

PLAN DE MEJORAMIENTO

Estado de Hallazgos en la Plataforma ISOLUCION

OFICINA DE CONTROL INTERNO

30 de septiembre de 2025



Concejo
Distrital de Medellín



**PLAN DE MEJORAMIENTO
Estado de Hallazgos en la Plataforma
ISOLUCION**

**Andrea Gil Herrera, Jefe de Control Interno
Carolina Zapata Vanegas, Contratista de Apoyo**

OFICINA DE CONTROL INTERNO

**MEDELLÍN – ANTIOQUIA
30 de septiembre de 2025**



CONTENIDO

1. OBJETIVO GENERAL.....	5
2. ALCANCE	5
3. NORMATIVIDAD	6
4. CONTROLES IDENTIFICADOS.....	6
5. SEGUIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS.....	7
6. DISCRIMINACIÓN DE HALLAZGOS ABIERTOS POR PROCESO.....	10
6.3 Proceso Gestión del Talento Humano.....	10
6.3.1 No Conformidad 757.....	10
6.3.2. Nota de Mejora Auditoría 317	11
6.3.3 Nota de Mejora 313	11
6.4 Proceso Gestión Estratégica y Planeación.....	13
6.4.1 No Conformidad 759.....	13
6.4.2 No Conformidad 760.....	14
6.4.3 No Conformidad 761	14
6.4.4 No Conformidad 762.....	15
7. DISCRIMINACIÓN DE HALLAZGOS VENCIDOS.....	16
7.3 Proceso Gestión del Talento Humano (GTH).....	17
8. DISCRIMINACIÓN DE HALLAZGOS CERRADOS	18
8.1 Proceso Gestión del Talento Humano.....	18
8.1.1 No Conformidad 749.....	18
8.1.2 No Conformidad 755.....	19
8.1.3 No Conformidad 756.....	21
8.1.4 Nota de Mejora Auditoría 315	22
8.1.5 Nota de Mejora Auditoría 318	22
8.1.6 Nota de Mejora Auditoría 320	23
8.2 Proceso Debate Temático Público.....	24
8.2.1 No Conformidad 763.....	25



8.2.2 No Conformidad 765.....	26
8.3 Proceso Gestión de la Información (GI)	27
8.3.1 No Conformidad 750.....	27
8.3.2 Nota de Mejora 310	28
8.4 Proceso Gestión Estratégica y Planeación (GEP).....	29
8.4.1 No Conformidad 753.....	30
8.5 Proceso Mejora Continua	31
8.5.1 Nota de Mejora 308	31
9. CONCLUSIONES	33
10. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	33



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

Tabla 1. Abreviaturas las cuales se refieren a los procesos y acciones existentes de la corporación

SIGLA	Definición
CRC	Comunicaciones Relaciones Corporativas
DTP	Debate Temático Público
MC	Mejora Continua
EI	Evaluación Independiente
GI	Gestión de Información
GTH	Gestión del Talento Humano
GEP	Gestión Estratégica y Planeación



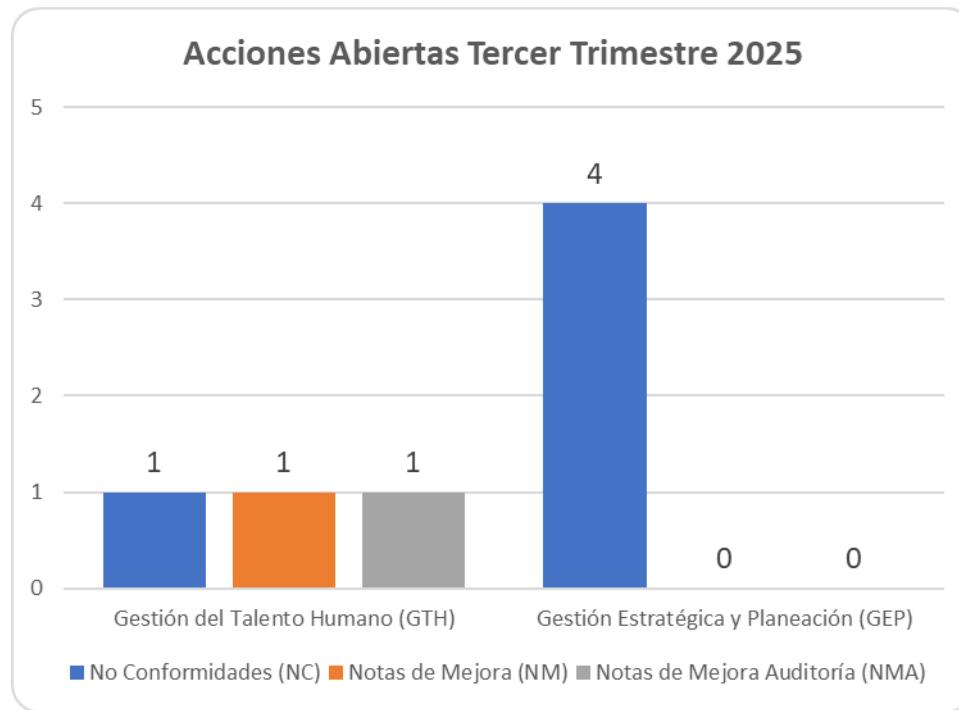
SIGLA	Definición
GBS	Gestión de Bienes y Servicios
NC	No conformidad (auditoría interna y externa)
OPM CALIDAD	Oportunidad de mejora (auditoría externa)
OPM PROCESOS	Oportunidad de mejora procesos (auditoría interna y de calidad, revisión por la dirección, revisión del sistema)
RIESGOS	Acción para abordar riesgos
NCA	No conformidad de auditoría (auditoría interna por control interno – revisión por la dirección)
NM	Nota de mejora – revisión por la dirección
NMA	Nota de mejora de auditoría (auditoría interna por control interno – revisión por la dirección)
AP	Acción Preventiva derivada de los riesgos institucionales.
SNC	Salida no conforme.

5. SEGUIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS

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

Tabla 2. Reporte Consolidado Módulo de Mejora – ISOLUCIÓN Acciones Abiertas tercer trimestre 2025

	ACCIONES ABIERTAS TERCER TRIMESTRE DE 2025									
Proceso	NC	Riesgos	OPM Calidad	NM	NCA	AP	NMA	Salida no conforme	OPM Proceso	Total
CRC										
DTP										
EI										
GBS										
GI										
GTH	1			1			1			3
GEP	4									4
MC										
TOTAL	5			1			1			7



Se tienen cinco (5) no conformidades abiertas, una (1) nota de mejora y una (1) nota de mejora auditoría. El cierre de las acciones está proyectado para el año 2025

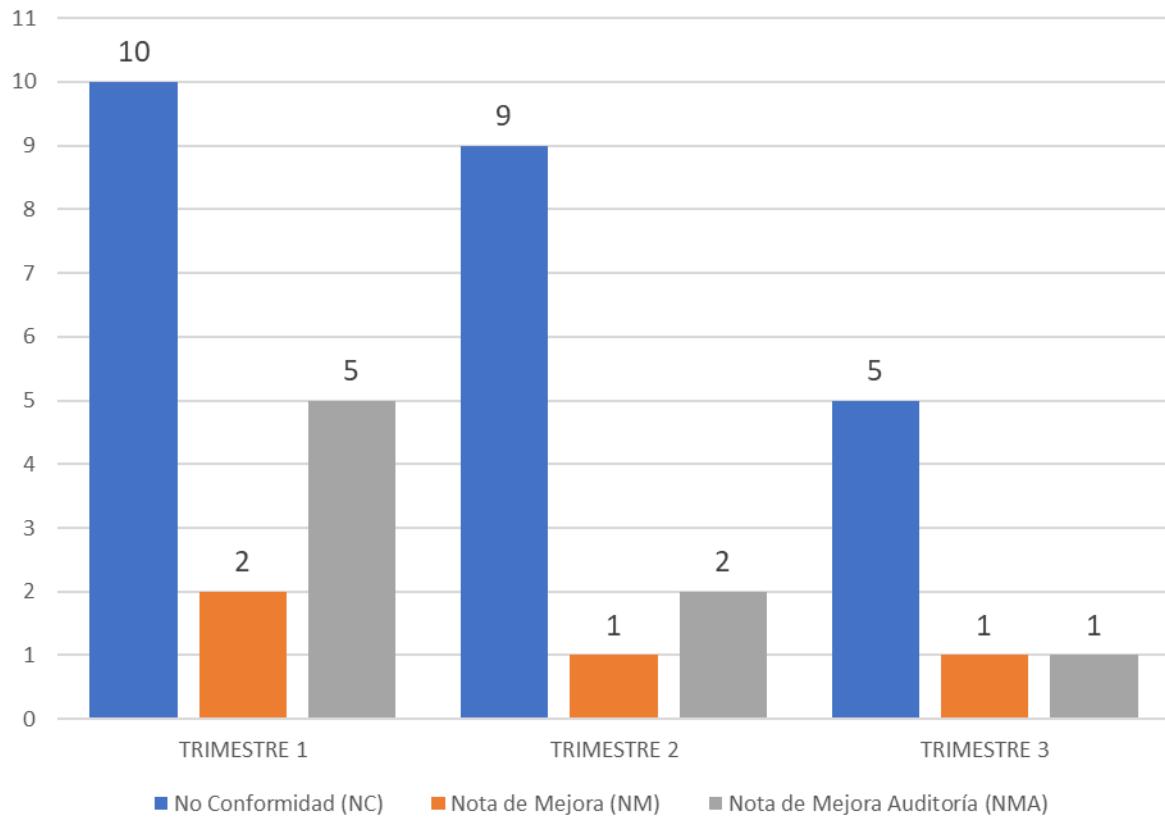
A continuación, se presenta el comportamiento de acciones abiertas desde el trimestre uno (1) hasta el trimestre tres (3) de 2025:

Tabla 3. Reporte Consolidado Módulo de Mejora – ISOLUCIÓN – Histórico de Acciones Abiertas

ACCIONES ABIERTAS	2025		
	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3
No Conformidad (NC)	10	9	5
Nota de Mejora (NM)	2	1	1
Nota de Mejora Auditoría (NMA)	5	2	1
TOTAL	17	12	7



Comparación de Acciones Abiertas por Trimestre 2025



Se observa que las No conformidades han disminuido por trimestre, las Nota de mejora se encuentran estables, mientras que la Nota de Auditoría se han disminuido. Es importante mencionar, que está pendiente el registro de las auditorías que se llevaron a cabo desde finales del mes de septiembre 2025.



6. DISCRIMINACIÓN DE HALLAZGOS ABIERTOS POR PROCESO

Con la revisión realizada al día 30 de septiembre de 2025, con la revisión realizada, no evidenció acciones abiertas para los siguientes procesos:

- Proceso de Comunicaciones y Relaciones Corporativas (CRC)
- Proceso Debate Temático Público (DTP)
- Proceso de Evaluación Independiente (EI)
- Proceso de Gestión de Bienes y Servicios (GBS)
- Proceso de Gestión de Información (GI)
- Proceso de Mejora Continua (MC)

Y en los siguientes procesos, se evidencia acciones abiertas, las cuales se resumen a continuación:

6.3 Proceso Gestión del Talento Humano

A continuación, se listan las No Conformidades Abiertas para este proceso:

6.3.1 No Conformidad 757

Prevención, preparación y respuesta ante emergencias. Se identifica desviación en la realización de simulacros como mínimo una (1) vez al año con la participación de todos los trabajadores. Evidencia: No se encontró disponible el informe del simulacro realizado el año 2023 y a la fecha no se ha realizado el simulacro del año 2024.

- **Tratamiento**

Actividad: Realizar simulacro. **Fecha:** 31-10-2025. Se tiene planeado para el 22-10-2025.



- **Plan de Mejoramiento**

Actividad: Planear y realizar simulacro. **Fecha:** 15-09-2025. **Resultado:** Se realizó la planeación del seguimiento. El simulacro se realizará el 22-10-2025.

6.32. Nota de Mejora Auditoría 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**

- **Objetivo:** Asegurar mayor reconocimiento de los integrantes del comité de convivencia laboral y del Copasst.
- **Meta:** Certificación del curso de las 50 horas

- **Plan de Acciones**

- **Actividad:** Divulgar plan de trabajo del SG-SST y de los comités, donde se generen compromisos con los líderes de unidad e integrantes.
- **Actividad:** Certificación del curso de las 50 horas. **Fecha:** 08-10-2025.

Resultado: Se entregan los certificados del curso de las 50 horas.

6.3.3 Nota de Mejora 313

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

- **Plan de Mejoramiento**

- **Objetivo:** Fortalecer la gestión del talento humano y la gestión del conocimiento de la Corporación.



- **Meta a Alcanzar:** Sistema de gestión del conocimiento implementado y funcionando.
- **Plan de Acciones**
 - **Actividad:** Revisión y ajuste de la ruta metodológica para la implementación de la gestión del conocimiento en la Corporación **Resultado:** Se revisó 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:** Levantar la matriz de conocimientos críticos de los procesos de la corporación. **Resultado:** Se envió correo a cada líder para este proceso. se están recibiendo las matrices.
 - **Actividad:** Diagnóstico inicial de las necesidades de conocimiento actual y futuro de la corporación. **Resultado:** Este diagnóstico se hará para el 2025, dado que no se han recibido todas las matrices de conocimiento crítico de la corporación.
 - **Actividad:** Implementación de las actividades descritas en la ruta metodológica definida. **Resultado:** Se está en la implementación en cada proceso de la metodología definida para los conocimientos críticos por procesos, ya se han levantado procedimientos de contratación.
 - Cinco (5) capacitaciones al recurso humano en torno a la gestión del conocimiento. **Resultado:** el año anterior se dictó un seminario en torno a esta temática. para este año, se han dictado capacitaciones en torno a la IA en logística, cursos de redacción y ortografía, cursos de atención al ciudadano, en SIGEP, SECOP, CLOMBIA compra y se han implementado nuevos documentos y manuales.



