

PLAN DE MEJORAMIENTO

Estado de Hallazgos en la Plataforma

ISOLUCION

Período: enero a marzo de 2025

Jefe de Oficina de Control Interno

Andrea Gil Herrera



Concejo
Distrital de Medellín



Contenido

1	OBJETIVO GENERAL	4
2	ALCANCE	4
3	NORMATIVIDAD	4
4	CONTROLES IDENTIFICADOS.....	5
5	SEGUIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS	6
6	DISCRIMINACIÓN DE HALLAZGOS ABIERTOS POR PROCESO	7
6.1	Proceso de Comunicaciones y Relaciones Corporativas (CRC)	7
6.2	Proceso de Debate Temático Público (DTP).....	7
6.3	Proceso de Evaluación Independiente (EI).....	7
6.4	Proceso de Gestión de Bienes y Servicios (GBS)	7
6.5	Gestión de la Información (GI)	7
6.5.1	No Conformidad 750	7
6.5.2	Nota de Mejora 310	9
6.6	Proceso de Gestión del Talento Humano (GTH).....	10
6.6.1	No Conformidad 749	11
6.6.2	No Conformidad 755	11
6.6.3	No Conformidad 757	12
6.6.4	No Conformidad 756	12
6.6.5	Nota de Mejora 313	13
6.6.6	Nota de Mejora Auditoría Interna 318.....	14
6.6.7	Nota de Mejora Auditoría Interna 319.....	14
6.6.8	Nota de Mejora Auditoría Interna 320.....	15
6.6.9	Nota de Mejora Auditoría Interna 315.....	16
6.6.10	Nota de Mejora Auditoría Interna 317.....	16
6.7	Proceso de Gestión Estratégica y Planeación (GEP).....	17
6.7.1	No Conformidad 753	17
6.7.2	No conformidad 762.....	19
6.7.3	No conformidad 761.....	19



6.7.4	No conformidad 760.....	20
6.7.5	No conformidad 759.....	20
6.8	Proceso de Mejora Continua (MC).....	21
7	DISCRIMINACIÓN DE HALLAZGOS VENCIDOS.....	21
7.1	Proceso de Gestión de Bienes y Servicios (GBS)	22
7.1.1	Nota de Mejora 312	22
7.2	Proceso de Mejora Continua (MC).....	23
7.2.1	Nota de Mejora 308	23
8	DISCRIMINACIÓN DE ACCIONES CERRADAS	24
8.1	Proceso de Gestión del Talento Humano (GTH).....	24
8.1.1	Nota de Mejora Auditoría Interna 316.....	24
8.1.2	No Conformidad 752	25
8.1.3	No conformidad 758.....	26
9	CONCLUSIONES.....	27
10	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	27



1 OBJETIVO GENERAL

Realizar seguimiento y la trazabilidad sobre el cumplimiento de las acciones consignadas en los planes de mejoramiento, derivados de los hallazgos realizados a las diferentes instancias del Concejo Distrital de Medellín, desde las auditorías. Así mismo, entregar insumos a la alta dirección, con el fin de tomar las acciones necesarias frente al Sistema de Integrado de Gestión, que permita la mejora continua de los procesos.

2 ALCANCE

A través del seguimiento y control de los planes de mejoramiento, levantados en los diferentes procesos, se pretende controlar las causa y factores que originan los hallazgos, gestionar los riesgos identificados y asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Además, resaltar el valor de los planes de mejoramiento, como parte de la mejora continua de los procesos y como insumo para la toma de decisiones por parte de la alta dirección, con el fin de minimizar los riesgos, fortalecer los procesos y asegurar el cumplimiento de los objetivos de la Corporación, así como la optimización del Sistema de Control Interno.

3 NORMATIVIDAD

Ley 87 de 1993, Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.4.9, y demás disposiciones legales.



4 CONTROLES IDENTIFICADOS

Se reportan las acciones de mejora, registradas en los planes de mejoramiento, consignados en el sistema ISOLUCION, las cuales se derivan de los hallazgos de las diferentes auditorías.

La información se consigna de la siguiente manera:

1. Generación de reporte consolidado del estado actual de las acciones por proceso, a partir del monitoreo realizado al sistema ISOLUCION
2. Seguimiento a las acciones correctivas implementadas en cada hallazgo y la verificación de los correspondientes avances.
3. Remisión de correos electrónicos arrojando alertas sobre el estado de los hallazgos por proceso.
4. Verificación de evidencias para cierre de acciones

Abreviaturas las cuales se refieren a los procesos y acciones existentes de la corporación:

SIGLA	Definición
<i>CRC</i>	<i>Comunicaciones Relaciones Corporativas</i>
<i>DTP</i>	<i>Debate Temático Público</i>
<i>MC</i>	<i>Mejora Continua</i>
<i>EI</i>	<i>Evaluación Independiente</i>
<i>GI</i>	<i>Gestión de Información</i>
<i>GTH</i>	<i>Gestión del Talento Humano</i>
<i>GEP</i>	<i>Gestión Estratégica y Planeación</i>
<i>GBS</i>	<i>Gestión de Bienes y Servicios</i>
<i>NC</i>	<i>No conformidad (auditoría interna y externa)</i>
<i>OPM CALIDAD</i>	<i>Oportunidad de mejora (auditoría externa)</i>
<i>OPM PROCESOS</i>	<i>Oportunidad de mejora procesos (auditoría interna y de calidad, revisión por la dirección, revisión del sistema)</i>
<i>RIESGOS</i>	<i>Acción para abordar riesgos</i>
<i>NCA</i>	<i>No conformidad de auditoria (auditoría interna por control interno – revisión por la dirección)</i>
<i>NM</i>	<i>Nota de mejora – revisión por la dirección</i>
<i>NMA</i>	<i>Nota de mejora de auditoria (auditoría interna por control interno – revisión por la dirección)</i>
<i>AP</i>	<i>Acción Preventiva derivada de los riesgos institucionales.</i>
<i>SNC</i>	<i>Salida no conforme.</i>

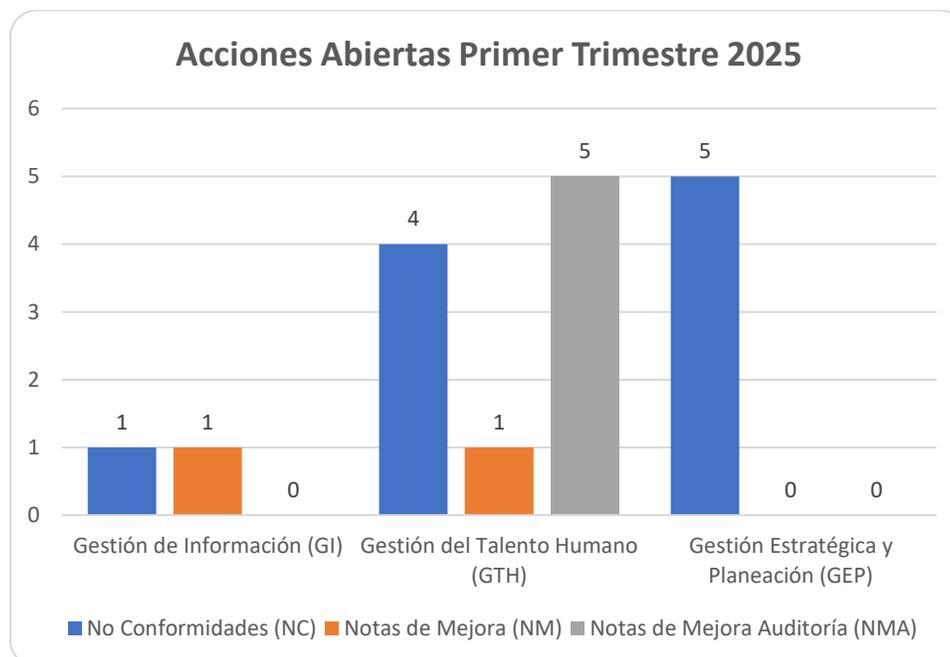


5 SEGUIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS

La información aquí consignada detalla por proceso, las acciones que estuvieron abiertas en el primer trimestre del 2025, en su totalidad cuentan con tratamiento y seguimiento a la acción correctiva.

Tabla 1. Reporte Consolidado Módulo de Mejora – ISOLUCIÓN Acciones Abiertas primer trimestre 2025

ACCIONES ABIERTAS PRIMER TRIMESTRE DE 2025										
	NC	Riesgos	OPM calidad	NM	NCA	AP	NMA	Salida no conforme	OPM Procesos	Total
CRC										
DTP										
EI										
GBS										
GI	1			1						2
GTH	4			1			5			10
GEP	5									5
MC										
TOTAL	10			2			5			17



Se tienen diez (10) no conformidades abiertas, cuya acción correctiva tiene proyectado el cierre para el año 2025, dos (2) notas de mejora y cinco (5) notas



de mejora de auditoria, cuyo cierre se encuentra proyectado para el mismo año 2025.

6 DISCRIMINACIÓN DE HALLAZGOS ABIERTOS POR PROCESO

6.1 Proceso de Comunicaciones y Relaciones Corporativas (CRC)

Al 31 de marzo de 2025, con la revisión realizada, no evidenció acciones abiertas para este proceso.

6.2 Proceso de Debate Temático Público (DTP)

Al 31 de marzo de 2025, con la revisión realizada, no evidenció acciones abiertas, para este proceso.

6.3 Proceso de Evaluación Independiente (EI)

Al 31 de marzo de 2025, con la revisión realizada, no se evidenció acciones abiertas para este proceso.

6.4 Proceso de Gestión de Bienes y Servicios (GBS)

Al 31 de marzo de 2025, con la revisión realizada, no se evidenció acciones abiertas para este proceso.

6.5 Gestión de la Información (GI)

6.5.1 No Conformidad 750

No se encontró evidencia del documento soporte para el cierre de la no conformidad 734 de la auditoría 2023.

Por otro lado, el indicador de implementación de Gobierno Digital no cumplió la meta de aumentar en el 5% durante el 2023, al preguntarle a



los responsables sobre el documento soporte, argumentan que, si se diligenció y si hubo un aumento, pero este no se encuentra. Las anteriores 2 situaciones, evidencian problemas en la gestión documental del proceso como lo exige el numeral 7.5.3. En el tratamiento se han realizado las siguientes actividades:

Actividad 1: Construir el documento metodológico para la administración documental de la unidad de gestión de la información.

