadas:**

**Estrategias:**

- Buscando talentos.

Fortalecimiento Mercados campesinos.

Indicador: Nuevos pequeños productores agropecuarios y emprendedores rurales participantes de mercados campesinos.

- Promoción de ciudad.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	45 of 6

Identificar el mercado potencial del sector turístico, informe de marzo de 2018.

Eventos captados: Meta cuatrienio: 307, se lleva acumulado el 75.9%.

- Medellín Digital.

Programa Medellín digital PR-DESE-025 V. 1.

Identificación de necesidades con la comunidad, espacios públicos con acceso gratuito a internet.

Meta: 100 puntos de conectividad en el cuatrienio. En el 2018 se espera cumplir la meta de 75.

Para el 2018, se tiene en curso la instalación de 30 zonas wifi nuevas.

- Penetración de banda ancha.

Plataforma web para MiPymes implementada. Diagnóstico y plan de acción para la digitalización de Medellín implementado.

**Indicador:**

Vinculación laboral: Meta: 10% anual. A corte mayo de 2018 se cumple la meta.

**Riesgos:**

Demora: Valorado como riesgo alto.

Desacierto. Con la nueva valoración se reduce de alto a moderado.

Error: De riesgo alto pasa a moderado.

En el 2018 no se han materializado.

Corrupción:

Fraude, Falsedad y Tráfico de influencias.

Los riesgos tienen un control adecuado.

**Fortalezas:**

- El acercamiento con la ciudadanía y el seguimiento a la efectividad de los programas como la oferta pública de empleo; que permite aumentar la confianza de la ciudadanía en las Instituciones.
- El aumento en la cobertura de internet y de las zonas wifi gratuitas, lo que permite que la ciudadanía tenga mejor acceso a información y a mejor tecnología.
- La ayuda suministrada y el seguimiento continuo aplicado, para que los mercados campesinos sigan teniendo éxito en los sitios donde operan.

**Conclusión:**

El proceso cumple con las directrices establecidas y ha desarrollado estrategias que permiten destacar de forma positiva las bondades de la ciudad.

**El Proceso se encuentra conforme en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**DESARROLLO ECONÓMICO: SEDE BANCO DE LAS OPORTUNIDADES. Participantes:**

Valentina Aguilar Ramírez, Directora Técnica. Alejandra Noreña, Contratista. Edison Montoya, Contratista y Contador.

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.5.3; 8.1; 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3; 8.5.4; 8.5.5; 8.5.6; 8.6; 8.7; 9.1.1; 9.1.3; 9.2; 9.3 10.1; 10.2; 10.3.

**Documentos revisados:**

- Decreto 1071 de diciembre 6 de 2017. Contiene todas las líneas de crédito y requisitos.

**Evidencias verificadas:**

- Convenio de asociación N. 4600066047 de 2016. Corporación para el Desarrollo de la Microempresa en Colombia- Microempresas de Colombia. Objeto: Manejo integral de las líneas de microcrédito del programa Banco de los Pobres- el Banco de las Oportunidades.
- Informe financiero del operador con corte al mes de junio de 2018. Contiene: Informe de cartera, recaudos, recaudo por cartera castigada, colocación por zonas, empleos generados, extractos bancarios, siplaf, cartera y recaudo Bancuadra. Se cruza el informe del

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	46 of 6

Operador vs informes de supervisión: conciliación de cuentas bancarias, recaudo, recaudo de cartera castigada, informe de visitas pos crédito.

- Informe financiero del operador con corte al mes de mayo de 2018. Se evidencia informe del operador y todos los cruces. Se evidencia en el aplicativo SAP los saldos de las cuentas: cartera castigada, rendimientos financieros: nos muestra el movimiento del mes.
- Informes de supervisión evidenciados en el SECO'P. Código: FO-ADQUI-120- V.6. Informe parcial de supervisión o interventoría. Se toman como muestra los meses de febrero, marzo y mayo de 2018. Contienen. Informe financiero, informe administrativo, evaluación del proveedor, informe financiero y contable e informe jurídico.
- Análisis de riesgos etapa de planeación convenio. Acta del 26 de junio de 2018.
- Actas de Junta administradora, Nos. 75 del 20 de diciembre de 2017, N.76 del mes de enero de 2018, 77 de febrero y 79 de abril. En todas se analiza resultados, estados de cartera, desagregación por sector y actividad económica, tareas pendientes acordadas en la reunión.
- Informe de cartera por edades a mayo y junio. El valor más representativo corresponde al 9.46%, cartera de Bancuadra con edad mayor a 90 días.

