
 CONCEJO DE BOSQUÍ, D.C.	PROCESO GESTIÓN MEJORA CONTINUA DEL SIG		CÓDIGO SIG-PRO07-F01
	PLAN DE MEJORAMIENTO Y ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS		VERSIÓN 02
Origen Agencia:	JAIRO DE JESUS RAMIREZ RAMIREZ	Responsable que detecta:	Oficina de Control Interno
Cargo:	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Nombre de quien Detecta:	Auna María Carrizo Vargas / Ana María Bernal Cruz
Responsables del Proceso:	Mesa Directiva - Oficina Asesora de Planeación	Normas que Incurren:	ISO 9001:2009 / IJTG-CP 1000 v.2009
Proceso Involucrado:	Gestión de Mejora Continua del SIG	Fecha de actualiz:	07 de Noviembre de 2017


N°	Descripción de la No Conformidad	Análisis de Causas	Corrección	Acción Correctiva	Acción Preventiva	Valoración del Riesgo para la Norma OHSAS 18001:2007 (Numeral 4.5.3.2)	Fecha de Implementación		OFICINA DE CONTROL INTERNO 15-02-2016	OBSERVACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO PRIMERA REVISIÓN
							Inicio	Finaliza		
6	11.6 Aunque cada profesional encargado como asesor de los Subcomités de Gestión Ambiental y Seguridad de la Información tiene en su agenda el trabajo 2017, evidencian poca actividad para cada la gestión, en revisión de las actividades asignadas y las fechas de cumplimiento de las mismas, se observó poca actividad en la programación de actividades y en la ejecución de algunas actividades y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	El jefe de la Oficina Asesora de Planeación recibió los compromisos de actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Enviar memorando del jefe de la Oficina Asesora de Planeación a los profesionales encargados de la ejecución de las actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Enviar memorando del jefe de la Oficina Asesora de Planeación a los profesionales encargados de la ejecución de las actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Elaborar compromisos con los profesionales encargados de la ejecución de las actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	30/09/2016	Se acepta	Análisis de causa: No se acepta, en este caso no se debe evaluar justificaciones o excepciones, tan solo debe evaluarse si se cumplió con lo que se programó. La programación establecida en los compromisos no se cumplió en su totalidad en cuanto a las fechas de ejecución.
7	12.3 Incumplimiento a la ISO 2009, IJTG-CP 1000-2009, B2 Seguimiento y medición B.2.1 Satisfacción al cliente, MEQ 1000-2014, B.3 Eje Transversal de información y comunicación interna y externa. Como uno de los objetivos del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento y medición relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. Dicha medición debe ser directa o indirecta y utilizarse como información para el mejoramiento continuo. Mediante la Medición Satisfacción al cliente versión 03 Código SIG-PRO07 no se venía a cabo por parte del proceso. Así mismo se evidenció que el sistema de gestión de la calidad no tenía en cuenta el cumplimiento de sus requisitos en relación con los niveles establecidos por el Consejo de Bosquí D.C. con el propósito de mejorar la calidad en el servicio que presta en el área de gestión de la información y comunicación interna y externa. Se evidenció que el proceso de Mejora Continua de este MATRIAN no tenía en cuenta los resultados de las mediciones de satisfacción de los clientes y de acciones de seguimiento que se derivan de la prestación de los servicios del Concejo de Bosquí. Se evidenció que el proceso de Mejora Continua de este MATRIAN no tenía en cuenta los resultados de las mediciones de satisfacción de los clientes y de acciones de seguimiento que se derivan de la prestación de los servicios del Concejo de Bosquí.	La Oficina Asesora de Planeación tiene en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la Norma OHSAS 18001:2007, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Enviar memorando del jefe de la Oficina Asesora de Planeación a los profesionales encargados de la ejecución de las actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Enviar memorando del jefe de la Oficina Asesora de Planeación a los profesionales encargados de la ejecución de las actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Elaborar compromisos con los profesionales encargados de la ejecución de las actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	28/09/2016	Se acepta	Terminos en cuenta que la realización de un seguimiento a la dependencia no depende directamente del proceso, es cumplimiento de lo establecido en el MATRIAN DEL SIG 2016, numeral 1.2.1. Por lo tanto para la gestión de la calidad (IJTG-CP 1000) del SIG-PRO07. Es el valor por el cual las mediciones de satisfacción de los clientes se utilizan como información para el mejoramiento continuo. Mediante la Medición Satisfacción al cliente versión 03 Código SIG-PRO07 no se venía a cabo por parte del proceso. Así mismo se evidenció que el sistema de gestión de la calidad no tenía en cuenta el cumplimiento de sus requisitos en relación con los niveles establecidos por el Consejo de Bosquí D.C. con el propósito de mejorar la calidad en el servicio que presta en el área de gestión de la información y comunicación interna y externa. Se evidenció que el proceso de Mejora Continua de este MATRIAN no tenía en cuenta los resultados de las mediciones de satisfacción de los clientes y de acciones de seguimiento que se derivan de la prestación de los servicios del Concejo de Bosquí. Se evidenció que el proceso de Mejora Continua de este MATRIAN no tenía en cuenta los resultados de las mediciones de satisfacción de los clientes y de acciones de seguimiento que se derivan de la prestación de los servicios del Concejo de Bosquí.
