



**SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO CORRESPONDIENTE
A LAS AUDITORIAS INTERNAS
(Agosto 2022)**

De conformidad con Ley 87 de 1993 y la NTC ISO 9001:2015, las oficinas de control interno y mejoramiento continuo del Instituto Municipal de Educación Física, Deporte y Recreación de Rionegro – IMER, realizaron el seguimiento a los planes de mejoramiento resultantes de las auditorías internas y externa del SGC correspondientes a la vigencia 2021, definidos así:

OPORTUNIDADES DE MEJORA	CANTIDAD	HALLAZGOS	CANTIDAD
Estratégicos / Visionales		Estratégicos / Visionales	
Control Interno	0	Control Interno	0
Interna y Externa de Calidad - SGC	11	Interna y Externa de Calidad - SGC	7
Misionales / Operativos		Misionales / Operativos	
Control Interno	8	Control Interno	0
Interna y Externa de Calidad - SGC	7	Interna y Externa de Calidad - SGC	1
Apoyo / Soporte		Apoyo / Soporte	
Control Interno	2	Control Interno	0
Interna y Externa de Calidad - SGC	15	Interna y Externa de Calidad - SGC	0
TOTAL, O.M.	43	TOTAL, N.C	8



Los Planes de Mejoramiento del Instituto, producto de las auditorías realizadas por las oficinas de Control Interno y Mejoramiento Continuo correspondientes a vigencia 2021, registran que, del total de las 43 oportunidades de mejora 10 corresponden a la auditoría de Control Interno y 33 a las auditorías Interna y Externa de Calidad (SGC). De la misma manera, los 8 hallazgos identificados conciernen a las auditorías interna y externa del SGC; para lo cual, la entidad ha implementado las acciones correctivas y de mejora necesarias para dar tratamiento a los mismos de manera eficiente; logrando el cierre definitivo a la fecha de ocho (8) hallazgos correspondientes al 100% de las acciones propuestas y de treinta y siete (37) oportunidades de mejora, por tanto, representan un 87% del total de las acciones sugeridas en las tres auditorías (Control Interno, Interna y Externa del SGC), las seis (6) acciones restantes tienen fecha de cierre proyectada para los meses de agosto, septiembre y diciembre del año 2022. Del total de las acciones, se pueden evidenciar los siguientes avances:

No	TIPO DE AUDITORIA	HALLAZGO / OPORTUNIDAD DE MEJORA	TRATAMIENTO	ESTADO	FECHA CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO
1	Control Interno	Describir en el plan de acción y planes operativos costos y fuentes de Financiación.	1. Se estructura el formato de informe para añadir un apartado que indique los costos financieros, el cual se verá reflejado en el próximo plan de acción. (17/11/2021). 2. Desde el proceso de eventos se realizó el diligenciamiento del nuevo formato indicando debidamente los costos de cada uno de los eventos proyectados para la vigencia 2022. (23/12/2021).	CERRADA	23/12/2021



2	Control Interno	Estrategias para el avance en la ejecución del plan de acción eventos.	<p>1. Se capacita el líder de proceso en el uso del nuevo formato de matriz DOFA, donde incluye seguimiento a las estrategias. (17/11/2021).</p> <p>2. Se socializo con el líder del proceso el nuevo formato de la matriz DOFA (FT142), por parte del responsable del SGC, explicándole el debido proceso para su diligenciamiento, permitiendo obtener estrategias que contribuyan al cumplimiento del plan de acción del proceso.(30/03/2022)</p>	CERRADA	30/03/2022
3	Control Interno	Plasmar un nuevo riesgo biológico en la matriz, debido a que ya se presentó a causa de la pandemia.	<p>1. Se plantea el ingreso del riesgo a la matriz y se dan los tiempos en los cuales debe estar incluido. (17/11/2021).</p> <p>2. Se incluyó el riesgo biológico solicitado en la matriz del proceso. (23/12/2021).</p>	CERRADA	23/12/2021
4	Control Interno	Incumplimiento primer semestre, en el desarrollo del subprograma estimulación temprana y enriquecimiento motriz, justificar esta situación y realizar plan correctivo.	<p>1. Se da cierre a la observación ya que no se considera que sea una mejora, debido a que no se empezó el programa en los tiempos por los lineamientos nacionales, sin embargo cuando desde el gobierno nacional dieron vía libre se viene prestando el servicio desde el 17 agosto de 2021.</p>	CERRADA	17/11/2021