**Indicadores:**

Colocación de créditos. 59% acumulado a junio.

Solicitudes recibidas para crédito. Cumple 59%.

Capacitación a usuarios beneficiarios de los créditos. 97%. Acumulado.

Estrategia de comercialización. 121%. Acumulado a junio.

**Fortalezas:**

- El control a la cartera castigada con el operador anterior, permitiendo la recuperación de recursos.
- Las actividades de seguimiento y control orientadas a las actividades desarrolladas por el operador, permitiendo una adecuada validación de la oportunidad y calidad de los servicios de crédito entregados a los ciudadanos.

**Conclusión:** El Banco de las Oportunidades es un programa que fomenta la creación de nuevas empresas y ayuda al fortalecimiento de las ya existentes. Se evidencia una amplia cobertura en las comunas de la ciudad Medellín y sus corregimientos. Cuenta con amplias líneas de crédito con tasas de interés favorables y con agilidad en las respuestas a las solicitudes. Los canales de información de los servicios son a través de volanteo, redes sociales, servicio al ciudadano y sitio web de la Alcaldía de Medellín.

**Las actividades desarrolladas en la sede se encuentran conformes en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**DESARROLLO ECONÓMICO. SEDE CEDEZO LA LADERA. Participantes:** Juan Camilo Uribe Escallón, Apoyo a la Coordinación General del CEDEZO. Marlith Lucía Pedraza Castillo, Profesional administrativa. Paula Andrea Zapata Galeano, Subsecretaria de Creación y Fortalecimiento Empresarial. José María Pérez Lora, Líder de la unidad de Desarrollo Socioeconómico. Claudia Cardona Márquez, Profesional de gestión CEDEZO. Katty Eliana Agudelo Carmona, Gestora CEDEZO. Oscar Guzmán, Apoyo Coordinación del SIG. Luz Estella Giraldo, Líder de la Unidad Administrativa. Juan Sebastián Pineda, Enlace de Planeación Organizacional. Yeimi Velásquez, Oficina Pública de Empleo. Edwin Bernal, Apoyo a la Coordinación de la Oficina pública de empleo. Lina María Pozo, Enlace de la Subsecretaría de Creación y Fortalecimiento Empresarial.

**Requisitos aplicables:** 6.1; 7.5.3; 8.1; 8.5.1; 8.5.2; 8.5.3; 8.5.4; 8.5.5; 8.5.6; 8.6; 8.7; 9.1.1; 9.1.3;

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	47 of 6

9.2; 9.3 10.1; 10.2; 10.3.

**Documentos revisados:**

- Procedimiento Centro de Desarrollo Empresarial Zonal PR-DESE-010 - Programa de Empresarismo Barrial V.3. (CEDEZO)

**Evidencias verificadas:**

Cumplimiento del procedimiento PR-DESE Centro de Desarrollo Empresarial Zonal. (CEDEZO):

- Registro PR-DESE-10, Centro de Desarrollo Empresarial Zonal - Programa de Empresarismo Barrial V.8 con la identificación de las necesidades de los emprendedores y empresario de las Comunas y Corregimientos, conforme.
- Registro FO-DESE-177, Identificación de Necesidades Emprendedor por Comuna y/o Corregimiento identificando la necesidad de programas de fortalecimiento de empresarios, conforme.
- Registro FO-DESE 178, Identificación de Necesidades Empresa por Comuna y/o Corregimiento: Con la identificación de tipos de negocios, siendo los más preponderantes los de alimentos, manufactura, artesanías, con microempresas de menos de 10 trabajadores y sin formalización, conforme.
- Registro FO-DESE 179, Plan de Trabajo anual 2018 del programa, con el presupuesto para participación de eventos, fortalecimiento de empresas y fortalecimiento a emprendedores, conforme.
- FO-DESE 159, Plan de Trabajo Anual Cedezo, con la definición de las actividades y los indicadores para el año del CEDEZO, se observa el cierre de 2017 con cumplimiento de las metas y control en la ejecución del año 2018, conforme.
- Registro FO-DESE-180, Seguimiento Plan de Trabajo, con el seguimiento a las actividades desarrolladas a la fecha, conforme.
- FO-DESE 181, Programación semanal Cedezo; programación semanal de todos los CEDEZOS, se filtra Villa Hermosa, observando las actividades programadas, conforme.