Resultado: Al 02/01/2025 No se acogió esta acción, no fue formulado por la líder y su equipo de trabajo.

Actividad 2: Aplicar la metodología propuesta para el control documental de la Unidad de Gestión de la Información.

Resultado: Al 02/01/2025 No se acogió esta acción, no fue formulado por la líder y su equipo de trabajo.

Actividad 3: Revisar el cumplimiento de la metodología implementada de organización documental.

Resultado: Al 02/01/2025 No se acogió esta acción, no fue formulado por la líder y su equipo de trabajo.

Actividad 4: Socializar la metodología implementada al interior de la unidad y al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Resultado: Al 02/01/2025 No se acogió esta acción, no fue formulado por la líder y su equipo de trabajo.

Actividad 5: Capacitación al proceso de gestión de la información sobre la organización de la documentación.



Resultado: Al 02/01/2025, Se realizará una vez se aplique la estructura documental.

Actividad 6: Aplicar la estructura de organización de archivos en la red para la Unidad de Informática.

Resultado: Al 12/03/2025 Se ha estado migrando la información a la nueva estructura.

Plan de Mejoramiento

Actividad 1: Capacitación al proceso de gestión de la información sobre la organización documental, garantizando la no recurrencia de no encontrar la información soporte.

Resultado: Al 02/01/2025 Se realizará una vez se aplique la nueva estructura documental.

Actividad 2. en el primer seguimiento trimestral de CIG&D del 2025 al proceso de Gestión de la Información, socializar la mejora y resultados de la implementación de la metodología.

6.5.2 Nota de Mejora 310

La corporación necesita mejorar su gestión documental mediante la digitalización de algunos flujos de información para optimizar dicho proceso.

En el plan de mejoramiento es Mejorar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información en la corporación.

La meta es: La implementación del proceso de digitalización de las series documentales en Mercurio.

Plan de acción se encuentran las siguientes actividades con seguimiento:

Actividad 1: Presentar documento rector, ente el CIG&D en el cual se definan los instrumentos archivísticos de las series y subseries documentales para producción digital en la corporación.



Resultado: Al 02/01/2025, No se acogió esta acción, no fue formulada por la líder y su equipo.

Actividad 2: Establecer cronograma de implementación de la digitalización de las series y subseries documentales, seleccionadas y aprobadas para tal fin.

Resultado: Al 02/01/2025, No se acogió esta acción, no tiene relación con la situación presentada. No fue formulada por la líder y su equipo.

Actividad 3: Capacitar al personal en la plataforma Mercurio (al menos una capacitación a la fecha) para la producción digital de expedientes y documentos.

Resultado: Al 02/01/2025, De forma permanente y a medida que ingresan los usuarios se realiza capacitación en Mercurio.

Actividad 4: Presentar ante el CIG&D el resultado de la implementación digital del flujo documental seleccionado y aprobado para la corporación.

Actividad 5. Decidir por parte del Comité Interno de Archivo qué serie documental producir electrónicamente en Mercurio.

Actividad 6. Implementar módulo de contrato electrónico en Mercurio.

Resultado: Al 22/01/2025, Se autorizó adición y prórroga del contrato con Servisoft para implementar módulo de contrato electrónico. Se iniciaron actividades en el módulo a partir de 7 de enero de 2025. Se están realizando ajustes al flujo del proceso contractual, se solicitará prórroga del contrato para lograr parametrizar todas las formas de selección del proveedor y las etapas de ejecución contractual y cierre de los contratos.

6.6 Proceso de Gestión del Talento Humano (GTH)

Al 31 de marzo de 2025, tiene abiertas cuatro (4) **No Conformidades** y una (1) **Nota de Mejora**. Desde la Unidad responsable realizan las gestiones para implementar tratamiento en cada acción propuesta.



6.6.1 No Conformidad 749

Cuenta con tratamiento y seguimiento en la actividad 1. Y Se evidencia el cumplimiento de la actividad descrita en el plan de mejoramiento, toda vez que, en la planeación estratégica del 2024 - 2027, hay una estrategia definida específicamente para la implementación de la gestión del conocimiento en la Corporación.

Actividad 2. Socializar e implementar la metodología de gestión del conocimiento a los líderes de proceso, especificando los roles que cumplirán las personas involucradas en la metodología.

Resultado: Al 24/02/2025, Esta metodología ya se está implementando, ya fueron levantados los conocimientos críticos de proceso Debate Temático Público y se levantaron los procedimientos respectivos, como el de comisiones accidentales virtuales.

Plan de Mejoramiento:

Actividad 1: Plantear en la Planeación estratégica como eje temático la gestión del conocimiento, asignando recursos y estableciendo cronograma de ejecución.

Resultado: En el plan estratégico corporativo, que ya se está publicando en la web corporativa, para el periodo 2024-2027, se tuvo en cuenta en la estrategia" implementar una ruta metodológica para la preservación del conocimiento tácito e implícito de la corporación y cualificar el talento humano" la priorización de estrategias y recursos para implementar la gestión del conocimiento.