8	12.4 Incumplimiento a la ISO 2009, IJTG-CP 1000-2009, B2 Seguimiento y medición B.2.1 Satisfacción al cliente, MEQ 1000-2014, B.3 Eje Transversal de información y comunicación interna y externa. Como uno de los objetivos del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento y medición relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. Dicha medición debe ser directa o indirecta y utilizarse como información para el mejoramiento continuo. Mediante la Medición Satisfacción al cliente versión 03 Código SIG-PRO07 no se venía a cabo por parte del proceso. Así mismo se evidenció que el sistema de gestión de la calidad no tenía en cuenta el cumplimiento de sus requisitos en relación con los niveles establecidos por el Consejo de Bosquí D.C. con el propósito de mejorar la calidad en el servicio que presta en el área de gestión de la información y comunicación interna y externa. Se evidenció que el proceso de Mejora Continua de este MATRIAN no tenía en cuenta los resultados de las mediciones de satisfacción de los clientes y de acciones de seguimiento que se derivan de la prestación de los servicios del Concejo de Bosquí.	La Oficina Asesora de Planeación tiene en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la Norma OHSAS 18001:2007, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Enviar memorando del jefe de la Oficina Asesora de Planeación a los profesionales encargados de la ejecución de las actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Enviar memorando del jefe de la Oficina Asesora de Planeación a los profesionales encargados de la ejecución de las actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Elaborar compromisos con los profesionales encargados de la ejecución de las actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	30/09/2016	Se acepta	Terminos en cuenta que la realización de un seguimiento a la dependencia no depende directamente del proceso, es cumplimiento de lo establecido en el MATRIAN DEL SIG 2016, numeral 1.2.1. Por lo tanto para la gestión de la calidad (IJTG-CP 1000) del SIG-PRO07. Es el valor por el cual las mediciones de satisfacción de los clientes se utilizan como información para el mejoramiento continuo. Mediante la Medición Satisfacción al cliente versión 03 Código SIG-PRO07 no se venía a cabo por parte del proceso. Así mismo se evidenció que el sistema de gestión de la calidad no tenía en cuenta el cumplimiento de sus requisitos en relación con los niveles establecidos por el Consejo de Bosquí D.C. con el propósito de mejorar la calidad en el servicio que presta en el área de gestión de la información y comunicación interna y externa. Se evidenció que el proceso de Mejora Continua de este MATRIAN no tenía en cuenta los resultados de las mediciones de satisfacción de los clientes y de acciones de seguimiento que se derivan de la prestación de los servicios del Concejo de Bosquí. Se evidenció que el proceso de Mejora Continua de este MATRIAN no tenía en cuenta los resultados de las mediciones de satisfacción de los clientes y de acciones de seguimiento que se derivan de la prestación de los servicios del Concejo de Bosquí.
9	12.4 Incumplimiento a la norma ISO 2009 (IJCOP 1000-2009) y 110 puntos sobre los riesgos - IJTG-CP 1000-2009 (1.1 Política Administrativa de Riesgos 1.3.2 Identificación del Riesgo 1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo. Se evidenció que no se realiza el análisis de riesgos en el procedimiento de actualización del Mapa de Riesgos SIG-PRO 008. G.1 REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGOS. La Revisión y Actualización del Mapa de Riesgos de la Corporación se realiza cada trimestre de cada vigencia y su actualización es independiente por parte de los representantes de cada proceso y Subcomité de la Corporación con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación. En el MATRIAN DEL SIG-PRO07 se evidenció que no se realiza el análisis de riesgos en el procedimiento de actualización del Mapa de Riesgos SIG-PRO 008. G.1 REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN MAPA DE RIESGOS. La Revisión y Actualización del Mapa de Riesgos de la Corporación se realiza cada trimestre de cada vigencia y su actualización es independiente por parte de los representantes de cada proceso y Subcomité de la Corporación con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación.	La Oficina Asesora de Planeación tiene en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la Norma OHSAS 18001:2007, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Enviar memorando del jefe de la Oficina Asesora de Planeación a los profesionales encargados de la ejecución de las actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Enviar memorando del jefe de la Oficina Asesora de Planeación a los profesionales encargados de la ejecución de las actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Elaborar compromisos con los profesionales encargados de la ejecución de las actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, en donde se evidenció que algunos profesionales no tenían en su agenda las actividades asignadas y sus fechas a las cuales no se les dio oportuna ejecución.	Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	30/09/2016	Se acepta	Análisis de la Gestión de Riesgos de la Corporación a que el análisis de los riesgos no es claro, dado que hace referencia a los funcionarios del proceso de mejora continua y no a los funcionarios de la Corporación. La corrección es ACEPTA. La acción correctiva NO SE ACEPTA, ya que no se evidencia el análisis de los riesgos de los procesos de mejora continua en el MATRIAN DEL SIG-PRO07. Se debe evidenciar el análisis de los riesgos de los procesos de mejora continua en el MATRIAN DEL SIG-PRO07. Se debe evidenciar el análisis de los riesgos de los procesos de mejora continua en el MATRIAN DEL SIG-PRO07. Se debe evidenciar el análisis de los riesgos de los procesos de mejora continua en el MATRIAN DEL SIG-PRO07.



 CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.	PROCESO GESTIÓN MEJORA CONTINUA DEL SIG		CÓDIGO SIG-PR007-FO1
	PLAN DE MEJORAMIENTO Y ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS		VERSIÓN 02
			FECHA: 14-Sep-2018
Quién elabora:	JAIRO DE JESUS RAMIREZ RAMIREZ	Responsable que detecta:	Oficina de Control Interno
Cargo:	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Nombre de quien detecta:	Ana María Carpio Vargas / Ana María Beiral Cruz
Responsables del Proceso:	Mesa Directiva - Oficina Asesora de Planeación	Normas que Incumpla:	ISO 9001:2008 / HIG-SP 1000 V2009
Proceso involucrado:	Gestión de Mejora Continua del SIG	Fecha de solicitud:	07 de Noviembre de 2017

N°	Descripción de la No Conformidad	Análisis de Causas	Corrección	Acción Correctiva	Acción Preventiva	Valoración del Riesgo para la Norma OHSAS 18001:2007		Fecha de Implementación	OBSERVACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO PRIMERA REVISIÓN
						Valoración del Riesgo para la Norma OHSAS 18001:2007	Fecha de Implementación		
						Inicio	Finaliza		
10	123 ISO 2009 HIGCP 1000 2009 4.1 q controles sobre riesgos - MEC 1000 2014 1.11 Política Administrativa de Riesgos - 1.3 Identificación del Riesgo 1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo. Se evidenció que de acuerdo con el procedimiento Actualización del Riesgo en el numeral 5.9 SEGUIMIENTO AL RIESGO DE RIESGOS el equipo de Planeación elaboró un informe que por la forma de documentos sobre gestión o no a los controles o al sistema de seguimiento a la aplicación y efectividad de los mecanismos de control establecidos en la Corporación - ISO-PROCESOS-01 revisada la información en las actas del SIG no se evidenció que se haya presentado un informe sobre el estado y control de riesgos por la Corporación sobre el Mapa de Riesgos de Gestión, establecidos en cada uno de los procedimientos. Se mencionó que las siguientes actividades no se ejecutaron: toda vez que no se realizó de manera puntual el procedimiento: 6.4. Presertar a consolidación el mapa de riesgos 6.5. Aprobación la actualización y modificación del mapa de riesgos	PARA LAS ENTIDADES Y ORGANISMOS DISTRIALES HIG-SIG 001 2011 14. DIRECCIÓN POR LA DIRECCIÓN La alta dirección de la entidad y organismo distrital debe atender las siguientes consideraciones para la revisión del Sistema Integrado de Gestión a la alta dirección de la entidad y organismo distrital debe adoptar y hacer programas de capacitación para uno de los mecanismos, instrumentos, documentos, políticas y programas del Sistema Integrado de Gestión (HIG-SIG 001 2011) pág. 66 c. La alta dirección de la entidad y organismo distrital debe evaluar de manera periódica el Sistema Integrado de Gestión. Como parte de este ejercicio debe considerar la efectividad del Sistema Integrado de Gestión y la conformidad de los programas de gestión a la información de entrada para la revisión de la alta dirección debe incluir: 1) Los resultados de las auditorías del Sistema Integrado de Gestión; 2) La retroalimentación de los usuarios; 3) La retroalimentación de las partes interesadas del Sistema Integrado de Gestión; 4) Los resultados de la participación en el Sistema Integrado de Gestión; 5) El mapa de riesgos; 6) El plan de manejo de riesgos; 7) El desempeño en el mapa ambiental; 8) El desempeño de la capacidad y la salud ambiental; 9) El estado de las acciones correctivas y preventivas; 10) Los acciones de seguimiento de revisiones ordenadas por la dirección; 11) Los cambios que permitan mejorar el Sistema Integrado de Gestión; 12) Las recomendaciones para la mejora; HIG-SIG 001 2011 pág. 67 e. Los resultados de la revisión por la alta dirección de la entidad y organismo distrital deben permitir emprender acciones relacionadas con: 1) El mejoramiento de la eficiencia del Sistema Integrado de Gestión; 2) El mejoramiento de la eficacia del Sistema Integrado de Gestión; 3) El mejoramiento de la efectividad del Sistema Integrado de Gestión; 4) El mejoramiento en la prestación de los bienes y servicios a los usuarios.	Establecer un cronograma control y evidenciar la verificación, seguimiento y actualización de los riesgos en el mapa de riesgos de la Entidad	Se efectuó una reunión al procedimiento en el sistema se realizaron ajustes de igual manera al mapa de riesgos y a los controles establecidos por cada uno de los procesos para generar y se requieren modificaciones y se presentará el SIG para su aprobación			14/09/2017	30/09/2018	ANÁLISIS DE LA CAUSA: NO SE ACEPTA La descripción del análisis de la causa no es clara, toda vez que no se especifica a que grupo de trabajo se hace referencia, lo es al proceso de mejora continua o si es a las funciones de todos los procesos. La corrección se acepta. La acción correctiva: NO SE ACEPTA la acción correctiva se debe enfocar a la revisión de las actividades dispuestas en el procedimiento de actualización del riesgo. Se debe establecer la valoración del riesgo a la fecha SE ACEPTA
11	125 Incumplimiento en la norma ISO 9001 HIGCP 1000 2009 5.3.1 Revisión de la Dirección. En la evidencia que brinda a los resultados de las auditorías al Sistema Integrado de Gestión, la Oficina Asesora de Planeación debe realizar un análisis de las necesidades de actualizar cambios en el Sistema de Gestión y no solamente evidenciar los resultados de las auditorías internas desarrolladas por la Oficina de Control Interno o en mención al número de no conformidad que se presentó, sino que se presenten un informe la gestión de los procesos lo que no permite cumplir con el propósito de generar acciones de mejora por la Alta Dirección permitiendo la toma de decisiones necesarias. Se debe garantizar que la Alta Dirección cuente con información oportuna que permita evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad, mejorando los productos entregados para lograr las metas y objetivos institucionales.	PARA LAS ENTIDADES Y ORGANISMOS DISTRIALES HIG-SIG 001 2011 14. DIRECCIÓN POR LA DIRECCIÓN La alta dirección de la entidad y organismo distrital debe atender las siguientes consideraciones para la revisión del Sistema Integrado de Gestión a la alta dirección de la entidad y organismo distrital debe adoptar y hacer programas de capacitación para uno de los mecanismos, instrumentos, documentos, políticas y programas del Sistema Integrado de Gestión (HIG-SIG 001 2011) pág. 66 c. La alta dirección de la entidad y organismo distrital debe evaluar de manera periódica el Sistema Integrado de Gestión. Como parte de este ejercicio debe considerar la efectividad del Sistema Integrado de Gestión y la conformidad de los programas de gestión a la información de entrada para la revisión de la alta dirección debe incluir: 1) Los resultados de las auditorías del Sistema Integrado de Gestión; 2) La retroalimentación de los usuarios; 3) La retroalimentación de las partes interesadas del Sistema Integrado de Gestión; 4) Los resultados de la participación en el Sistema Integrado de Gestión; 5) El mapa de riesgos; 6) El plan de manejo de riesgos; 7) El desempeño en el mapa ambiental; 8) El desempeño de la capacidad y la salud ambiental; 9) El estado de las acciones correctivas y preventivas; 10) Los acciones de seguimiento de revisiones ordenadas por la dirección; 11) Los cambios que permitan mejorar el Sistema Integrado de Gestión; 12) Las recomendaciones para la mejora; HIG-SIG 001 2011 pág. 67 e. Los resultados de la revisión por la alta dirección de la entidad y organismo distrital deben permitir emprender acciones relacionadas con: 1) El mejoramiento de la eficiencia del Sistema Integrado de Gestión; 2) El mejoramiento de la eficacia del Sistema Integrado de Gestión; 3) El mejoramiento de la efectividad del Sistema Integrado de Gestión; 4) El mejoramiento en la prestación de los bienes y servicios a los usuarios.	Revisar los ajustes recomendados en la Auditoría de Mejora Continua del SIG para los Informes Anuales de la Revisión por la Dirección	Elaborar el informe de revisión por la dirección 2017, incluyendo a revisión y análisis del SIG de donde debe salir un documento con las recomendaciones de mejora y conclusiones para su presentación a la mesa directiva			14/01/2017	30/09/2018	ANÁLISIS DE LA CAUSA: No se Acepta La descripción del análisis de la causa no es clara que se remite a la Resolución 1315 de 2012, se breva a la desorden las funciones del Comité del SIG, la Oficina Asesora de Planeación en el momento de Elaborar y/o Consultar el Informe de Revisión por la Dirección debe realizar un análisis de la información que presenten tanto las dependencias, de manera tal que permita evaluar la entidad en que estado se encuentra y presentar a la alta dirección los resultados del informe que servirá a la Mesa Directiva tomar acciones de mejora en aquellas posibles distorsiones del sistema de gestión de la calidad. Conclusión: Se Acepta. Acción Correctiva: No se acepta debido a que el Informe de Revisión por la Dirección que presenta la Oficina Asesora de Planeación a la Mesa Directiva, este debe ser analizado por el Comité del SIG, donde se presenten las propuestas de mejoras y conclusiones para que la Mesa Directiva de autorice para la elaboración del Plan de mejoramiento. Valoración del Riesgo: Se debe hacer la descripción del riesgo. Fecha: Se acepta