Se revisa cumplimiento de FO-DESE 181 Programación semanal Cedezo con la ejecución de los siguientes cursos:

- Direccionamiento estratégico del 21/02/2018, registro FO-DESE 200, Listado de Asistencia, con 12 asistentes, conforme.
- Modelo de negocio de 17/04/2018, registro FO-DESE 200 Listado de Asistencia, con 16 asistentes, conforme.
- Diseño Página Web del 26/04/2018, registro FO-DESE 200, Listado de Asistencia con 20 asistentes, conforme.
- Costos y presupuestos del 15/05/2018, registro FO-DESE 200, Listado de Asistencia con 7 asistentes, conforme.
- Gestión de marca del 15/05/2018, registro FO-DESE 200, Listado de Asistencia con 20 asistentes, conforme.
- Nuevas tendencias de ventas de 13/06/2018, registro FO-DESE 200, Listado de Asistencia con 40 asistentes, conforme.
- Charla Aceite de residuo peligroso a insumo de producto 18/07/2018, registro FO-DESE 200, Listado de Asistencia con 4 asistentes, conforme.
- Charla Manipulación de alimentos del 01/06/2018 realizado por el SENA, registro FO-DESE 200, Listado de Asistencia con 2 asistentes, conforme.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	48 of 6



**Intervenciones al empresario:**

- Empresario Juan Pablo Velásquez, cédula 71.878.586. Se observa FO-DESE 231, Trazabilidad de los Servicios Brindados por el programa CEDEZO con el registro de las intervenciones realizadas, se observa registro FO-DESE-280 inscripción del 22/03/2018, FO-DESE-187 Acta de intervención V.2 con diagnóstico inicial del negocio del señor con visita, FO-DESE 200 Listado de Asistencia a charla Evolucionando Tu Ser, FO-DESE 200 Listado de Asistencia charla de manipulación de alimentos, conforme.
- Empresario Luis Soto cédula 98.549.161, se observa FO-DESE 231 Trazabilidad de Los Servicios Brindados por el programa CEDEZO con el registro de las intervenciones realizadas, se observa registro FO-DESE-280 inscripción de 2017 y 2018, FO-DESE-187 Acta de intervención V.2 con diagnóstico 2018 del 10/04/2018 FO-DESE-187 con diagnostico con remisión al programa Crecer es posible, conforme.

**Apoyar la comercialización:**

- Programación de los eventos de participación mensual, se revisa evento Feria de talento local Mujeres emprendedoras, se observa convocatoria enviada por Camilo Uribe Apoyo a la Coordinación con los requisitos de inscripción, reglamento; postulación de tres ciudadanos de comuna 8, Informe del programa, listado de asistencia de los empresarios, reporte de ventas, conforme.

**Actividades de proyección:** Actividades con Oficina pública de empleo SISPE [www.serviciodeempleo.gov.co](http://www.serviciodeempleo.gov.co)

- El CEDEZO trabaja actividades en conjunto con la Oficina pública, se observa registro de socialización CEDEXO-OPE del 10/04/2018, conforme.
- Se revisan 4 socializaciones en mayo de actividades de proyección, se observan los registros de los días 11 de mayo a 11 personas, 15 de mayo a 45 personas, 24 a 8 personas y 29 de mayo a 30 personas, conforme.

**Salidas no conformes:**

Se observan los registros de todos los CEDEZOS a junio, se observa identificación, definición del tratamiento, responsable, conforme.

**Seguimiento y medición de la sede:**

Emprendedores y empresarios apoyados en los CEDEZOS (corresponde los empresarios fortalecidos con más de 8 acompañamientos en el año): meta anual 2.825, real a junio 30%

Se observa acción emprendida al indicador por el cumplimiento, redefinición de la proyección de las metas mensuales lo cual se ajusta al comportamiento del programa, conforme.

Apertura de sedes: Meta 21 CEDEZOS en los cuatro años. Meta año 18 sedes funcionando, real 18 sedes, cumplimiento 100%.

Intervenciones realizadas a empresarios y emprendedores; meta 40.000 anual, real 30.524 a junio.

Apoyo a la comercialización; Meta 100 eventos, real 40 a junio.

Satisfacción de los servicios el CEDEZO: Meta 70%, real 97%.

Se observa seguimiento a la gestión con Informe de gestión mensual con la descripción de las Intervenciones y comparativos por sedes y reuniones periódicas para revisión de los CEDEZOS, se observan actas de reuniones con análisis de resultados, conforme.