5	Control Interno	Formar a los líderes en el fortalecimiento del tema de la identificación y controles de riesgos.	<ol style="list-style-type: none">1. Se desarrollará un listado de temas relacionados, para ser incluidos en el plan de capacitación. (17/11/2021)2. Se realizará capacitación de riesgos a todos los líderes y facilitadores el mes de marzo de 2022, programada desde el proceso de desarrollo organizacional y el SGC. (23/12/2021)3. Los líderes recibieron formación por parte de la firma Grupo Efectivo en los meses de marzo, abril y mayo en los temas de identificación y valoración de riesgos según la Guía para la Administración del Riesgo y Control en Entidades Públicas en su versión 05. (22/06/2022)	CERRADA	22/06/2022
6	Control Interno	Se sugiere en los contratos de prestación de servicios, cambiar la redacción en la cláusula 7° obligaciones de las partes; obligación específica; #7 presentar informes de gestión correspondiente y el acta de entrega del cargo. De acuerdo con la norma para este caso ley 951 de 2005 aplica solo para funcionarios "públicos" no para prestadores de servicios, a los cuales se les podría solicitar un informe o acta final de ejecución.	<ol style="list-style-type: none">1. Desde la oficina jurídica se modificó la obligación y a la fecha ningún contrato sale con esa obligación.	CERRADA	17/11/2021



7	Control Interno	Evitar el uso de papel reutilizado con firmas y/o de documentos importantes de la entidad (CPS 009 folio 129, 033 folio 74, 030 folio 106, 031 folio 71 y 114, 011 folio 58, 013 folio 71). Tener en cuenta la cultura del cero papel (inculcar a los contratistas para que impriman informes por ambas caras, ley cero papel).	1. En la actualidad no se ha vuelto a presentar esta observación, ya que se cumple con la acción propuesta.	CERRADA	17/11/2021
8	Control Interno	En la planeación (plan operativo) Plasmar dentro del plan operativo el componente presupuestal (descripción, valor, tiempo, fuente de financiación etc., de las actividades o subprocesos que se lidera).	1. Se estructura el formato de informe para añadir un apartado que indique los costos financieros, el cual se verá reflejado en el próximo plan de acción.(17/11/2021). 2. El líder del proceso establecerá el componente presupuestal de todas las actividades y programas para el 30 de agosto de 2022. (21/06/2022)	ABIERTA	30/08/2022
9	Control Interno	Se sugiere tener semestralmente informe de Gestión y ejecución del proceso.	1. Se determina a que a partir de la fecha se realizara un informe de gestión semestralmente comenzando el próximo año. (17/11/2021) 2. Para el 30 de agosto se presentará el informe de gestión del proceso de deporte del primer semestre de la vigencia 2022 (21/06/2022)	ABIERTA	30/08/2022



10	Control Interno	<p>En la mayoría de la documentación se encuentra que carecen del v°b° de quien transcribe, revisa y/o aprueba. Es importante dejar la firma de quien lo hace en este documento expediente CPS 068,095,139,113,244,238,220,210,190 , 154, cintadvo 004).</p>	<ol style="list-style-type: none">1. En el IMER entro en vigor el uso de la plataforma SECOP II, la cual debe tener el V°B° digitalmente. (17/11/2021).2. Se realizada la debida validación de los vb, en los documentos que se produzcan desde el proceso. (23/12/2021).	CERRADA	23/12/2021
45	Externa de Calidad	<p>La revisión del procedimiento de control de salidas no conformes es necesaria, para asegurar que se identifican los servicios o productos, no solo en los procesos misionales sino en los de apoyo, lo cual es coherente con el enfoque por procesos que predica la norma ISO 9001, viendo a la organización como un solo sistema en donde todos los procesos deben interactuar de manera eficiente y coordinada para el logro de los objetivos. Adicionalmente, se debe validar en los procesos las actividades de detección y registro de las fallas y/o errores. La aplicación de técnicas estadísticas ayuda en el análisis de datos de los servicios o productos no conformes, permiten priorizar causas, con cierta frecuencia, para examinar la reiteración y evaluar la necesidad de determinación de acciones correctivas,</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Se retroalimenta la información a todos los procesos con respecto al uso, manejo y diligenciamiento de los documentos del SGC, Servicio No conforme. (23/12/2021).	CERRADA	23/12/2021