12	127 Incumplimiento en la norma ISO 9001 HIGCP 1000 2009 5.6 Revisión por la Dirección. 5.6.3 Resultados de la Revisión. Se evidenció que una vez presentado y evaluado el Informe de Revisión por la Dirección de la Vigencia 2017 y 2018 no se encontró un Plan de Mejoramiento sobre las recomendaciones que se establecieron en dicho informe como se encuentra establecido en el procedimiento REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN. Código SIG-PROCESOS-01 Manual 6.6 al igual que no se evidenció que medidas se tomaron por la Alta Dirección frente a estos resultados como lo establece el numeral 6.4 del procedimiento que establece que en las actas del SIG deben quedar consignadas sugerencias, decisiones y conclusiones sobre el sistema y que deben estar orientadas a la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del SIG y sus procesos. Las necesidades de recursos, la mejora de los procesos y acciones en relación con los requisitos de los clientes y/o usuarios. Se evidenció que en el Comité del SIG no existe una acta de reunión donde se discutan dicho punto.	Para no tener evidencia del cumplimiento de la prestación de este informe al SIG, por la multiplicidad de actividades de la Oficina de Planeación, es necesario que exista evidencia de la revisión permanente de los resultados de las acciones correctivas y preventivas en cada uno de los procesos.	Se establezca plan de mejoramiento para el informe de revisión por la dirección de la vigencia 2017 frente a los resultados de la evidencia	Para la vigencia 2018 se tendrá en cuenta lo establecido en el procedimiento SIG-PROCESOS REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN DEL SIG dando cumplimiento al numeral 6.4 de dicho procedimiento en el caso del SIG			14/01/2017	30/09/2018	ANÁLISIS DE LA CAUSA: NO SE ACEPTA La descripción de la causa no corresponde a la no conformidad evidenciada, debido a que el proceso debe realizar un plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados del informe. CORRECCIÓN: NO SE ACEPTA, POR QUE SE DEBE ESTABLECER LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORAMIENTO. ACCIÓN CORRECTIVA: No se Acepta, teniendo en cuenta que el comité del SIG debe hacer una revisión del informe que fue entregado a la alta dirección y de acuerdo
13	128 Incumplimiento en la norma ISO 9001:2008, HIGCP 1000 2009 4.2.3 Control de Documentos. 4.2.4 Control de Registros. MEC 1000 2014 Información y Comunicación Interna. Evidenció que no se encuentra actualizado el Estado Maestro de Documentos publicado en el sitio interno, sobre lo establecido al numeral 8.6 del procedimiento de Control de Documentos que menciona: Registrar los cambios de formularios, actualizar o aclarar el contenido del estado maestro de documentos o el inventario de formularios. Una vez aprobado el documento o formato en el Comité Directivo del SIG, los profesionales responsables del Sistema de Gestión de Calidad y la Gestión Documental entregaran al Profesional Especializado 222-02 del proceso Mapa Continua del SIG, para registro de modificación, actualización o creación en el Estado Maestro de documentos (SIG-PR004-FO1) o el Inventario de Formularios (SIG-PR005-FO1), de conformidad con los parámetros establecidos de seguridad de la información.	La Oficina Asesora de Planeación no cuenta con el cargo de PROFESIONAL UNIVERSITARIO 219-03 que tiene bajo su responsabilidad el manejo de funciones propias de CALIDAD. Esta figura en el primer semestre de 2017 sirvió a la Dirección Administrativa y el contenido de esta vacante sin que hasta la fecha haya sido lograda contar con el profesional para el sistema de calidad de la Corporación.	Revisar la solicitud a la Dirección Administrativa para que asignen al profesional 219-03 para el mantenimiento de la actualización del inventario de formularios y socialización de los mismos.	Una vez la Oficina Asesora de Planeación cuente con el profesional 219-03 realizar la actualización del inventario de formularios, publicación y socialización de los mismos.			14/06/2017	30/09/2018	ANÁLISIS DE LA CAUSA: NO SE ACEPTA La descripción de la causa no corresponde a la no conformidad evidenciada, debido a que el proceso si bien tiene a cargo el procedimiento es el no debe desarrollarse. CORRECCIÓN: NO SE ACEPTA debido a que el procedimiento está establecido en el proceso de Mejora Continua, siendo este una de las responsabilidades de la norma técnica de calidad, este documento no lo podrá tener gestión documental dado que este procedimiento es de responsabilidad de planeación. ACCIÓN CORRECTIVA: No se acepta
14	129 Incumplimiento en la norma ISO 2000 HIGCP 1000 2009 4.2.3 Control de Documentos. 4.2.4 Control de Registros. MEC 1000 2014 Información y Comunicación Interna. Evidenció que no se encuentra actualizado el Estado Maestro de Documentos publicado en el sitio interno, sobre lo establecido al numeral 8.6 del procedimiento de Control de Documentos que menciona: Registrar los cambios de formularios, actualizar o aclarar el contenido del estado maestro de documentos o el inventario de formularios. Una vez aprobado el documento o formato en el Comité Directivo del SIG, los profesionales responsables del Sistema de Gestión de Calidad y la Gestión Documental entregaran al Profesional Especializado 222-02 del proceso Mapa Continua del SIG, para registro de modificación, actualización o creación en el Estado Maestro de documentos (SIG-PR004-FO1) o el Inventario de Formularios (SIG-PR005-FO1), de conformidad con los parámetros establecidos de seguridad de la información.	La Oficina Asesora de Planeación no cuenta con el cargo de PROFESIONAL UNIVERSITARIO 219-03 que tiene bajo su responsabilidad el manejo de funciones propias de CALIDAD. Esta figura en el primer semestre de 2017 sirvió a la Dirección Administrativa y el contenido de esta vacante sin que hasta la fecha haya sido lograda contar con el profesional para el sistema de calidad de la Corporación.	Revisar la solicitud a la Dirección Administrativa para que asignen al profesional 219-03 para el mantenimiento de la actualización del inventario de formularios y socialización de los mismos.	Una vez la Oficina Asesora de Planeación cuente con el profesional 219-03 realizar la actualización del inventario de formularios, publicación y socialización de los mismos.			14/02/2017	30/09/2018	ANÁLISIS DE LA CAUSA: NO SE ACEPTA La descripción de la causa no corresponde a la no conformidad evidenciada, debido a que el proceso si bien tiene a cargo el procedimiento es el no debe desarrollarse y actualizar el formato. CORRECCIÓN: NO SE ACEPTA debido a que el proceso de Mapa Continua es el que tiene a cargo este formato. ACCIÓN CORRECTIVA: No se acepta debido a que el formato de estado maestro de documentos debe ser actualizado por la Oficina Asesora de Planeación que es la que tiene a cargo el procedimiento.