6.6.2 No Conformidad 755

Fue creada el 4 de febrero de 2025 y tiene como fecha de cierre proyectada el 11 de julio de 2025, al 31 de marzo de 2025, no cuenta con seguimiento y tiene las siguientes actividades:

Actividad 1. Rotular los recipientes de las sustancias químicas.



Actividad 2. Imprimir y socializar la hoja de seguridad.

Plan de mejoramiento: Sin seguimiento al 31 de marzo de 2025, con las siguientes actividades:

Actividad 1: Compra y entrega de elementos de protección personal.

Actividad 2: Diseño e implementación del programa de prevención de riesgo químico.

Actividad 3: Inspección periódica de uso y cuidado de elementos de protección y rotulación. Se realiza 1 vez al mes.

6.6.3 No Conformidad 757

Fue creada el 11 de febrero de 2025 y tiene como fecha de cierre proyectado el 23 de octubre de 2025, al 31 de marzo de 2025, no cuenta con seguimiento y tiene las siguientes actividades:

Actividad 1: Realizar el simulacro.

Plan de Mejoramiento:

Actividad 1. Planear y realizar el simulacro.

6.6.4 No Conformidad 756

Fue creada el 11 de febrero de 2025 con fecha de cierre proyectada el 31 de julio de 2025, al 31 de marzo de 2025 no cuenta con seguimientos y se tiene tratamiento con las siguientes actividades:

Actividad 1. Levantar parámetros de evaluación de SST para la evaluación de contratistas y proveedores.

Plan de Mejoramiento; al 31 de marzo de 2025, no cuenta con seguimientos y con las siguientes actividades:

Actividad 1. Actualizar el procedimiento de evaluación a contratistas y proveedores, los aspectos que contemplen cumplimiento del SG-SST.



Actividad 2. Revisar, aprobar y socializar la actualización del procedimiento.

6.6.5 Nota de Mejora 313

Desarrollar e implementar un sistema de gestión del conocimiento en la Corporación.

Actividad 1: Revisión y ajuste de la ruta metodológica para la implementación de la gestión del conocimiento en la Corporación.

Resultado: El 30/12/2024, se reportó que se hizo la revisión de la ruta metodológica, se ajustó, se socializó en comité y se solicitó a los líderes el levantamiento de la primera actividad de esta ruta, levantar los conocimientos críticos del cada proceso. se han recibido de comunicaciones y DTP

Actividad 2: Levantar la matriz de conocimientos críticos de los procesos de la Corporación.

Resultado: El 30/12/2024, se reportó seguimiento donde se informa que se envió correo a cada líder para este proceso. se están recibiendo las matrices.

Actividad 3: Diagnóstico inicial de las necesidades de conocimiento actual y futuro de la corporación.

Resultado: El 30/12/2024, se reportó que el diagnóstico se realizará en el año 2025, con la recepción de las matrices de conocimiento crítico.

Actividad 4: Implementación de las actividades descritas en la ruta metodológica definida.

Actividad 5. Cinco (5) capacitaciones al recurso humano en torno a la gestión del conocimiento.

Actividad 6. Evaluación y acciones de mejora sobre la implementación de la gestión del conocimiento de la Corporación.



6.6.6 Nota de Mejora Auditoría Interna 318

Es necesario asegurar la actualización permanente de la matriz legal, como referente para lograr su cumplimiento. Tener en cuenta: - Incluir toda la legislación aplicable al Concejo Distrital Medellín, por ejemplo, tener en cuenta las resoluciones 026, 0256, 3050. - Hacer una correcta relación del “Requisito de aplicación”, en coherencia con su contenido, por ejemplo, el artículo descrito en la resolución 0044 de 2014 no hace parte de la misma. - Analizar la aplicación que tiene para la organización la resolución 0256 de 2014, que derogó la resolución 0044 de 2014 la cual está incluida en la matriz legal, con descripción de evidencias de cumplimiento y reporte de “Cumple” en la columna “Control de cumplimiento”.

El objetivo del Plan de mejoramiento de calidad: Asegurar la actualización permanente de la matriz legal, como referente para lograr su cumplimiento.

La meta alcanzar: Matriz actualizada.

En el plan de acción contiene las siguientes actividades sin seguimiento al 31/03/2025, con proyección de cierre para el año 2025.

Actividad 1. Actualizar la matriz legal.

Actividad 2. Verificación, ajuste y aprobación de la matriz legal.

6.6.7 Nota de Mejora Auditoría Interna 319

Conviene incluir en el control de los documentos todos los registros aplicables para asegurar en forma sistemática el acceso y control a esta información, tener en cuenta: - Calibración de equipos - Profesiograma - Fichas técnicas - Hojas de seguridad de sustancias químicas. - Matriz legal - Resultado de mediciones higiénicas.

El objetivo del Plan de Mejoramiento: Conviene incluir en el control de los documentos todos los registros aplicables para asegurar en forma



sistemática el acceso y control a esta información, tener en cuenta: - Calibración de equipos - Profesiograma - Fichas técnicas - Hojas de seguridad de sustancias químicas. - Matriz legal - Resultado de mediciones higiénicas.

La meta a alcanzar: Actualizar el procedimiento.

En el plan de acción contiene las siguientes actividades sin seguimiento al 31/03/2025, con proyección de cierre para el año 2025.