**No conformidades y acción correctiva:**

Acción correctiva No 297, se observa análisis causal y planes de acción como creación de los formatos FO-DESE-177 Y FO-DESE-178 cumplimiento en enero de 2018, conforme.

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	49 of 6

**Fortaleza:**

- Registro de la información de los empresarios con la participación y seguimiento a los programas, lo que permite la trazabilidad.

**Oportunidad de mejora:**

N°	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	7.5.3	Desarrollo Económico. Sede Cedezo Ladera.	Revisar la posibilidad mejorar el repositorio de la base de datos de la participación de los empresarios, ya que hoy se encuentra en Excel y es conveniente que se encuentre en una herramienta de mayor capacidad por la cantidad de datos contenidos. Esto permitiría el control y protección adecuado de la información, dando cumplimiento al numeral 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015.	Sede Cedezo Ladera.

**Conclusión:** El proceso planifica las actividades a desarrollar durante el año basados en las necesidades identificadas en la comunidad, define los presupuestos y controla su ejecución, presta el servicio asegurando el cumplimiento de los objetivos para cada empresario y su evolución hacia el crecimiento y la estabilidad enmarcados en el contexto del mercado local. Se da continuidad a los procesos realizados con cada empresario asegurando la mejora y realiza el seguimiento, medición y análisis adecuados de la información.

**Las actividades desarrolladas en la sede se encuentran conformes en relación a los requisitos aplicables de la norma ISO 9001:2015.**

**7. Nonconformities/ No conformidades**

NonConformity / No conformidad:	No. <u>1</u> of/de <u>4</u>	<input type="checkbox"/> Major/ Mayor	<input checked="" type="checkbox"/> Minor/ Menor
Department/Function/Departamento/Función:	Direccionamiento estratégico.	Standard Ref/ Cláusula norma:	6.2.2
Document Ref./ Document Ref.:	DE-DIES-068	Issue / Rev. Status/Edición/Revisión	02

**Details of Nonconformity/ Detalles de No conformidad:**

La entidad no ha definido acciones para el logro de sus objetivos.

**Evidencias:** Por ejemplo, para el objetivo de mejorar la calidad, transparencia y satisfacción social, no se ha determinado el qué se va a hacer ni la forma de medir los resultados, el mismo tiene definido como índice de medición el índice de transparencia el cual a la fecha no se ha medido. Lo mismo ocurre con los objetivos de Mantener y mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad del SIG, mejorar la gestión organizacional a través del desempeño óptimo de los servidores resultado del desarrollo de las competencias laborales y establecer el cumplimiento del mantenimiento preventivo en los equipos de medición y/o apoyo.

Se incumple el requisito 6.2.2 de la norma ISO 9001:2015 que requiere planificar cómo lograr sus objetivos de calidad.

NonConformity / No conformidad:	No. <u>2</u> of/de <u>4</u>	<input type="checkbox"/> Major/ Mayor	<input checked="" type="checkbox"/> Minor/ Menor
Department/Function/Departamento/Función:	Administración de Bienes Muebles e	Standard Ref/ Cláusula norma:	8.5.1

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	50 of 6

	Inmuebles		
Document Ref./ Document Ref.:	CA-ADMI-1	Issue / Rev. Status/Edición/Revisión	8
<b>Details of Nonconformity/ Detalles de No conformidad:</b>			
<p>Se encontraron inconsistencias en el manejo del inventario de la entidad:  <u>Evidencias:</u> En el registro FO-ADMI-014 Formato único para alta de bienes muebles se incluye una impresora de marca multifuncional Ricoh con valor de \$480.000; en la factura la multifuncional Ricoh tiene costo de \$3'250.000 y en el inventario manejado en el sistema SAP con No. de inventario 200432065 se incluye una impresora CANON de valor \$480.000, pero en sitio se envió la multifuncional Ricoh de \$3'250.000. La información no coincide, no es coherente y el registro FO-ADMI-014 tiene campos diligenciados a lápiz.            Se incumple el requisito 8.5.1 que requiere que la producción y prestación del servicio incluya la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.</p>			

NonConformity / No conformidad:	No. <u>3</u> of/de <u>4</u>	<input type="checkbox"/> Major/ Mayor	<input checked="" type="checkbox"/> Minor/ Menor
Department/Function/Departamento/Función:	Gestión del riesgo de desastres.	Standard Ref/ Cláusula norma:	9.1.1
Document Ref./ Document Ref.:	CA- GRD-001.	Issue / Rev. Status/Edición/Revisión	11
<b>Details of Nonconformity/ Detalles de No conformidad:</b>			
<p>No se ha llevado a cabo seguimiento al indicador: "Proporción de atenciones realizadas".  <u>Evidencia:</u> No se ha realizado medición al indicador durante los meses de marzo a junio de 2018. Incumpliendo lo establecido en el numeral 9.1.1 de la norma ISO 9001:2015, que establece que la Organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y conservar la información documentada como evidencia de los resultados.</p>			