	PROCESO GESTIÓN MEJORA CONTINUA DEL SIG		CÓDIGO SIG-PR07-F01
	PLAN DE MEJORAMIENTO Y ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS		VERSIÓN 02
			FECHA 14-Sep-2016
Quiénes genera	JAIRO DE JESUS RAMIREZ RAMIREZ	Responsable que detecta	Oficina de Control Interno
Cargo	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Nombre de quien detecta	Ana María Gómez Vargas / Ana María Bernal Cruz
Responsables del Proceso	Maria Victoria Oficina Asesora de Planeación	Formas que detecta	ISO 9001:2008 / IIC-CP 1000 V2009
Proceso involucrado	Gestión de Mejora Continua del SIG	Fecha de solicitud	07 de Noviembre de 2017

N°	Descripción de la No Conformidad	Análisis de Causas	Corrección	Acción Correctiva	Acción Preventiva	Valoración del Riesgo para la Norma OHSAS 18001:2007 (Anexo 4 5.3.2)	Fecha de implementación		OBSERVACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO (PUNTA REVISIÓN)
							Inicia	Finaliza	
15	12.10 Incumplimiento a la Norma IECOP 1000004.4 requisitos generales de la g) 4.2.3 Control de Documentos 4.2.4 control de registros Norma ISO 10001:151 Equipamiento y Mantenimiento evidencia soporte documental del seguimiento, capacitación y asistencia recibida al Subcontrato de Sistemas y Seguridad de la Información toda vez que no se tienen estos de manera actualizada entre el Funcionario encargado de la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección de Sistemas y Seguridad de la Información.	El jefe de la Oficina Asesora de Planeación revisó los cronogramas de actividades de cada uno de los profesionales en la Oficina Asesora de Planeación y los profesionales profesionales designados sus actividades en etapas no fue un registro de cumplimiento a todas sobre el cumplimiento de su cronograma.	Emite memorando del jefe de la Oficina Asesora de Planeación a los profesionales recordatorios de cumplimiento de sus cronogramas al cronograma suscrito para los próximos 6 meses uno de los cronogramas asignados equipo de trabajo a la dirección como sea y estado de asistencia del cumplimiento de todas.	Elaborar cronograma con los profesionales del cronograma de trabajo para la vigencia 2018 y hacer seguimiento por el punto de cumplimiento de todas.		Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	30/09/2018	ANÁLISIS DE LA CAUSA: No se acepta en esta causa no se debe colocar justificaciones o explicaciones sin ser debidamente evaluadas la causa principal que generó la no conformidad como por ejemplo que no se había realizado reuniones de trabajo con el funcionario profesional del área de sistemas y seguridad de la información. Corrección: No se acepta, en primer lugar deberá la evidencia de asistencia referida en la evidencia documental de los días donde estábamos elaborando cronogramas de trabajo cronogramas cumplimiento de acciones seguimiento y verificación de planes programas y proyectos a cargo de sistemas, información que podrá ser de ayuda para el informe de revisión por la Dirección, por otra parte si ya tiene actas de trabajo se sugiere continuar con la evidencia y dejar evidencia.
16	12.11 Incumplimiento a la Norma IECOP 1000003.11 requisitos generales de la g) 4.2.4 control de registros Norma ISO 10001:151 Seguimiento y medición en el ámbito que en esta oportunidad está operando el Accesorio en el área de la Subdirección de Gestión Ambiental (SGA) de la Subdirección de Gestión Ambiental no permite verificar los procesos con el Registro Ambiental no permite verificar los procesos más creativos a tener en cuenta para realizar un cronograma de seguimiento y análisis de la información que permita la sostenibilidad del Sistema de Gestión.	El jefe de la Oficina Asesora de Planeación revisó los cronogramas de actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación y los profesionales profesionales designados sus actividades en etapas no fue un registro de cumplimiento a todas sobre el cumplimiento de su cronograma.	Emite memorando del jefe de la Oficina Asesora de Planeación a los profesionales recordatorios de cumplimiento de sus cronogramas al cronograma suscrito para los próximos 6 meses uno de los cronogramas asignados equipo de trabajo a la dirección como sea y estado de asistencia del cumplimiento de todas.	Elaborar cronograma con los profesionales del cronograma de trabajo para la vigencia 2018 y hacer seguimiento por el punto de cumplimiento de todas.		Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	30/09/2018	ANÁLISIS DE LA CAUSA: No se acepta en esta causa no se debe colocar justificaciones o explicaciones sin ser debidamente evaluadas la causa principal que generó la no conformidad. Corrección: No se acepta, en el entendido que los registros de los cronogramas de trabajo y responsabilidades cronogramas están actualizados según el Artículo Segundo de la Resolución 1015 de 2012, ver la resolución y con respecto a cumplimiento a las funciones de sistemas, información si bien se tiene un profesional encargado cronogramas que podrá ser de ayuda para el informe de revisión por la Dirección, por otra parte si ya tiene actas de trabajo se sugiere continuar con la evidencia y dejar evidencia. Acción Preventiva: No se acepta se requiere que como es una no conformidad potencial se debe generar la causa de acción preventiva y por la causa de acción correctiva restar la acción correctiva perteneciente a la no conformidad identificada. Valoración del riesgo: se debe disparar la causa de valoración del riesgo. Fecha: se acepta