- Evaluación y acciones de mejora sobre la implementación de la gestión del conocimiento de la corporación. **Fecha: 24-10-2025**

6.4 Proceso Gestión Estratégica y Planeación

En este proceso se tiene cuatro (4) No Conformidades Abiertas, que se listan a continuación:

6.4.1 No Conformidad 759

Hallazgo 1 de la Contraloría Distrital de Medellín: Incumplimiento de las responsabilidades y obligaciones por parte de la supervisión.

- **Tratamiento**

- **Actividad:** Organizar los expedientes de los contratos revisados y observados con hallazgos. **Fecha: 30/03/2025. No se reporta seguimiento.**

- **Plan de Mejoramiento**

- **Actividad:** Dos (2) Capacitaciones en roles y responsabilidades de la supervisión, dirigidos a los supervisores sobre sus obligaciones legales, contractuales y éticas. **Resultado:** Se realizaron las capacitaciones, las mismas, dentro del curso de supervisión de 60 horas dictado por el Distrito.
 - **Actividad:** 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. **Fecha: 30-11-2025**
 - **Actividad:** 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. **Fecha: 30-11-2025**



- **Actividad:** 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.

6.4.2 No Conformidad 760

Hallazgo 4 de la Contraloría Distrital de Medellín: Deficiencia en la oportunidad de los contratos rendidos en el aplicativo Gestión Transparente.

- **Tratamiento**

- **Actividad:** 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. **Resultado:** Se realizó capacitación con la Contraloría Distrital de Medellín, en torno al aplicativo, la rendición oportuna desde la resolución 460 de 2024.

- **Plan de Mejoramiento**

- **Actividad:** Realizar auditorías mensuales para identificar posibles retrasos en la rendición de contratos y generar planes de acción correctiva en caso de incumplimiento. No se reporta seguimiento.
- **Actividad:** Llevar un control continuo de los contratos rendidos y registrar los avances en un informe mensual. No se reporta seguimiento.

6.4.3 No Conformidad 761

Hallazgo 2 de la Contraloría Distrital de Medellín: Debilidades en la conformación de expedientes contractuales físicos y/o publicados en el SECOP.



- **Tratamiento**

- **Actividad:** Levantar informe de inconformidades en el SECOP y organizarlas. **Resultado:** Se levantó informe de revisión de SECOP 2024 y 2025 y se plantearon planes de mejoramiento para subsanar las omisiones o productos no conformes encontrados.

- **Plan de Mejoramiento**

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

Resultado: Se realizaron tres capacitaciones. Total, nueve (9) horas en total con experto en SECOP.

- **Actividad:** Realizar revisiones trimestrales para evaluar la integridad y conformación de los expedientes contractuales, tanto en físico, electrónicos, como en el SECOP II. **Fecha:** 30-12-2025.

- **Actividad:** 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. **Fecha:** 30-12-2025.

6.4.4 No Conformidad 762

Hallazgo 3 de la contraloría Distrital de Medellín: Mantenimiento realizado a vehículos automotores depreciados u obsoletos de acuerdo con su vida útil.

- **Tratamiento**

- **Actividad:** Establecer cronograma de cambio de los vehículos que se decidan cambiar en el parque automotor. **Resultado:** Se realizaron los estudios necesarios para la reposición de los vehículos que se consideran obsoletos a la fecha se compraron dos nuevos vehículos.



- **Plan de Mejoramiento**

- **Actividad:** Realizar una evaluación técnica de los vehículos para determinar su estado actual, funcionalidad y viabilidad de mantenimiento o reposición. **Resultado:** se adjunta archivo de evaluación técnica y de mantenimiento de los vehículos.
- **Actividad:** 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. **Resultado:** se diseña plan de acuerdo al presupuesto que se tiene.

7. DISCRIMINACIÓN DE HALLAZGOS VENCIDOS

En la Tabla 4, se tienen (1) Nota de Mejora Auditoría Interna, acción que se encuentra fuera de los términos solicitados en los planes de mejoramiento.