NonConformity / No conformidad:	No. <u>4</u> of/de <u>4</u>	<input type="checkbox"/> Major/ Mayor	<input checked="" type="checkbox"/> Minor/ Menor
Department/Function/Departamento/Función:	Gestión Social del riesgo- Sede Diversidad sexual y de Género.	Standard Ref/ Cláusula norma:	
Document Ref./ Document Ref.:	5	Issue / Rev. Status/Edición/Revisión	8.5.1
<b>Details of Nonconformity/ Detalles de No conformidad:</b>			
<p>No se evidencia que se controle adecuadamente la prestación de los servicios a través del <u>contrato Interadministrativo N.4600071827 de 2017 suscrito con la Universidad de Antioquia,</u> para desarrollar actividades orientadas a la inclusión y reconocimiento de las diversidades sexuales e identidades de género.  <u>Evidencia:</u> No cuentan con los informes de supervisión correspondiente a los meses de enero a junio de 2018. Incumpliendo de esta manera lo establecido en el numeral 8.5.1 en lo relacionado con la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas y los criterios de aceptación para los productos y servicios.</p>			

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	51 of 6

**Client Proposed Action to Address Minor Non-Conformances Raised at this Audit / acción propuesta por el cliente para atender las no conformidades emitidas en esta auditoría:**

- Se recibieron 4 planes de acción, cuyo contenido es apropiado a los efectos de las no conformidades menores encontradas. Fueron aprobados por la Auditora Líder y confirmados al Municipio de Medellín.

Nonconformities detailed here shall be addressed through the organization's corrective action process, in accordance with the relevant corrective action requirements of the audit standard, including actions to analyse the cause of the nonconformity and prevent recurrence, and complete records maintained. /Las No Conformidades detalladas aquí deberán ser tratadas según el proceso de acción correctiva de la organización, siguiendo los requisitos relevantes de la acción correctiva de la norma de auditoría, incluyendo las acciones tomadas para analizar las causas de la no conformidad y prevenir su recurrencia, y manteniendo los registros completos.

<input type="checkbox"/>	<i>Corrective actions to address identified major nonconformities shall be carried out immediately including a cause analysis, and SGS notified of the actions taken within 30 days. An SGS auditor will perform a follow up visit within 90 days to confirm the actions taken, evaluate their effectiveness, and determine whether certification can be granted or continued. / Las acciones correctivas para tratar las no conformidades Mayores identificadas deberán ser atendidas inmediatamente incluyendo el análisis de causa y se notificará a SGS de las acciones tomadas en el plazo de 30 días. Un auditor de SGS realizará una visita de seguimiento en el plazo de 90 días para confirmar las acciones tomadas, para evaluar su efectividad, y para determinar si la certificación puede ser concedida o continuar. La carpeta será evaluada cuando se reciban los planes de acción.</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Corrective actions to address identified major nonconformities shall be carried out immediately including a cause analysis, and records with supporting evidence sent to the SGS auditor for close-out within 90 days/ Las acciones correctivas para tratar no conformidades mayores identificadas, deberán ser realizadas inmediatamente incluyendo el análisis de causa, y los registros con la evidencia de soporte enviados al auditor de SGS en un plazo de 90 días. La carpeta será evaluada cuando se reciban los planes de acción.</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Corrective Actions to address identified minor non conformities including a cause analysis, shall be documented on a action plan and sent by the client to the auditor within 90 days for review. If the actions are deemed to be satisfactory they will be followed up at the next scheduled visit/ Las acciones correctivas para tratar las no conformidades menores identificadas incluyendo el análisis de causa, deberán ser documentadas es un plan de acción y ser enviados al auditor de SGS en un plazo de 90 días para su revisión. Si las acciones son consideradas satisfactorias su seguimiento se realizará en la siguiente visita programada. La carpeta será evaluada cuando se reciban los planes de acción.</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Corrective Actions to address identified minor non-conformities including a cause analysis, have been detailed on an action plan and the intended action reviewed by the Auditor, deemed to be satisfactory and will be followed up at the next scheduled visit./ Las acciones correctivas para tratar las no conformidades menores identificadas incluyendo el análisis de causa, han sido detalladas en un plan de acción y las acciones propuestas revisadas por el auditor, son consideradas satisfactorias y su seguimiento se hará en la siguiente visita programada.</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Appropriate cause analysis and immediate corrective and preventative action taken in response to each non-conformance as required/ Es adecuado el análisis de causas de acciones correctivas y preventivas inmediatas, en respuesta a cada no conformidad según corresponda.</i>