Actividad 1. Reunión de SST, CAD y subsecretaría para determinar el plan de actualización.

Actividad 2. Entrega de la actualización del procedimiento.

6.6.8 Nota de Mejora Auditoría Interna 320

En Compras y Contratación, conviene tener en cuenta: - Especificar los requisitos de SST que se deben controlar en Colombia Compra eficiente, para lograr en forma sistemática la verificación de su cumplimiento por parte de quién sea responsable de llevar a cabo esta actividad. - Integrar en los requisitos de evaluación de proveedores los relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo para garantizar en forma sistemática el cumplimiento de este requisito legal. - Asegurar mayor claridad sobre las responsabilidades que tienen los supervisores de contrato con el seguimiento a los contratistas para validar la aplicación de controles de SST durante la ejecución de los contratos.

El objetivo del plan de mejoramiento: Especificar los requisitos de SST que se deben controlar en Colombia Compra eficiente, para lograr en forma sistemática la verificación de su cumplimiento por parte de quién sea responsable de llevar a cabo esta actividad.

La Meta a alcanzar: Procedimiento de compras actualizado con requisitos SST.



En el plan de acción contiene las siguientes actividades sin seguimiento al 31/03/2025, con proyección de cierre para el año 2025.

Actividad 1. Reunión con el líder de Bienes y servicios para estipular los cambios requeridos en el procedimiento de adquisiciones.

Actividad 2. Entrega de procedimiento de adquisiciones actualizado a los requisitos del SST.

6.6.9 Nota de Mejora Auditoría Interna 315

Determinar la fecha en la cual se debe elaborar el programa de riesgo público, como uno de los controles planteados para minimizar accidentes de trabajo, con el fin de lograr mayor oportunidad en su implementación.

Objetivo de Mejoramiento de Calidad: Crear el programa de riesgo público, para mitigar probabilidades de ocurrencia de eventos o accidentes.

Meta a Alcanzar: Implementación del Programa de Riesgo Público.

En el plan de acción contiene las siguientes actividades sin seguimiento al 31/03/2025, con proyección de cierre para el año 2025.

Actividad 1. Identificación y valoración de los riesgos.

Actividad 2. Reuniones con ARL, para asesoría técnica del programa.

Actividad 3. Socialización e implementación del programa de riesgo público.

6.6.10 Nota de Mejora Auditoría Interna 317

Copasst y Comité de Convivencia Laboral: - Asegurar un mayor reconocimiento de los integrantes del Comité de Convivencia Laboral y del Copasst por parte de los funcionarios, para que sean activados en los casos que sea necesario. - Lograr oportunidad en la planeación y realización del curso de 50 horas del SG SST, para dar cumplimiento al requisito legal asociado y mejorar la competencia de los integrantes de los comités.



Plan de mejoramiento: Asegurar mayor reconocimiento de los integrantes del comité de convivencia laboral y del Copasst.

Meta a Alcanzar: La certificación del curso de las 50 horas.

En el plan de acción contiene las siguientes actividades sin seguimiento al 31/03/2025, con proyección de cierre para el año 2025.

Actividad 1. Divulgar plan de trabajo del SG-SST y de los comités, donde se generen compromisos con los líderes de unidad e integrantes.

Actividad 2. Certificación del curso de las 50 horas.

6.7 Proceso de Gestión Estratégica y Planeación (GEP)

Al 31 de marzo de 2025, tiene relacionadas las siguientes cinco (5) No Conformidades:

6.7.1 No Conformidad 753

No se asegura que la revisión por la dirección se lleve a cabo incluyendo consideraciones sobre el desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas al desempeño de proveedores externos.

Actividad 1: Revisar, actualizar y habilitar el formato de evaluación de proveedores que se tenía en la corporación y enviarlo a todos los supervisores, para su conocimiento e implementación 15 de noviembre 2024.

Resultado: El 30/12/2024, se actualizaron algunos proveedores que fueron solicitados por los líderes en solución. Los demás líderes, deberán estipular dentro de sus contratos la revisión en la plataforma, de sus proveedores y los puntos a evaluar.

Actividad 2: Solicitar a todos los líderes, que tiene procesos de contratación, que al 31 de diciembre la evaluación de todos los proveedores que terminan el contrato en la actual vigencia y el análisis de resultados por cada supervisor.



Resultado: El 30/12/2024, se reportó envió correo a todos los líderes de procesos, con el fin de revisar el apartado de proveedores de isolución, para establecer, si sus proveedores se encuentran creados o proceder a crearlos y si las evaluaciones estipuladas de acuerdo a los servicios prestados, son idóneas para la calificación o solicitar la parametrización de nuevos ítems.

Plan de Mejoramiento

Actividad 1: Actualizar el procedimiento de revisión por la alta dirección en el cual se incluya la evaluación y desempeño de los proveedores.

Resultado: El procedimiento está actualizado en Isolución.

Actividad 2: Monitorear y revisar trimestralmente la eficacia de la evaluación de proveedores marzo 2025. Al 31/03/2025, no reporta seguimiento.

Actividad 3: Solicitar la verificación de la evaluación de desempeño a proveedores, para la realización de las especificaciones técnicas de contrataciones futuras, de tal manera que permitan la exigencia de criterios que lleven a la mejora continua.