Tabla 4. Reporte Consolidado Módulo de Mejora – ISOLUCION acciones vencidas tercer trimestre de 2025

ACCIONES VENCIDAS TERCER TRIMESTRE DE 2025										
Proceso	NC	Riesgos	OPM Calidad	NM	NCA	AP	NMA	Salida no conforme	OPM Proceso	Total
CRC										
DTP										
EI										
GBS										
GI										
GTH				1						1
GEP										
MC										
TOTAL				1						1



7.3 Proceso Gestión del Talento Humano (GTH)

7.3.2 Nota de Mejora Auditoría 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.

- **Plan de Mejoramiento**

- **Objetivo:** Asegurar en forma sistemática el acceso y control a esta información.
- **Meta a Alcanzar:** Procedimiento actualizado

- **Plan de Acciones**

- **Actividad:** Reunión de SST, CAD y subsecretaría para determinar el plan de actualización. **Fecha:** 20-03-2025.
- **Actividad:** Entrega de la actualización del procedimiento. **Fecha:** 27-06-2025.



8. DISCRIMINACIÓN DE HALLAZGOS CERRADOS

En el tercer trimestre del año 2025, se tiene acciones cerradas con eficacia global: siete (7) No Conformidades, una (1) Nota de Mejora y cuatro (4) notas de Mejora Auditoría reportadas que se listan a continuación:

Tabla 5. Reporte Consolidado Módulo de Mejora – ISOLUCION acciones cerradas tercer trimestre de 2025

	ACCIONES CERRADAS TERCER TRIMESTRE DE 2025									
Proceso	NC	Riesgos	OPM Calidad	NM	NCA	AP	NMA	Salida no conforme	OPM Proceso	Total
CRC										
DTP	2									2
EI										
GBS										
GI	1			1						2
GTH	3						3			6
GEP	1									1
MC							1			1
TOTAL	7			1			4			12

8.1 Proceso Gestión del Talento Humano

A continuación, se lista las acciones cerradas para este proceso:

8.1.1 No Conformidad 749

No se encuentra evidencia de que los conocimientos de la organización, se documentan, conservan o ponen a disposición de la organización. Como lo determina la norma ISO 9001:2015 en el numeral 7.1.6. Se debe de continuar la No conformidad 741, donde se construyó la metodología de gestión del conocimiento, pero, al no ser implementada, no da cierre a la no conformidad.

- Tratamiento**

- **Actividad:** Determinar los conocimientos críticos de cada proceso, por el líder de cada proceso, dejando claridad en la obtención del conocimiento y sus fuentes.



Resultado: Se envió correo a los líderes de los procesos para determinar los conocimientos críticos, solo la oficina de comunicaciones y Debate temático Público, enviaron los correspondiente.

- **Actividad:** 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: 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:** 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.

- **Seguimiento:** 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.

8.1.2 No Conformidad 755

Se identifica desviación en la implementación de las medidas de prevención y control.



Evidencia: La colaboradora Deisy Meneses que realiza labores de limpieza no tiene disponibles gafas de seguridad ni protección respiratoria.

Se encontraron recipientes con desengrasante, desinfectante y cloro sin etiqueta. Además, no estaba disponible la hoja de datos de seguridad de estas sustancias.

Tratamiento

- **Actividad:** Rotular los recipientes de las sustancias químicas. **Resultado:** Se rotularon los recipientes de acuerdo al sistema globalmente armonizado.
- **Actividad:** Imprimir y socializar la hoja de seguridad. **Resultado:** Se imprimieron y se capacitó en las hojas de seguridad.

Plan de Mejoramiento

- **Actividad:** Compra y entrega de elementos de protección personal. No se reporta seguimiento. **Resultado:** Se compraron y entregaron los elementos de protección.
- **Actividad:** Diseño e implementación del programa de prevención de riesgo químico. **Resultado:** Se parametrizó en isolución el programa de riesgo químicoD-GTH-008.
<http://isolucion.concejodemедин.gov.co:8758/IsolucionCalidad/Documentacion/frmEditarArticulo.aspx?CodArticulo=NzcyMg==>
- **Actividad:** Inspección periódica de uso y cuidado de elementos de protección y rotulación. Se realiza una (1) vez al mes. **Resultado:** se realiza seguimiento periódico.
- **Actividad:** Revisar eficacia de la acción. **Resultado:** Se realizó revisión de la eficacia.



8.1.3 No Conformidad 756

Se identifica desviación en la adopción y mantenimiento de disposiciones que garanticen el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo por parte de los contratistas y sus trabajadores, durante el desempeño de las actividades objeto del contrato.