		con el fin de reducir paulatinamente los casos que sean reincidentes.			
46	Externa de Calidad	Se recomienda revisar la definición de indicadores de algunos procesos (jurídica, contratación) que les permita evaluar la gestión.	1. Se realiza la revisión de indicadores y se replantean algunos cambios, los cuales fueron aprobados por el comité institucional de gestión y desempeño del instituto. (23/12/2021).	CERRADA	23/12/2021



47	Externa de Calidad	La recopilación de la información de mantenimientos preventivos y correctivos, en orden cronológico de las intervenciones de mantenimiento, adecuación o mejora, en las hojas de vida de los escenarios deportivos para mantener el historial de intervenciones y daños, asegurar el cuidado de los escenarios, dejar evidencia de lo realizado y permitir la toma de decisiones.	<ol style="list-style-type: none">1. Se da inicio a la construcción de las carpetas de hoja de vida con la información pertinente de cada uno de los escenarios deportivos, y se espera a fin de año tener todas las hojas de vida de los escenarios deportivos al día. (Junio/30/2021).2. Se cuenta con un ingeniero civil, que elaborara y diligenciara las hojas de vida de todos los escenarios deportivos del instituto. (Seguimiento 14/10/2021)3. Debido a que son más de 180 escenario deportivos se continúa realizando la recolección de la información descriptiva y de costos de mantenimiento preventivo y correctivo de los escenarios. (15/12/2021).4. Se continúa avanzando en la consolidación de las hojas de vida de los escenarios deportivos. (28/06/2022).	ABIERTA	31/12/2022
----	--------------------	---	---	---------	------------



48	Externa de Calidad	<p>La planificación de las inspecciones de los escenarios deportivos, con el apoyo de un cronograma de visitas de diagnóstico por año o por semestre para asegurar que se les da cubrimiento a todas las instalaciones para identificar sus deficiencias, daños o deterioro y poder programar su mantenimiento de manera oportuna.</p>	<p>1. Se realiza capacitación al líder del proceso sobre el manejo del formato para que su programación y diligenciamiento. Se realizará seguimiento en diciembre para ver el avance en el manejo de los formatos. (Seguimiento 14/10/2021) 2. Se han realizado un conjunto de diagnósticos a los escenarios deportivos, dando un avance en el cumplimiento de este hallazgo, y de igual manera se hace uso y cumplimiento del formato de cronograma mantenimiento permanentemente. (28/06/2022)</p>	CERRADA	28/06/2022
49	Externa de Calidad	<p>A partir del informe consolidado de los resultados de las auditorias, junto con el análisis y las conclusiones, es conveniente incluir recomendaciones del ejercicio, y que sean parte del informe de la revisión por la dirección. También se debería efectuar en el informe un análisis comparativo con los resultados de la auditoria anterior, para analizar la tendencia de la mejora.</p>	<p>Se determina que para el próximo proceso de auditoría interna incluir la acción mencionada en la revisión por la dirección, para dar cumplimiento a esta acción de mejora. (23/12/2021)</p>	CERRADA	23/12/2021



1	Interna de Calidad	<p>El conocimiento organizacional: Fortalecer la identificación de este componente en la gestión estratégica, vincular y hacer explícito los diferentes escenarios y mecanismos de generación y retención del conocimiento. Documentar en la medida necesaria para apoyar la operación de los procesos y servicios. Propiciar el intercambio y trazabilidad de las experiencias significativas, a partir de la identificación de logros asociados a procesos, proyectos y programas. Valerse de la sistematización de la práctica para recopilar el aprendizaje institucional y la generación de saberes que surgen del desarrollo de la misión, establecer mecanismos para conservar y transmitir conocimientos.</p>	<p>1. Para la separación del cargo del personal vinculado y prestadores de servicio, se establece en la minuta una obligación de realizar entrega de todo lo relacionado al proceso que desempeñaba en consideración con la Ley 951 de 2005 de la función pública, con la finalidad de conservar el conocimiento generado al instituto. (seguimiento agosto 2021). 2. Se espera programar y desarrollar grupos focales en los diferentes niveles de la organización, con el propósito de transferir los conocimientos de cada uno de los procesos que lidera el personal, y así lograr, que cada uno de los funcionarios adquiera la capacidad de desempeñar cualquier rol de su nivel, cuando sea requerido. (30/06/2022)</p>	ABIERTA	31/09/2022
---	--------------------	---	--	---------	------------