17	12.12 Incumplimiento a la Norma ISO 2000 IECOP 1000005.5.4 Planeación MECO 1000204 Dirección Ejecutiva Planes programas y proyectos ISO 10001:151 Planeación de la Organización Social que se incluye en el Plan de Acción en la estrategia 5.1 Mantener las Certificaciones en el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) Gestión de la Calidad en el Sector Público (IIC-CP, IIC-CP Gestión Ambiental (ISO 14001) Salud y Seguridad Ocupacional (ISO 45001) Seguridad Social (ISO 26000) este último subdirección no cuenta con certificación por lo tanto la estrategia está por definir y no debe contar con evidencia de responsabilidad social, porque no estamos certificados.	El jefe de la Oficina Asesora de Planeación revisó los cronogramas de actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación y los profesionales profesionales designados sus actividades en etapas no fue un registro de cumplimiento a todas sobre el cumplimiento de su cronograma.	Para la vigencia 2018 se hará la certificación de la estrategia 5.1 MANTENER LAS CERTIFICACIONES EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD en el Sector Público (IIC-CP, IIC-CP Gestión Ambiental (ISO 14001) Salud y Seguridad Ocupacional (ISO 45001) Seguridad Social (ISO 26000) este último subdirección no cuenta con certificación por lo tanto la estrategia está por definir y no debe contar con evidencia de responsabilidad social, porque no estamos certificados.	Emite el plan de acción con esta estrategia de seguimiento por el punto de cumplimiento de todas.		Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	30/09/2018	ANÁLISIS DE LA CAUSA: NO SE ACEPTA. La descripción de la Causa no corresponde a la no conformidad evidenciada, es decir a que el Sistema de Responsabilidad Social no se encuentra certificado, por lo que se hace necesario elaborar la estrategia del plan de acción. CORRECCIÓN: No se acepta debido a que la Oficina Asesora de Planeación no está elaborando el Plan de Acción y debe tener en cuenta estas situaciones a definir las estrategias. ACCIÓN CORRECTIVA: No se acepta debido a que lo que se evidenció es que en el Plan de Acción está mal descrita la estrategia por lo que se debe mejorar en el plan de acción. ANÁLISIS DE LA CAUSA: NO SE ACEPTA. Si bien está claro la responsabilidad de la Dirección Administrativa es responsable de la Oficina Asesora de Planeación hacer un seguimiento al SGC y hacer un seguimiento para el desarrollo de este subtema por lo que se requiere del cumplimiento del cronograma de trabajo que está haciendo parte del IIC-CP, ver la resolución 1015 de 2012, ver la resolución y con respecto a cumplimiento a las funciones de sistemas, información si bien se tiene un profesional encargado cronogramas que podrá ser de ayuda para el informe de revisión por la Dirección, por otra parte si ya tiene actas de trabajo se sugiere continuar con la evidencia y dejar evidencia.
18	12.13 Incumplimiento a la Norma IECOP 1000005.5.4 Planeación MECO 1000204 Dirección Ejecutiva Planes programas y proyectos ISO 10001:151 Planeación de la Organización Social que se incluye en el Plan de Acción en la estrategia 5.1 Mantener las Certificaciones en el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) Gestión de la Calidad en el Sector Público (IIC-CP, IIC-CP Gestión Ambiental (ISO 14001) Salud y Seguridad Ocupacional (ISO 45001) Seguridad Social (ISO 26000) este último subdirección no cuenta con certificación por lo tanto la estrategia está por definir y no debe contar con evidencia de responsabilidad social, porque no estamos certificados.	El jefe de la Oficina Asesora de Planeación revisó los cronogramas de actividades de cada uno de los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación y los profesionales profesionales designados sus actividades en etapas no fue un registro de cumplimiento a todas sobre el cumplimiento de su cronograma.	Para la vigencia 2018 se hará la certificación de la estrategia 5.1 MANTENER LAS CERTIFICACIONES EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD en el Sector Público (IIC-CP, IIC-CP Gestión Ambiental (ISO 14001) Salud y Seguridad Ocupacional (ISO 45001) Seguridad Social (ISO 26000) este último subdirección no cuenta con certificación por lo tanto la estrategia está por definir y no debe contar con evidencia de responsabilidad social, porque no estamos certificados.	Emite el plan de acción con esta estrategia de seguimiento por el punto de cumplimiento de todas.		Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	30/09/2018	ANÁLISIS DE LA CAUSA: NO SE ACEPTA. Si bien está claro la responsabilidad de la Dirección Administrativa es responsable de la Oficina Asesora de Planeación hacer un seguimiento al SGC y hacer un seguimiento para el desarrollo de este subtema por lo que se requiere del cumplimiento del cronograma de trabajo que está haciendo parte del IIC-CP, ver la resolución 1015 de 2012, ver la resolución y con respecto a cumplimiento a las funciones de sistemas, información si bien se tiene un profesional encargado cronogramas que podrá ser de ayuda para el informe de revisión por la Dirección, por otra parte si ya tiene actas de trabajo se sugiere continuar con la evidencia y dejar evidencia. CORRECCIÓN: No se acepta debido a que la Oficina Asesora de Planeación no está elaborando el Plan de Acción y debe tener en cuenta estas situaciones a definir las estrategias. ACCIÓN CORRECTIVA: No se acepta debido a que lo que se evidenció es que en el Plan de Acción está mal descrita la estrategia por lo que se debe mejorar en el plan de acción.