No se han incluido los aspectos de seguridad y salud en el trabajo en la evaluación de proveedores y contratistas.

Evidencia: No se evidencia la aplicación de controles al contratista ESU durante la ejecución del contrato de mantenimiento de pantallas, realizado antes del tercer periodo de sesiones.

En la evaluación de proveedores y contratistas no se incluyen aspectos de seguridad y salud en el trabajo.

Tratamiento

- **Actividad:** Levantar parámetros de evaluación de SST para la evaluación de contratistas y proveedores. **Resultado:** Se levantaron los parámetros (25-04-2025).

Plan de Mejoramiento

- **Actividad:** actualizar el procedimiento de evaluación a contratistas y proveedores, los aspectos que contemplen cumplimiento del SG-SS. **Resultado:** Ya en los parámetros de contratación, Carmen, la profesional encargada, implementó en los lineamientos de contratación aspectos relacionados con SST, adicional en el formato de informe de supervisión, se adicionaron algunos elementos para evaluar los aspectos de SST.



- **Actividad:** Revisar, aprobar y socializar la actualización del procedimiento. No se reporta seguimiento. **Resultado:** Se revisó en reunión los formatos y se aprobaron las modificaciones e inclusiones.

8.1.4 Nota de Mejora Auditoría 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.

- **Plan de Mejoramiento**
 - **Objetivo:** Crear el programa de riesgo público, para mitigar probabilidades de ocurrencia de eventos o accidentes.
 - **Meta a Alcanzar:** programa implementado
- **Plan de Acciones**
 - **Actividad:** Identificación y valoración de los riesgos. **Resultado:** Se hace la identificación y valoración de riesgos para el levantamiento de la matriz y del documento específico.
 - **Actividad:** Reuniones con ARL, para asesoría técnica del programa. **Resultado:** Se recibió la asesoría de la ARL.
 - **Actividad:** Socialización e implementación del programa de riesgo público. **Resultado:** Se organizó el procedimiento y se parametrizó en ISOLUCIÓN. D-FGTH-009.

8.1.5 Nota de Mejora Auditoría 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”.

- **Plan de Mejoramiento**

- **Objetivo:** Asegurar la actualización permanente de la matriz legal, como referente para lograr su cumplimiento.
- **Meta a Alcanzar:** matriz actualizada

- **Plan de Acciones**

- **Actividad:** actualizar la matriz legal. **Resultado:** Matriz legal actualizada, revisada y publicada.
- **Actividad:** verificación, ajuste y aprobación de la matriz legal. **Resultado:** Verificada por la abogada Johana y aprobada.

8.1.6 Nota de Mejora Auditoría 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.

- **Plan de Mejoramiento**

- **Objetivo:** 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.

- **Meta:** Procedimiento de compras actualizado con requisitos SST

- **Plan de Acciones**

- **Actividad:** Reunión con el líder de Bienes y servicios para estipular los cambios requeridos en el procedimiento de adquisiciones. **Resultado:** Se realizó la reunión con la profesional encargada de contratación en la entidad y con el líder de bienes y servicios, con el fin de establecer los lineamientos de este trabajo, producto de ello se llegó a varias conclusiones y acciones de mejora que se han realizado.

- **Actividad:** Entrega de procedimiento de adquisiciones actualizado a los requisitos del SST. **Resultado:** En los contratos de adquisición de bienes y servicios, se adjuntó la cláusula de la autoevaluación de SST, adicional se organizaron en los ítems de evaluación de proveedores una relacionada con la evaluación de cumplimiento de los parámetros de SST y pro último se organizó en la nueva versión del formato F_GEP_045 de supervisión el verificar esta revisión.

8.2 Proceso Debate Temático Público

Para este proceso se cerraron las siguientes No Conformidades:



8.2.1 No Conformidad 763

La situación que dio lugar a la no conformidad tiene origen en el incumplimiento de la meta del indicador denominado "cumplimiento citaciones de control político". En efecto, dicha meta había sido proyectada para alcanzar un cumplimiento del 80%, sin embargo, al finalizar el periodo de evaluación, solo se logró un cumplimiento del 77%, lo que representa un desempeño por debajo del umbral de cumplimiento.

- **Tratamiento**

Actividad: Se plantea seguimiento trimestral del indicador, con generación de reporte de avance del cumplimiento de meta, con alertas que permitan a los responsables del control político, la realización efectiva de la citación.