Resultado: Al 13/03/2025, Se han evaluado a los proveedores y será usada la evaluación para los estándares y solicitudes futuras.

Actividad 4: Incluir en el informe de la alta dirección de la vigencia 2025, la evaluación y desempeño de los proveedores junio 2025. AL 31/03/2025 no se tiene seguimiento.

Actividad 5: Socializar a los líderes de procesos y supervisores en general, la importancia de la evaluación a proveedores y las oportunidades de mejora que de allí se derivan, para ajustar cada vez más las especificaciones técnicas de los contratos.

Resultado: Al 13/03/2025, se socializó desde le informe de revisión por la alta dirección, la importancia de evaluar y tener en cuenta las evaluaciones, con fin de que sirvan para toma de decisiones.



6.7.2 No conformidad 762

Creada el 13/03/2025, no tiene seguimiento y tiene en el tratamiento las siguientes actividades:

Actividad 1. Establecer cronograma de cambio de los vehículos que se decidan cambiar en el parque automotor.

Plan de Mejoramiento: al 31/03/2025 no cuenta con seguimiento y tiene as siguientes actividades:

Actividad 1. Realizar una evaluación técnica de los vehículos para determinar su estado actual, funcionalidad y viabilidad de mantenimiento o reposición.

Actividad 2. Diseñar un plan que priorice la reposición de vehículos obsoletos, considerando criterios técnicos, financieros y normativos de la Corporación. Para la vigencia 2025, se realizará una reposición de 3 vehículos, teniendo en cuenta la disponibilidad presupuestal.

6.7.3 No conformidad 761

Creada el 13 de marzo de 2025, y con fecha de cierre proyectada el 30 de noviembre de 2025. En el tratamiento tiene las siguientes actividades:

Actividad 1. Levantar informe de inconformidades en el SECOP y organizarlas.

Plan de Mejoramiento: al 31/03/2025 no cuenta con seguimiento y tiene las siguientes actividades:

Actividad 1. Realizar capacitaciones y talleres dirigidos a los responsables de la gestión contractual sobre la conformación y publicación de expedientes completos en el SECOP II.



Actividad 2. Realizar revisiones trimestrales para evaluar la integridad y conformación de los expedientes contractuales, tanto en físico, electrónicos, como en el SECOP II.

Actividad 3. Generar alertas a los respectivos responsables sobre inconsistencias identificadas en la información publicada en la plataforma SECOP II, de manera mensual o cuando la ejecución del contrato lo amerite.

6.7.4 No conformidad 760

Creada el 13 de marzo de 2025 con fecha de cierre proyectada el 6 de diciembre de 2025. Dentro del tratamiento no cuenta con seguimiento a la fecha y tiene las siguientes actividades:

Actividad 1. Realizar capacitaciones y talleres dirigidos a los responsables de la rendición de contratos para fortalecer sus conocimientos sobre el manejo del aplicativo y las normativas aplicables.

Plan de Mejoramiento: a la fecha no cuenta con seguimiento y con las siguientes actividades:

Actividad 1. Realizar auditorías mensuales para identificar posibles retrasos en la rendición de contratos y generar planes de acción correctiva en caso de incumplimiento.

Actividad 2. Llevar un control continuo de los contratos rendidos y registrar los avances en un informe mensual.

6.7.5 No conformidad 759

Fue creada el 13 de marzo de 2025 y tiene una fecha de cierre proyectada para el 28 de noviembre de 2025. Actualmente, se encuentra en tratamiento con las siguientes actividades

Actividad 1. organizar los expedientes de los contratos revisados y observados con hallazgos.



Plan de Mejoramiento: Tiene las siguientes actividades:

Actividad 1: 2 Capacitaciones en roles y responsabilidades de la supervisión, dirigidos a los supervisores sobre sus obligaciones legales, contractuales y éticas.

Actividad 2: Diseñar e implementar un sistema alerta y seguimiento periódico que evalúe el desempeño de los supervisores en todas etapas contractuales y detecte incumplimientos en sus funciones; dicho seguimiento se debe de hacer de manera mensual.

Actividad 3: Difusión mensual del manual de contratación a los supervisores y sus equipos de apoyo, mediante un plan de comunicaciones, a través de los canales institucionales.

Actividad 4: Remitir el hallazgo con incidencia disciplinaria al profesional especializado encargado de darle trámite al proceso disciplinario, con respecto a las deficiencias de supervisión encontradas en los contratos Serviautomotriz Mecaires JF S.A.S 4600098212 y Traker de Colombia S.A.S 4600099478.

Resultado: Se remitió el hallazgo según documento radicado 202530001546.

6.8 Proceso de Mejora Continua (MC)

Al 31 de marzo de 2025, con la revisión realizada, no evidenció acciones abiertas, para este proceso.

7 DISCRIMINACIÓN DE HALLAZGOS VENCIDOS

En la Tabla 2, se tiene dos (2) hallazgos en estado vencido, y que se encuentra fuera de los términos solicitados en los planes de mejoramiento.