[Handwritten signature]



 CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C.	PROCESO GESTIÓN MEJORA CONTINUA DEL SIG		CÓDIGO: SIG-PR007-F01
	PLAN DE MEJORAMIENTO Y ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS		VERSIÓN: 02
			FECHA: 14-Sep-2016
Orden de diligencia	JAIRO DE JESUS RAMIREZ RAMIREZ	Responsable que detecta:	Oficina de Control Interno
Cargo	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Nombre de quien Detecta:	Aura María Carrillo Vargas / Ana María Bernal Cruz
Responsables del Proceso	Mara Dreyfus - Oficina Asesora de Planeación	Normas que incurren:	ISO 9001:2008 / ITC-GP 1000-V2009
Proceso Involucrado	Gestión de Mejora Continua del SIG	Fecha de vigencia:	07 de Noviembre de 2017

N°	Descripción de la No Conformidad	Análisis de Causas	Corrección	Acción Correctiva	Acción Preventiva	Valoración del Riesgo para la Norma OHSAS 18001 2007 Numeral 4.5.3.2	Fecha de Implementación		OFICINA DE CONTROL INTERNO 15-02-2016	OBSERVACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO PRIMERA REVISIÓN	
							Inicia	Finaliza			
18	12.14 ISO 9001:2008 / ITCGP 1000-2009 8.2.1 Competencia Formación y tema de Conciencia MECI 2014 1.12 Detallado del Talento Humano Se evidenció que en la red interna no se encuentra registrada la información sobre el Comité de Ética del Concejo de Bogotá, lo cual no se aplica la carpeta como Comité al interior de la entidad en la red interna	La Resolución 266 del 13 de julio de 2010 en su artículo primero Confirma el grupo de gestores y gestoras de ética. La Resolución 556 del 27 de agosto de 2011 modifica el artículo 10 de la Resolución 266 de 2010. Entra un error por parte de la Resolución 566 no crea un comité de ética sino que modifica el artículo 10 de la Resolución 266 de 2010 que conforma el grupo de gestores y gestoras de ética. Se corrigió a la fecha no entra en la entidad acto administrativo que crea el COMITÉ DE ÉTICA	Desde la gestión de la Oficina Asesora de Planeación entre un memorando a los miembros del Comité de Ética solicitando que una vez que la Resolución de conformación del Comité de Ética sea modificada sea enviada a la Oficina de Planeación para su publicación en la red interna del Concejo de Bogotá al igual que las actividades realizadas por este Comité			Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	15/09/2016	Por favor diligenciar carpeta de acción correctiva	Análisis de causa: No se acepta debido a que la responsabilidad de la publicación es de la Oficina Asesora de Planeación Corrección: Se Acepta Acción Correctiva: Se Acepta Valoración del riesgo: Se Acepta Fecha: se acepta Solo se responsabiliza a la Oficina de Control Interno el levantamiento de esta no conformidad contenida en esta solicitud en lo expresado en el análisis de causa. Esto que no es posible adicionar algún memorando sobre un comité que hasta la fecha la Corporación no ha creado. Entra un error porque la Resolución 566 no crea un comité de ética sino que modifica el artículo 10 de la Resolución 266 de 2010	
20	12.15 Incumplimiento en la norma ISO 9001:2008 / ITCGP 1000-2009 8.2.2 Competencia Formación y tema de Conciencia MECI 2014 1.12 Detallado del Talento Humano Se evidenció que en la preparación del sistema del Talento Humano se crearon parámetros de elaboración y publicación de la cartilla virtual de inducción y la aprobación de la misma	Desde la Dirección Administrativa se remitió el proyecto de la cartilla de inducción y renovación a todas las direcciones para su aprobación a la fecha no se ha obtenido sugerencias, observaciones o modificaciones a la aprobación de la misma	Emite un memorando desde la Dirección Administrativa (referido a las direcciones de inducción y renovación) de la cartilla virtual de inducción y renovación en el Comité del SIG y una vez aprobada pase a la red interna del Concejo	Elaboración y publicación de la cartilla virtual de inducción y renovación de la Corporación		Este valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	15/09/2016	Se acepta	Análisis de causa: Se Acepta Corrección: Se Acepta Acción Correctiva: Se Acepta Valoración del riesgo: Se Acepta Fecha: se acepta	
21	12.18 Incumplimiento en la norma ISO 2009 / ITCGP 1000-2009 5.5.1 Responsabilidad y Actitud 5.1 Planificación estratégica 1.2.3 Estructura Organizacional Se evidenció que no se está dando cumplimiento a la Resolución 266 de 2010 en el artículo 30 Roles y Responsabilidades del Equipo MECI al igual que no se evidencia gestión por parte de los encargados que permitan dar una oportunidad al exterior de la entidad en el cual este grupo de personas obtiene fomentar estos proyectos al igual que fortalecer la capacitación a todas las personas del MECI	Si bien es cierto durante la vigencia 2017 se desarrollaron varias reuniones con el equipo MECI, se observa un alto grado de informalidad por parte de los profesionales que integran el grupo MECI, en especial para los Directores involucrados y frente a la importancia de la labor del equipo MECI para que estos desarrollen su labor de multiplicación de los roles MECI en cada proceso	Para la vigencia 2018 poner en conocimiento de las direcciones que conforman el SIG la importancia de que un profesional de su proceso integre el equipo MECI y hacer de una manera formal (realizado acto administrativo) que le exprese la importancia de la labor que deben desarrollar al interior de su proceso como lo establece la resolución 795 de 2014	dar cumplimiento a la Resolución 195 de 2014 sobre la gestión que debe adelantar las personas que integran el grupo MECI	NA		Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	15/09/2016	se acepta	Análisis de causa: No se Acepta debido a que la formalidad del MECI debe ser permanente al interior de la entidad y no necesariamente se requiere de la empresa de una nueva norma Corrección: No se Acepta debido que al interior de la entidad se encuentra establecida una Resolución a la cual se le debe dar cumplimiento, hasta tanto exista una nueva norma
22	SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO 2016 En verificación el cumplimiento de las acciones preventivas y correctivas planteadas en el plan de mejoramiento (acciones Aueras)									Según el informe de auditoría final al proceso de mejora continua se evidenció que algunas no conformidades de la vigencia 2016, continúan abiertas por lo que es importante que estén gestionadas en el plan de mejoramiento	
11	11.1 El desarrollo de la auditoría al proceso de mejora continua se llevó el mapa de riesgos del proceso de caracterización y los indicadores donde se evidencian las siguientes situaciones a Caracterización. Si bien se hace referencia la caracterización del proceso se evidencia se deben ajustar algunos datos del caso PIVA como es el caso de En el planificador mencionan un plan de mantenimiento el cual no lo realiza el proceso ya que se sabe cuál es, en el hacer mención acompañamiento en el análisis de los subsistemas (SOSI, SRS, SGI) sin embargo estos dispositivos ya fueron retirados por lo esta actividad no se debe omitir en esta etapa, en el actuar en el manual de procedimientos no se indica a donde van dirigidas las actas a las que hacen alusión, a los sus directores al proceso, o a las planes Por otro lado, en las actas de la caracterización no se ha contemplado la norma estándar NTC 5001:2011 El Riesgo de Gestión se levantó el mapa de riesgos y se evidencian que hay controles que no ayudan a mitigar el riesgo, hay descripciones que	Detallado de la caracterización y el mapa de riesgos de la Corporación	Actualización de la caracterización y Mapa de Riesgos del proceso	Se actualizará la caracterización y Mapa de Riesgos del proceso		Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	30/09/2017	Se acepta	No se ha dado cumplimiento al ítem a) por lo que continúa Abierta	
11	11.3 Revisada la información de la página web en el área de planeación se evidencia que no se encuentra actualizada la información correspondiente a las acciones y no se observa información de la actual vigencia. Lo anterior podría generar un posible incumplimiento a las normas ISO 9001:2008 5.5.3 Comunicación interna, ITCGP 1000-2009 5.5.3 Comunicación interna, MECI 2014 3.4 Transferir Información y Comunicación	Constantemente se han generado múltiples cambios en el Sistema Integrado de Gestión del Concejo de Bogotá, D.C. para lo cual no se han actualizado	Actualizar la información de la página Web en el Link de Planeación	Se actualizará la información de la página Web en el Link de Planeación		Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	30/09/2017	se acepta	Esta no conformidad continúa Abierta	
11	11.4 Si bien se tiene una metodología de revisión y seguimiento para el cumplimiento de las metas y se evidencian al SIG, revisada en el plan operativo anual de trabajo de SIG, falta incluir otras actividades que el subsector de Gestión a nivel corporación realiza, tales como la revisión, actualización y seguimiento de los indicadores de gestión (revisión y actualización de políticas de operación, revisión de caracterización, revisión de procedimientos y formatos, medición de procesos de satisfacción, informes de seguimiento, etc. otros, además debe realizarse con la periodicidad que se define en el mismo programa de trabajo, una vez que se evidencian que algunas actividades que realiza cada uno de los funcionarios asignados a la Oficina Asesora de Planeación a las cuales se les asignó diferentes procesos de la Entidad, vienen siendo desarrolladas en diferentes fechas que no corresponden a las descritas en el plan operativo anual del SIG como por ejemplo Se debería realizar seguimiento a los riesgos de gestión en Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre y no se observó el cumplimiento de las	Se estableció cronograma de trabajo para desarrollar las actividades propias de la Oficina Asesora de Planeación pero por diferentes razones no se desarrolló cronológicamente debido a múltiples actividades y compromisos de los funcionarios y jefe de la Oficina	Incluir en el cronograma de trabajo de la Oficina Asesora de Planeación durante la vigencia 2017, actividades de revisión, actualización y seguimiento del Sistema Integrado de Gestión de acuerdo a las necesidades de cada Proceso	Se incluirá en el cronograma de trabajo de la Oficina Asesora de Planeación durante la vigencia 2017, actividades de revisión, actualización y seguimiento del Sistema Integrado de Gestión de acuerdo a las necesidades de cada Proceso		Esta valoración solo aplica para OHSAS	14/09/2017	30/09/2017	Se acepta	Esta no conformidad continúa Abierta	