2	Interna de Calidad	<p>La información documentada suministrada para la fase de planificación de la auditoría fue insuficiente, lo cual afectó la ejecución de la auditoría individual de cada uno de los procesos. Adicionalmente dicha información no coincidió con la presentada por los líderes de los procesos durante el desarrollo del ejercicio de la auditoría. Se evidenció que la información enviada para la planificación de la auditoría fue insuficiente y la que sí se envió no coincidió con la presentada por los auditores en el momento de la auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none">-Matrices DOFA-Mapas de riesgos por proceso-Planes de mejoramiento-Servicio no conforme-Resultados de auditoría	<ol style="list-style-type: none">1. Se crea el formato FTO-205 Plan de Mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, el cual permitirá tener un cronograma más eficiente con la programación de las Auditorías.2. Se genera un borrador con la inclusión de la recomendación al procedimiento PR-MJ-02, pendiente de presentar los cambios al comité de desempeño institucional (Seguimiento 07/10/2021)3. Desde el proceso de mejoramiento se realizó la verificación, actualización y envío de los documentos relacionados al SGC, de cada proceso, con la finalidad de presentar en futuras auditorías, la información unificada. (23 diciembre 2021)	CERRADA	23/12/2021
3	Interna de Calidad	<p>Se evidencia que no se realiza seguimiento a los mapas de riesgos según la frecuencia establecida en la política para la administración del riesgo de la entidad; adicionalmente no es posible evaluar la eficacia de las acciones implementadas para abordar</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Se realiza una Actualización al formato FTO-84, donde se le incluyen las columnas respectivas para realizar el seguimiento a los riesgos de manera periódica por trimestre cada vigencia. (Seguimiento 7 de octubre)2. Se realiza actualización de formato	CERRADA	23/12/2021



		<p>los riesgos y oportunidades. Al solicitar los mapas de riesgos por proceso se enviaron dos archivos, uno con fechas de seguimiento de agosto 2020 y diciembre 2020 y posteriormente otro archivo con seguimientos de diciembre 2020 y febrero 2021, adicionalmente al indagar con los líderes de algunos procesos, se evidenció que no se realiza un seguimiento periódico a los mapas de riesgos y que no todos los procesos están cumpliendo con el seguimiento de acuerdo a la política de administración del riesgo. Adicionalmente el seguimiento que se realiza a los mapas de riesgos no permite identificar si los riesgos se materializaron durante el período evaluado y si las acciones implementadas para abordar dichos riesgos son o no eficaces.</p>	<p>084, con los respectivos seguimientos trimestrales de acuerdo con lo requerido por la norma y la actualización del formato. (23 diciembre 2021)</p>		
4	Interna de Calidad	<p>Se evidencia que los procesos han estado implementando cambios significativos, sin embargo no se está realizando la planificación y documentación de dichos cambios ante el SGC. Se identificaron cambios para los cuales no se evidenció la planificación de cambios correspondiente: -Cambio de líder para el proceso de</p>	<p>1. Se programa seguimiento a todos los procesos donde se les reitera sobre el uso de los documentos del SGC, con respecto a la Planificación del cambio (Seguimiento 22/10/2021). 2. Se solicitará a cada uno de los líderes la documentación de los cambios identificados en la NC, en su respectivo formato para el primer trimestre de la siguiente vigencia 2022, al igual que</p>	CERRADA	21/06/2022