Tabla 2. Reporte Consolidado Módulo de Mejora – ISOLUCION acciones vencidas primer trimestre de 2025

ACCIONES VENCIDAD PRIMER TRIMESTRE DE 2025
--



	NC	Riesgos	OPM calidad	NM	NCA	AP	NMA	Salida no conforme	OPM Procesos	Total
CRC										
DTP										
EI										
GBS									1	
GI										
GTH										
GEP										
MC				1						
TOTAL										

Del reporte la 31 de marzo de 2025, se reportaron dos acciones vencidas:

7.1 Proceso de Gestión de Bienes y Servicios (GBS)

7.1.1 Nota de Mejora 312

Consiste en el Desarrollo e implementación del protocolo de atención al ciudadano con enfoque territorial.

En el plan de mejoramiento es Mejorar la atención al ciudadano a través de la implementación del protocolo con enfoque territorial y la meta Ajustar y dar conformidad a la normatividad con respecto a la atención al ciudadano de manera diferenciada y territorial.

Al 31 de marzo de 2025, se tienen de las 3 actividades dentro del plan de acción no tienen seguimiento.

Actividad 1: Diseñar y publicar en página web para observaciones de los grupos de valor el protocolo de atención al ciudadano con enfoque diferencial.

Actividad 2. Socializar a los grupos de valor internos, al personal de atención al ciudadano y al CIG&D el protocolo de atención al ciudadano con enfoque territorial, para su posterior adopción.

Actividad 3. Evaluar la implementación del protocolo de atención al ciudadano con enfoque territorial y tomar acciones de mejora, de ser necesario.



7.2 Proceso de Mejora Continua (MC)

7.2.1 Nota de Mejora 308

Consiste en Desarrollar e implementar la matriz de productos no conformes en todos los procesos de la corporación, asegurando su adecuada divulgación y utilización.

En el plan de acción se han realizado las siguientes actividades:

Actividad 1: Revisión y ajuste de las matrices levantadas en los procesos para su implementación.

Resultado: Se tiene levantadas las matrices de dos procesos. Los demás procesos aun no presentan su matriz de acuerdo a las salidas estipuladas en la caracterización.

Actividad 2: Implementación y parametrización de las matrices de productos no conformes.

Resultado: Esta actividad se aplaza para el año 2025.

Actividad 3: Socialización e implementación del uso de las matrices de productos no conformes.

Resultado: esta actividad de aplaza para el año 2025.

Actividad 4: Revisar las matrices de productos no conformes levantadas en los procesos, socializar las misma y comenzar su aplicación en el flujo de calidad del SGC.

Resultado: La revisión de las matrices se hará en el comité institucional del mes de abril de 2025, en el cual se da informe, sobre el avance de los procesos.

Actividad 5: Revisar las matrices de producto no conforme o salidas no conformes del proceso para su aprobación y adopción en los diferentes procesos.



8 DISCRIMINACIÓN DE ACCIONES CERRADAS

En el primero informe del trimestre del año 2025, se tienen reportados tres (3) cierres de procesos, entre los cuales se tiene (1) nota de mejora de auditoría interna y dos (2) no conformidades.

8.1 Proceso de Gestión del Talento Humano (GTH)

8.1.1 Nota de Mejora Auditoría Interna 316

Es necesario comunicar a los visitantes los peligros y riesgos y el plan de preparación y respuesta ante emergencias, aplicables, para minimizar la ocurrencia de accidente en las instalaciones de la organización., se reportó el cierre el 05 de marzo de 2025, dado que se le dio tratamiento así:

Plan de Mejoramiento:

Generar estrategia de comunicación visual y auditiva para visitantes y propios en cuanto al plan de emergencia

Meta a alcanzar: La socialización de las piezas comunicacionales.

Plan de Acción: Contiene las siguientes actividades con seguimiento con fecha de cierre proyectada en el año 2025.

Actividad 1. Entrega de guion para las piezas comunicacionales sobre riesgos y peligros a comunicaciones.

Resultado: Se levantó el guion con el apoyo de la oficina de comunicaciones.

Actividad 2. Elaboración de piezas comunicacionales y entrega para su revisión.

Resultado: Se editó el video para rodar en el recinto en cada sesión de los concejales.



Actividad 3: Entrar en ejecución las piezas comunicacionales para las sesiones extraordinarias a partir del 10 de febrero de 2025.

Resultado: Para las sesiones extraordinarias no se llevó a cabo la visualización de estas piezas comunicacionales.

Actividad 4. levantar procedimiento, para describir el uso de las piezas comunicacionales, de acuerdo a los espacios de participación.

Resultado: No se vio la necesidad de levantar procedimiento para esto. Solo a través de comunicado, se indicó el momento en antes de iniciar la sesión, en el cual debía de ponerse y así se está haciendo.

RESULTADO FINAL: la acción fue eficaz, el video se levantó con todos los controles y se pone al inicio de cada sesión.