*Note: - Initial, Re-certification and Extension audits – recommendation for certification cannot be made unless check box 4 is completed. For re-certification audits the time scales indicated may need to be reduced in order to ensure re-certification prior to expiry of current certification.*

*Nota: - Auditorías Inicial, Re certificación y de Extensión – las recomendaciones para certificación no pueden ser hechas a menos que la lista de chequeo del numeral 4 haya sido completada. Para auditorías de re certificación las tablas de tiempo podrán necesitar ser reducidas para asegurar la re certificación antes de que el certificado vigente expire.*

*Note: At the next scheduled audit visit, the SGS audit team will follow up on all identified nonconformities to confirm the effectiveness of the corrective actions taken*

*Nota: - Para la siguiente visita programada, el equipo auditor de SGS hará el seguimiento a las no conformidades identificadas para confirmar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.*

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	52 of 6

8. General Observations & Opportunities for Improvement/ Observaciones Generales y Oportunidades para Mejora

**Observación:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	7.5.3.1 literal a)	<b>Educación- Sede Escuela del maestro.</b>	No se encontró disponible la totalidad de la información documentada relacionada con la ejecución de la política pública de innovación, en los componentes de desarrollo humano, formación situada, reflexión metodológica e investigación. Lo anterior genera un riesgo de pérdida de la información al incumplir lo establecido en el numeral 7.5.3.1 literal a) de la norma ISO 9001:2015, que establece que "la información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad debe estar disponible y ser idónea para su uso, donde y cuando se necesite".	Sede Escuela del Maestro - Centro De Innovación al Maestro.

**Oportunidades de Mejora:**

N.	Requisitos ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del hallazgo	Sede
1	10.2	<b>Tecnología de la Información y las Comunicaciones.</b>	Fortalecer el análisis de causa raíz definido para las acciones correctivas, dado que se evidenció debilidad en la acción correctiva N. 2178 generada por auditoría Interna y cerrada el 18 de julio; de esta manera se asegura la ejecución de acciones apropiadas que conduzcan a eliminación de la causa identificada, dando cumplimiento al numeral 10.2 de la norma ISO 9001:2015.	<b>CAM, piso 1</b>
2	8.1	<b>Infraestructura Física.</b>	Realizar la planeación de los proyectos considerando los tiempos que tardan en el desarrollo de los trámites y permisos con terceros; de esta manera se asegura el cumplimiento en la ejecución y al numeral 8.1 de la norma ISO 9001:2015.	<b>CAM, Piso 9.</b>
3	6.1	<b>Direccionamiento Estratégico</b>	Actualizar oportunamente la probabilidad del riesgo de desacierto que se materializó desde abril de 2018 y aún no se ha re-evaluado, con el fin de mantener actualizada la información y generar acciones oportunas. De esta manera damos cumplimiento al requisito 6.1 de la norma ISO 9001:2015.	<b>CAM</b>
4	7.5.3.1	<b>Catastro.</b>	Considerar la posibilidad de realizar el escáner de los documentos de ingreso y de salida para subirlos a la plataforma Mercurio, de esta manera se agilizan los trámites y se facilita el control y la disponibilidad de la información. Dando cumplimiento al requisito 7.5.3.1 de la norma ISO 9001:2015.	<b>Edificio Comfama Carrera 45 49A-16</b>