Resultado: El 22 de abril de 2025 la presidencia profirió circular recordando a los concejales la obligación de realizar los controles políticos aprobados y en el evento de no tener interés actual en realizarlos proceder a presentar desistimiento ante la Plenaria. Dicha circular fue remitida a los concejales el 24 de abril de 2025.

- **Plan de Mejoramiento**

- **Actividad:** Se plantea seguimiento trimestral del indicador, con generación de reporte de avance del cumplimiento de meta, con alertas que permitan a los responsables del control político, la realización efectiva de la citación. **Resultado:** Se solicita ampliar la fecha de seguimiento y cierre para el mes de julio, dado que el seguimiento trimestral, solo se puede ejecutar hasta el 30 de junio para dar conformidad.
- **Actividad:** Se plantea seguimiento trimestral del indicador, con generación de reporte de avance del cumplimiento de meta, con alertas que permitan a los responsables del control político, la realización efectiva de la citación. **Resultado:** Este seguimiento se lleva a cabo, en el Comité



institucional de Gestión y Desempeño, el cual se realizó el día 10 de julio de 2025

8.2.2 No Conformidad 765

En el desarrollo de la plenaria del 7 de mayo de 2025, durante el proceso de votación electrónica, al momento de realizar la votación del Preámbulo, por error se activó la opción título, razón por la cual en el reporte se evidencia que se votó este ítem, sin embargo, la votación correspondía al preámbulo, dado que el título, ya había sido votado de manera ordinaria.

- **Tratamiento**

- **Actividad:** Se reporta al secretario y a la profesional de enlace la situación presentada por correo electrónico. **Resultado:** Se envía el correo al Secretario General, informando de la novedad, frente a la votación electrónica.
- **Actividad:** Nota aclaratoria en el acta de la sesión plenaria del 7 de mayo de 2025, acta 251. **Resultado:** Nota: Se activó en el sistema de votación electrónico la opción “título” para esta votación, pero este ya había sido sometido a consideración en votación ordinaria, por lo que en el reporte de votación anexo al acta, aparecerá el reporte título, no obstante, este corresponde a la votación del preámbulo.
- **Actividad:** Se dio por parte del Secretario General, la instrucción, de contar con un técnico de sonido (vinculado o contratista) que realicen acompañamiento al presidente en el momento de activar las votaciones. **Resultado:** Se definió el acompañamiento del técnico de sonido al presidente, durante las votaciones.



- **Plan de Mejoramiento**

Actividad: Verificación con Ruth, que la situación frente al error en la votación electrónica, no se ha vuelto a presentar. **Resultado:** Se verificó con la responsable la no ocurrencia de este procedimiento.

8.3 Proceso Gestión de la Información (GI)

Se tiene una (1) No Conformidad y una (1) Nota de Mejora cerradas para este trimestre:

8.3.1 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

- **Tratamiento**

- Se plantean cinco (5) actividades, de las cuales se acogieron dos (2):
- **Actividad 1:** Capacitación al proceso de gestión de la información sobre la organización de la documentación. **Resultado:** Se realizará una vez se aplique la estructura documental
 - **Actividad 2:** Aplicar la estructura de organización de archivos en la red para la Unidad de Informática. **Resultado:** Se ha estado migrando la información a la nueva estructura.



- **Plan de Mejoramiento**

- **Actividad:** Capacitación al proceso de gestión de la información sobre la organización documental, garantizando la no recurrencia de no encontrar la información soporte. **Resultado:** Se socializó en grupo primario del 3 de febrero de 2025.
- **Actividad:** 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. **Resultado:** Se concluyó la organización de la información en la nueva estructura de la unidad de red compartida de la Unidad de Informática.

8.3.2 Nota de Mejora 310

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

- **Plan de Mejoramiento**

- **Objetivo:** Mejorar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información en la corporación.
- **Meta a Alcanzar:** Implementación del proceso de digitalización de las series documentales en Mercurio.

- **Plan de Acciones**

Se plantean seis (6) actividades, de las cuales se acogieron cuatro (4):

- **Actividad:** Capacitar al personal en la plataforma Mercurio (al menos una capacitación a la fecha) para la producción digital de expedientes y documentos. **Resultados:** **1.** De forma permanente y a medida que ingresan los usuarios se realiza capacitación en Mercurio.. **2.** Se realizó



capacitación en Mercurio de forma el 4 de junio de forma presencial, asistieron 44 personas.