Origen agencia	JAIRO DE JESUS RAMIREZ RAMIREZ	Responsable que detecta	Oficina de Control Interno
Cargo	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Nombre de quien detecta	Aura María Carrán Vargas / Ana María Bernal Cruz
Responsables del Proceso	Oficina Asesora de Planeación	Normas que incumple	ISO 9001:2008 / ITC-CP 1000 V2009
Proceso involucrado	Gestión de la Infra Estructura del SIG	Fecha de solicitud	07 de Noviembre de 2017


#1	Descripción de la No Conformidad	Análisis de Causas	Corrección	Acción Correctiva	Acción Preventiva	Valoración del Riesgo para la Norma OHSAS 18001:2007 (Numeral 4.5.3.2)	Fecha de Implementación		OFICINA DE CONTROL INTERNO 15-02-2016	OBSERVACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO PRIMERA REVISIÓN
							Inicia	Finaliza		
							Plan de Mejoramiento			
11.5	Se elaboró a través de la siguiente ruta: Planeación/Oficina Asesora de Planeación/Comité de Calidad/Resolución 0050 de 2005. Esta última resolución no se encuentra en la página web de esta entidad, lo que impide a los interesados acceder a la misma para estar informados de la misma, así como de la existencia de otras resoluciones basadas en ella. Toda vez que hace referencia a la Norma ITC-CP 1000:2009 la cual fue derogada por la ITC-CP 1000:2009. Por otra parte, la Resolución 0315 de 2010 en su artículo tercero, Comité Directivo indica De lo anterior en ninguna de las actas publicadas ni las reuniones realizadas en el Comité Directivo en la sede virtual de Facebook, se encuentra la autorización del Comité Interno de Control, como lo indica la resolución del Comité Interno de Control, Comité de Organización de Control Interno, Comité de Gestión de Calidad, Comité de Planeación Web y Comité Seguridad de la Información. Lo anterior podría generar un posible incumplimiento MECP 2014 En transacción de Información y Comunicación (Norma ITC-CP 1000:2009 4.2.3 Generalidades 423 Control de Documentos, 424 Control de Registros)	No existe evidencia documental sobre este Comité	Corregir la Resolución No. 050 de 2005	Se solicita ante el Comité del SIG la derogación de la Resolución No. 050 de 2005	Esta valoración se basa en la Norma OHSAS 18001:2007	14/09/2017	30/09/2017	Se solicita el mejoramiento de este punto	Esta no conformidad continúa abierta. Respecto a la norma, respecto a la Oficina de Control Interno el Comité de esta entidad no está actualizado en esta fecha se debe actualizar en el artículo 23 de agosto de 2007 y su lugar de publicación que la resolución 000 de 2006 esta derogada por la Resolución 1315 de 2012. Lo anterior teniendo en cuenta que esta última resolución de la cual se cumplió el artículo 23 de agosto de 2007. El Sistema de Gestión de Control Interno está conformado por los siguientes Sub-sistemas: 1. Sub-sistema de Gestión de la Calidad (SGC) 2. Sub-sistema Interno de Gestión Documental y Archivo (SIGDA) 3. Sub-sistema de Gestión de Seguimiento de la Información (SGSI) 4. Sub-sistema de Seguridad y Salud (SSS)	
11.6	Se ha detectado en el sistema una carpeta MECI en la que se encuentran varias carpetas, entre ellas una de las sub-sistemas la que puede generar confusión en la información y se hace necesario la actualización de la misma, en donde se puede visualizar la estructura MECI 2014. Los dos módulos Control de Planeación y Gestión de Evaluación con sus respectivos formularios y carpetas y un formulario de Información y Comunicación. A su vez, se debe actualizar en la carpeta de los Sub-sistemas de Información MECI 2009 en el módulo correspondiente. Lo anterior podría generar un posible incumplimiento de la norma ISO 9001:2008 ITC-CP 1000:2009 Numeral 4.2.3 Generalidades MECI 2014 (Estructura de Información y Comunicación)	Constantemente se han generado múltiples cambios en el Módulo Evaluación de Control Interno del Consejo de Bogotá, D.C. para su actualización, los cuales no se han actualizado	Revisar y actualizar la información de la estructura de Planeación y Gestión de Evaluación MECI	Se revisará y actualizará la información de la estructura de la carpeta de Planeación, carpetas del MECI	Esta valoración se basa en la Norma OHSAS 18001:2007	14/09/2017	31/09/2016	Se acepta	Esta no conformidad continúa abierta.	
12.3	Incumplimiento MECI 2014. En transacción de Información y Comunicación (Norma ITC-CP 1000:2009 4.2.3 Generalidades 423 Control de Documentos, 424 Control de Registros). Se evidenció que la información que se encuentra publicada en la red virtual correspondiente al SIGC está obsoleta, en un momento del Plan de Mejoramiento se pidió al SIGC (Oficina de Información y Comunicación) que actualizara la información de la red virtual de la estructura de Planeación y Gestión de Evaluación MECI 2014. Lo anterior podría generar un posible incumplimiento de la norma ISO 9001:2008 ITC-CP 1000:2009 Numeral 4.2.3 Generalidades MECI 2014 (Estructura de Información y Comunicación)	Constantemente se han generado múltiples cambios en el Sistema de Información y Comunicación del Consejo de Bogotá, D.C. para su actualización, los cuales no se han actualizado	Revisar y actualizar la información de la estructura de Planeación y Gestión de Evaluación MECI	Se revisará y actualizará la información de la estructura de la carpeta de Planeación	Esta valoración se basa en la Norma OHSAS 18001:2007	14/09/2017	30/09/2017	Se acepta	Esta no conformidad continúa abierta.	
12.4	Incumplimiento de la Norma ITC-CP 1000:2009 Numeral 4.1 Requisitos Generales de MECI 2014 Módulo Control de Planeación y Gestión. Componente Estructura de Información. Finalmente, Módulo de Operación por procesos. Se evidenció que actualmente se tiene la Resolución 720 del 25 de octubre de 2010, por la cual se aprobó el manual de procesos y procedimientos de la Entidad, se requiere que no se tiene el manual en formato digital, que contenga toda la información de la GUÍA OPERATIVA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE BOGOTÁ, se evidencia que en la estructura de Planeación y Gestión de Evaluación MECI 2014, se evidencia que no se tiene el manual de procesos y procedimientos, con sus respectivos formularios y carpetas, así como se evidencia que en el año 2012 se tenía un manual de procesos y procedimientos el cual fue elaborado por un subcomité de Planeación y Gestión de Evaluación, pero no se sabe cuál ha sido la actualización de este manual desde su emisión a la fecha, cuáles modificaciones o actualizaciones se han realizado a la fecha.	Cambios permanentes por mejora continua y se debe actualizar la información de acuerdo a la normatividad vigente	Revisar y actualizar la información de la estructura de Planeación y Gestión de Evaluación MECI	Se revisará y actualizará el Manual de Procesos y Procedimientos de acuerdo a la normatividad vigente	Esta valoración se basa en la Norma OHSAS 18001:2007	14/09/2017	30/09/2017	Se acepta	Esta no conformidad continúa abierta.	
12.5	Incumplimiento de la Norma ISO 9001:2008 ITC-CP 1000:2009 4.2.3 Generalidades Formación y Toma de conciencia. Generalmente se evidencia que si bien el funcionario encargado de la actualización del Sistema de Gestión Ambiental, tiene conocimiento en materia ISO 9001, ITC-CP 1000, Gestión Ambiental ISO 14001, Salud y Seguridad en el Trabajo, no se evidencia conocimiento en las actividades determinadas de Gestión Ambiental que conforma la responsabilidad del Sistema.	No se tiene evidencia o soporte del entrenamiento que se realizó al Sub-sistema de Gestión Ambiental	Revisar el programa y acompañamiento al Sub-sistema de Gestión Ambiental con sus respectivos reportes y evidencia	Se realizará el programa y acompañamiento al Sub-sistema de Gestión Ambiental con sus respectivos reportes y evidencia	Esta valoración se basa en la Norma OHSAS 18001:2007	14/09/2017	30/09/2017	Se acepta	Esta no conformidad continúa abierta.	
<p>INCLUIR LAS HOjas CONFORMIDADES QUE HAN SIDO TRANSFERIDAS DE OTROS PROCESOS A LA OFICINA ASESORA DE PLANEACION</p>										

22 Finca Responsable del Proceso Jairo de Jesús Ramírez Ramírez, Jefe de la Oficina Asesora de Planeación

Seguimiento	Seguimiento				Estado	
	ACAF N°	Halazas	Responsable	Caso	Fecha	Abierta / Cerrada
1						

[Handwritten signature]



 CONCEJO DE BOGOTÁ, U.C.	PROCESO GESTIÓN MEJORA CONTINUA DEL SIG	CÓDIGO: SIG-PR007-FO1
	PLAN DE MEJORAMIENTO Y ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS	VERSIÓN: 02 FECHA: 14-Sep-2016
Quién elige: JAIRO DE JESUS RAMIREZ RAMIREZ	Responsable que detecta: Oficina de Control Interno	
Cargo: JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION	Nombre de quien Detecta: Aura Maria Castro Vargas / Ana Maria Bernal Cruz	
Responsables del Proceso: Mano Directiva - Oficina Asesora de Planeación	Normas que cumple: ISO 9001:2008 / NTC-CP 1000 V2009	
Proceso Investigado: Gestión de Mejora Continua del SIG	Fecha de emisión: 07 de Noviembre de 2017	

Designado por los Responsables del SG	Resultados de la Auditoria Interna / Externa y/o Seguimiento		Plan de Mejoramiento						OFICINA DE CONTROL INTERNO 15-02-2016		OBSERVACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO PRIMERA REVISION
	N°	Descripción de la No Conformidad	Análisis de Causas	Corrección	Acción Correctiva	Acción Preventiva	Valoración del Riesgo para la Norma OHSAS 18001:2007 Anexo 4.5.3.2	Fecha de Implementación			
								Inicia	Finaliza		
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
Firma Responsable del Seguimiento				Firma Responsable del Proceso							