5	8.5.1	Catastro.	Asegurar el cumplimiento de la actualización catastral acorde con la Resolución 70 de 2011 del Instituto Geográfico Agustín Codazzi, con lo cual se garantiza el manejo eficiente y eficaz de la información y la confiabilidad para el usuario y el cumplimiento al requisito 8.5.1 de la norma ISO 9001:2015.	Edificio Comfama Carrera 45 49A-16
6	9.2	Evaluación y Mejora	Asegurar que el programa de auditoria interna refleje la aplicación de los criterios de programación de auditoria requeridos por ISO 9001, tales como: resultados de auditorías previas, la importancia de los procesos y cambios que afecten a la organización; de esta manera se puede demostrar mayor cumplimiento con el requisito 9.2 de la norma ISO 9001:2015.	CAM, piso 11.
7	8.5.1	Gestión del Riesgo de desastres	Fortalecer la gestión de la contratación para la ejecución de proyectos, de esta manera se da cumplimiento a las intervenciones de mitigación en zonas de riesgo y demás actividades que conducen al logro de los objetivos del proceso y el cumplimiento al requisito 8.5.1 de la norma ISO 9001:2015.	Edificio Plaza La Libertad, Piso 16.
8	8.7.1	Gestión del Riesgo de desastres	Invitación a continuar trabajando en los productos de cara al ciudadano, alineados con el riesgo materializado y el fortalecimiento en la documentación de las acciones, lo anterior asegura que los servicios que se entreguen al ciudadano se encuentren conformes con los requisitos y se cumpla con lo establecido en el numeral 8.7.1 de la norma ISO 9001:2015.	Edificio Plaza La Libertad, Piso 16
9	7.5.3.1	Gestión del Riesgo de desastres	Solicitar reinducción en el manejo de la plataforma Isolución, pues se evidenció dificultad en la búsqueda de información lo que generó demora en la ejecución de la auditoría. De esta manera se garantiza la agilidad en los procesos de consulta y el cumplimiento con el numeral 7.5.3.1 de la norma ISO 9001:2015.	Edificio Plaza La Libertad, Piso 16
10	10.2.1, Literal b).	Gobierno Local	Profundizar en las evidencias de implementación para el cierre de las acciones de mejora, como es el caso de la Acción de mejora No. 2092 que tiene como actividad "remitir correo a los inspectores de policía con el fin de entrenar a sus equipos de trabajo en los trámites procesales", la acción se cierra con el envío del correo. De esta manera se asegura que se ataca la causa raíz identificada y se puede dar cumplimiento al numeral 10.2.1, literal b.	CAM, piso 3.
11	7.5.2	Gobierno local.	Revisar la redacción de la Actividad 6 del Procedimiento Control de Publicidad Exterior Visual. PR-GOBI-038. V. 5, para evitar confusiones en su aplicación y dar cumplimiento al numeral 7.5.2 de la norma ISO 9001:2015.	CAM, piso 3.
12	10.2. Literales b) y c).	Participación Ciudadana	Mejorar el manejo de las acciones del proceso, como el caso de la acción de mejora No. 2146 por la materialización del riesgo, para la cual no se analizaron causas, se incluyeron las actividades en la	Plaza de la Libertad, piso 15

			acción abierta del año 2017 que no cumplió con sus fechas de compromiso que tenían plazo hasta el 19 de diciembre de 2017. De esta manera se asegura el cumplimiento al numeral 10.2 literales b) y c) de la norma IOS 9001:2015.	
13	8.5.1	Gestión Social del Riesgo	Fortalecer la gestión de la contratación que permita avanzar en la ejecución de algunos programas como “niños, niñas y adolescentes víctimas de reclutamiento con protección integral de sus derechos”. Y de esta manera dar cumplimiento a los programas y a los Objetivos del Proceso, permitiendo cumplir con el requisito 8.5.1 de la norma ISO 9001:2015.	Edificio Plaza La Libertad, Piso 1.
14	8.5.1	Gestión Social del Riesgo- Sede Casa de Prado (Medellín Solidaria).	Organizar la información relacionada con los soportes de los informes de Gestión vs informes de supervisión y visitas en campo de acuerdo a los cronogramas, lo que asegura que se ejerza controles adecuados que garanticen la prestación del servicio acorde a las necesidades identificadas dando cumplimiento a los Objetivos planificados y al requisito 8.5.1 de la norma ISO 9001:2015.	Sede Casa de Prado (Medellín Solidaria).
15	9.1.1	Servicio a la Ciudadanía.	Ajustar la medición de Eficacia del centro de relevo que no cumple la meta esperada, porque no se tiene forma de filtrar las pruebas; de esta manera se garantiza el resultado real del comportamiento y se daría cumplimiento a lo establecido en el numeral 9.1.1 de la Norma ISO 9001:2015.	CAM, piso 6.
16	6.1.1	Servicio a la Ciudadanía.	Revisar las causas que generan el riesgo de incumplimiento en trámites, materializado por causas externas, esto aseguraría la identificación de controles adecuados y el cumplimiento al numeral 6.1.1 de la norma ISO 9001:2015.	CAM, piso 6.
17	9.1.2	Servicio a la Ciudadanía. Sede Mas Cerca-Castilla.	Revisar la posibilidad de mejorar la coherencia entre las opciones de respuestas definidas en la encuesta de satisfacción a los ciudadanos y la meta del indicador; ya que la encuesta actual tiene posibilidad de contestación de 1, 2, 3, 4, o 5, que generan salto del 80% al 100% sin que se tenga la opción del 90% que es la meta del indicador. De esta manera el ciudadano tendría otra opción de respuesta y se obtendría una medición más objetiva, dando cumplimiento al numeral 9.1.2 de la norma ISO 9001:2015.	Más Cerca – Castilla
18	7.5.3	Desarrollo Económico. Sede Cedezo Ladera.	Revisar la posibilidad mejorar el repositorio de la base de datos de la participación de los empresarios, ya que hoy se encuentra en Excel y es conveniente que se encuentre en una herramienta de mayor capacidad por la cantidad de datos contenidos. Esto permitiría el control y protección adecuado de la información, dando cumplimiento al numeral 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015.	Sede Cedezo Ladera.