- **Actividad:** Presentar ante el CIG&D el resultado de la implementación digital del flujo documental seleccionado y aprobado para la corporación.
Resultado: Se presentará informe en el comité del tercer seguimiento
- **Actividad:** Decidir por parte del Comité Interno de Archivo qué serie documental producir electrónicamente en Mercurio. **Fecha:** 30-10-2024.
Resultado: En reunión del 23 de octubre de 2024 el Comité Interno de Archivo decidió iniciar la producción electrónica de los contratos de prestación de servicios personales a partir de enero de 2025. Se solicitará propuesta económica y adición y prórroga del contrato actual con Servisoft.
- **Actividad:** Implementar módulo de contrato electrónico en Mercurio.
Resultado: 1. 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. 2. Se está revisando todo el módulo de contrato electrónico en Mercurio, se realizará reunión el viernes 11 de julio con el consultor de Servisoft para determinar qué está faltando.

8.4 Proceso Gestión Estratégica y Planeación (GEP)

En este proceso se tiene una (1) No Conformidad cerrada, la cual se lista a continuación:



8.4.1 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.

- **Tratamiento**

- **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:** se actualizaron algunos proveedores que fueron solicitados por los líderes en isolación. Los demás líderes, deberán estipular dentro de sus contratos la revisión en la plataforma, de sus proveedores y los puntos a evaluar.
- **Actividad:** 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. 31 diciembre.

Resultado: Se envió correo a todos los líderes de procesos, con el fin de revisar el apartado de proveedores de isolación, 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:** Actualizar el procedimiento de revisión por la alta dirección en el cual se incluya la evaluación y desempeño de los proveedores. Noviembre 2024. **Resultado:** El procedimiento está actualizado en isolación.



- **Actividad:** Monitorear y revisar trimestralmente la eficacia de la evaluación de proveedores marzo 2025. **Resultado:** Se evaluaron los proveedores de la corporación en el año 2024.
- **Actividad:** 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:** Se han evaluado a los proveedores y será usada la evaluación para los estándares y solicitudes futuras.
- **Actividad:** Incluir en el informe de la alta dirección de la vigencia 2025, la evaluación y desempeño de los proveedores junio 2025. **Resultado:** Se incluyó la evaluación de proveedores en la revisión por alta dirección.
- **Actividad:** 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:** 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.

8.5 Proceso Mejora Continua

A continuación, se lista la Oportunidad de Mejora Cerrada para este proceso:

8.5.1 Nota de Mejora 308

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

- **Plan de Mejoramiento**
 - **Objetivo:** Dar conformidad a los procesos en los criterios de la norma ISO, que favorezcan su constante evaluación y mejora.



- **Meta a alcanzar:** Implementación de matrices de productos no conformes para la constante mejora de los procesos.
- **Planes de Acción**
 - **Actividad:** 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:** Implementación y parametrización de las matrices de productos no conformes. **Resultado:** Esta actividad de aplaza para el año 2025 (30/12/2024).
 - **Actividad:** Socialización e implementación del uso de las matrices de productos no conformes. **Resultado:** Se aplaza para el 2025 (30/12/2024).
 - **Actividad:** 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:** se revisaron las matrices de producto no conforme, se estableció la implementación en cada proceso a partir del mes de septiembre de 2025.
 - **Actividad:** Revisar las matrices de producto no conforme o salidas no conformes del proceso para su aprobación y adopción en los diferentes procesos. **Fecha:** **30/04/2025.** Sin seguimiento reportado.



9. CONCLUSIONES

Para el período comprendido entre el 1 de julio al 30 de septiembre de 2025, las acciones abiertas son siete (7) que se distribuyen en: cinco (5) No Conformidades, una (1) Nota de Mejora y una (1) Notas de Mejora de Auditoria, las cuales tienen proyectado el tratamiento y plan de mejoramiento para el año 2025.

En el tercer trimestre de seguimiento con corte al 30 de septiembre de 2025, se evidenció una (1) Nota de Mejora Auditoría Interna del proceso Gestión del Talento Humano, acción que se encuentra fuera de los términos solicitados en el plan de mejoramiento

Por último, se tienen reportados doce (12) cierres de procesos, entre los cuales se tiene (7) No Conformidades, una (1) nota de mejora y cuatro (4) notas de mejora auditoría. La Corporación ha trabajado sobre los procesos abiertos y vencidos, para llegar a los resultados conformes con en pro de la mejora continua de la gestión.

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.

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 tercer trimestre de 2025, se observa que disminuyó la acción (1) vencida en el Módulo de Mejora de la plataforma ISOLUCION, lo que evidencia que hubo compromiso en atender los hallazgos vencidos el trimestre anterior.

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 de Oficina de Control Interno
Concejo Distrital de Medellín



Concejo

Distrital de Medellín



SC3409-1



concejodemедин.gov.co