Y fueron cerradas las No conformidades:

8.1.2 No Conformidad 752

Se registró una No Conformidad durante la auditoría del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) correspondiente al año 2023. La no adquisición de los elementos de protección personal para el mensajero de la institución fue el motivo de esta No Conformidad. Esta situación debió resolverse antes de la auditoría del año 2024. Sin embargo, se han recopilado evidencias desde el área de Seguridad y Salud que demuestran las solicitudes de los elementos desde el mes de abril de 2024. La adquisición de estos elementos solo se concretó recientemente, el 7 de noviembre de 2024, a través de Colombia Compra Eficiente. Se reporto el cierre el 4 de marzo de 2025, dado que se le dio el tratamiento con las siguientes actividades:

Actividad 1: Gestionar la compra por tienda virtual para la adquisición de los elementos de protección para el mensajero de la corporación.

Resultado: Se gestionó la compra en la tienda virtual de Colombia compra eficiente, por parte del área de compras y suministros.

Plan de mejoramiento: se presentaron las siguientes actividades:



Actividad 1: Seguimiento, inspección y control, por parte del área de seguridad y salud en el trabajo, con una periodicidad de 3 meses, con el fin de validar su uso y desgaste, para su renovación.

Resultado: Se hace seguimiento a los implementos entregados al mensajero, los cuales están siendo usados de manera adecuada.

Actividad 2: Recibido el informe de inspección de elementos de protección, por parte del área de SST, proceder con las gestiones respectivas para reposición o renovación de acuerdo al informe.

Resultado: Se hace el seguimiento por parte del equipo de SST de los insumos entregados y utilizados. se evidencia eficacia en la acción.

RESULTADO FINAL: Se reviso el seguimiento y fue eficaz la acción.

8.1.3 No conformidad 758

No se encontró disponible el acta de reunión del Comité de Convivencia Laboral de abril de 2024. Durante el año 2024 solo se han presentado Informes de gestión a la alta dirección en junio 19 y noviembre 5, no con la frecuencia trimestral establecida en la legislación. La no conformidad fue cerrada el 18 de marzo de 2025, dado que se le dio el siguiente tratamiento:

Actividad 1. Levantar el acta.

Resultado: Se levanto el acta faltante.

Plan de mejoramiento:

Actividad 1. Hacer verificación trimestral y solicitar la evidencia de las actas levantadas.

Resultado: Se levantó el acta faltante con fecha de 26 de abril 2024, correspondiente al Comité de Convivencia Laboral.

RESULTADO FINAL: Se debe continuar con el seguimiento trimestral paralas actas de Comité de Convivencia Laboral.



9 CONCLUSIONES

Para este primer trimestre de seguimiento con corte al 31 de marzo de 2025, se encuentran dos (2) hallazgos vencidos correspondientes a los procesos Gestión de Bienes y Servicios y Mejora Continua.

Así mismo, se observa que el período correspondiente a 1 de enero al 31 de marzo de 2025, las acciones abiertas son el diez (10) No Conformidades, dos (2) Notas de Mejora y cinco (5) notas de mejora de auditoría, las cuales tienen proyectado el tratamiento para el año 2025.

Por último, se tienen reportados seis (6) cierres de procesos, entre los cuales se tiene (1) nota de mejora de auditoría interna y dos (2) no conformidades.

Con lo anterior, se evidencia, que la Corporación está pro de la trabajar en la mejora continua permanente para cierre de procesos a conformidad.

10 OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Las acciones de mejora derivadas de los hallazgos de no conformidad identificados en las auditorías representan un insumo clave para el fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y la consolidación del principio de mejora continua. Estas acciones permiten concentrar los esfuerzos institucionales en el análisis de causas y factores generadores de las no conformidades, facilitando así la implementación de controles eficaces que garanticen un funcionamiento óptimo de los procesos.

Es indispensable comunicar oportunamente a la Oficina de Control Interno del Concejo Distrital de Medellín cualquier solicitud de prórroga o ampliación de plazo en la ejecución de acciones correctivas o preventivas. Esta práctica contribuye al adecuado seguimiento y evita la apertura de posibles procesos administrativos por incumplimiento de los tiempos definidos, favoreciendo además la eficacia y trazabilidad en futuras auditorías.



El cumplimiento de los planes de mejora no debe entenderse como una formalidad, sino como una obligación estratégica, ya que estos planes se fundamentan en el análisis riguroso de las causas de las no conformidades, lo que permite intervenir estructuralmente los procesos y asegurar su mejoramiento continuo.

Durante el primer trimestre de 2025, se identificaron dos acciones vencidas en el Módulo de Mejora de la plataforma ISOLUCION, lo que evidencia fallas en el cumplimiento de los plazos establecidos.

Estos incumplimientos ponen en riesgo la consolidación del SGC, especialmente en lo referente a la gestión de productos no conformes y la atención al ciudadano, afectando la percepción institucional en términos de cumplimiento normativo y compromisos internos.

Finalmente, se concluye que existe una necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento, control y rendición de cuentas frente a la ejecución de los planes de mejora.

Resulta igualmente necesario promover la participación activa y comprometida de los responsables en cada etapa del ciclo de mejora, para garantizar resultados efectivos y sostenibles que respalden los objetivos institucionales del Concejo Distrital de Medellín.

ANDREA GIL HERRERA

Jefe Oficina de Control Interno

Concejo Distrital de Medellín

Revisó: Andrea Gil Herrera

Proyectó: Carolina Zapata Vanegas (**Contratista de apoyo**)

Oficina de Control Interno



Concejo
Distrital de Medellín



Concejo
Distrital de Medellín