--

9. Opening and Closing Meeting Attendance Record/ *Registro de Asistencia de Reuniones de Apertura y Cierre. Se diligenció el registro, el cual forma parte del paquete de Auditoría.*

Name/Nombre	Position/Puesto	Opening/ Apertura	Closing/ Cierre



## ANEXO TRANSICIÓN VERSIÓN 2015 ISO 9001

Clausula	Nombre	Evidencias, pistas, hallazgos, etc.
4.1	<b>COMPRESIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO.</b>	La entidad determinó el contexto mediante la matriz DOFA y el Estudio Técnico de Modernización donde se consideraron el entorno social, entorno económico, entorno tecnológico, entorno político en el año 2012 y se actualizó en el año 2016.
4.2	<b>COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS.</b>	En cada proceso se tienen definidas las interacciones con partes interesadas tanto internas como externas. En la elaboración del Plan de Desarrollo Municipal, se realizó acercamiento con las partes interesadas tales como comunidades (16 comunas 5 corregimientos), se consolidó la información de las PQR y se tuvo en cuenta el POT del municipio el cual fue concertado con los diferentes gremios atendiendo sus necesidades y expectativas.
5.1	<b>LIDERAZGO Y COMPROMISO.</b>	Se demuestra compromiso en la Entidad mediante la participación activa de cada Secretaría en el establecimiento y mejora de sus dependencias.
6.1	<b>ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES.</b>	En cada proceso se tiene definidos los riesgos de acuerdo a la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública: "Guía para la Administración del Riesgo de diciembre de 2014" y "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción año 2015".
5.3 – 6.3 – 8.2.4 – 8.5.6	<b>PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS.</b>	Procedimiento Orientación Proceso de Empalme Cambios de Administración. PR-DIES-003. V. 1.
7.1.6	<b>CONOCIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN.</b>	La Gestión del Conocimiento se aplica en los diferentes Procesos. Las Secretarías han definido y fortalecido los conocimientos mediante la documentación de instructivos y Gestión de Proyectos de innovación: Se menciona uno de ellos: Proceso Gestión Social del Riesgo: <u>Gestión del conocimiento para la innovación social</u> . Se evidencia repositorio, radar situacional y carpeta colectiva. <u>Tertulias de Gestión del</u>

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	57 of 6

		<p><u>conocimiento o conversatorios de saberes</u>. Se evidencia metodología y se han desarrollado 2 Temas: Cuidadores, marzo 21 de 2018. Inclusión y exclusión sociedad colombiana, junio 20. Lo almacenan en las carpetas compartidas, se evidencia presentaciones, audios y registros fotográficos.</p>
8.5.5	<p><b>ACTIVIDADES POSTERIORES A LA ENTREGA.</b></p>	<p>A través de las mediciones de la percepción que se realizan al finalizar la ejecución de los Programas y Proyectos. De igual manera la oportuna solución y respuesta a las PQR recibidas de los ciudadanos y partes interesadas.</p>

Job n°/Certificado No.:	CO/MED/2000010531	Report date/ Fecha de reporte:	Agosto 17 de 2018	Visit Type/ Tipo de visita:	SUR 2-TAA	Visit n°/ Visita No.:	2
CONFIDENTIAL/ CONFIDENCIAL		Document/ Documento:	GS0304	Issue n°/ Revisión No.:	21	Page n°/ Página No.:	58 of 6