		<p>mejoramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> -Transición a SECOP 2 -Actualización del manual de funciones -Actualización de indicadores -Contratación de personal para apoyar específicamente la supervisión de contratos. 	<p>documentar los posibles cambios que se presenten en adelante. (23 diciembre 2021).</p> <p>3. Se realiza la unificación de los documentos del SGC en todos los procesos, con el fin de homogenizar la información. Igualmente, se migran los documentos a la plataforma transaccional SECOP II, se procede con el seguimiento para la actualización de indicadores y se cuenta con interventores para la supervisión de contratos.</p>		
5	Interna de Calidad	<p>En auditoría realizada al Coliseo Rubén Darío Quintero Villada, en la zona donde se desarrolla actividad física y deporte de alto rendimiento, se evidencia maquinaria sin ensamblar, con sus diferentes piezas dispuestas en el suelo. No se cuenta con una señalización que permita identificar que no se debe transitar por esta zona, lo que puede generar la ocurrencia de accidentes, tanto para los ciudadanos que realizan actividades físicas, como para los facilitadores del IMER.</p>	<p>1. Se dispuso de un lugar para la ubicación de los elementos y equipos. Se informó de la necesidad de profesional para el ensamble, mantenimiento y puesta en funcionamiento de los equipos. (octubre 6 de 2021).</p> <p>2. Se procede con el cierre de esta no conformidad, debido a que los elementos encontrados en la auditoria se dispusieron correctamente para su adecuado uso y mantenimiento. (23/12/2021).</p>	CERRADA	23/12/2021
6	Interna de Calidad	<p>Se evidencia que la información documentada del SGC no cumple con lo establecido en el numeral 7.5 de la norma ISO 9001:2015, en lo que respecta a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La identificación y descripción 	<p>1. Se crea el formato FTO-204 Registro Maestro de Documentos Externos, el cual permitirá realizar el inventario de documentos externos que el instituto hace referencia, se realiza divulgación de este documento el día 28 de</p>	CERRADA	23/12/2021



		<ul style="list-style-type: none">-control de la información documentada-control de cambios (y fechas asociados a los mismos)-Conservación-Identificación de información documentada de origen externo necesaria para la aplicación y operación del SGC.	<p>septiembre. Se modifica la carpeta de Documentos Obsoletos, donde se permitirá guardar versiones anteriores.</p> <p>El 28 de septiembre se informa nuevamente a todos los procesos que en el drive se encuentran los documentos actualizados. (Seguimiento 11/10/2021)</p> <p>2. Se realizó revisión a los diferentes documentos del SGC, para corroborar que las versiones se encuentren actualizadas y debidamente registradas en el formato 086, control de cambios. (23 diciembre 2021).</p>		
7	Interna de Calidad	<p>Se evidencia que la entidad no tiene definidos los métodos de seguimiento, análisis y evaluación necesarios para garantizar el logro de objetivos de los procesos. Se presenta insuficiencia en los controles establecidos para realizar las actividades de seguimiento, medición, análisis y evaluación, lo que no permite garantizar el seguimiento y mantenimiento del SGC.</p> <p>Al indagar por las actividades derivadas de los ejercicios de auditorías internas, Revisión por la Dirección, acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora, PQRSF, productos no conformes, mapas de</p>	<p>1. Se crea el formato FTO-205 Plan de Mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, el cual permitirá tener un cronograma más eficiente con la programación de las Auditorias. Se actualiza los formatos FTO-042, FTO 141, FTO-84, donde se incluyen los respectivos seguimientos. Se realiza divulgación y se establecen fechas de seguimiento a el SGC, el día 28 de septiembre 2021 (Seguimiento 11/10/2021)</p>	CERRADA	11/10/2021



		<p>riesgos, estrategias derivadas de las matrices DOFA, entre otras, se evidencia que la entidad carece de evidencias que permitan respaldar un seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad. No se tiene definido a qué se le realizará seguimiento y cada cuánto, cómo se efectuará este seguimiento y cómo se analizarán y evaluarán dichos resultados, de tal forma que no se pueden tomar acciones que mejoren el proceso.</p>			
8	Interna de Calidad	<p>Si bien la Institución realizó para el 2020 el ciclo de auditorías internas al SGC, se evidencia que no se realizaron las correcciones ni se tomaron las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada, tal como lo expresa la norma ISO 9001:2015 en su numeral 9.2.2 literal e. Evidencia: se presentó el plan de mejoramiento derivado de la auditoría interna del año 2020, sin embargo el mismo no contaba con seguimiento actualizado, no se establecieron fechas para el desarrollo de las actividades y se evidencia recurrencia en algunas no conformidades.</p>	<p>1. Se realiza cierre a las acciones de mejora pendientes desde la auditoría 2020, quedando solo una abierta, y con su respectivo seguimiento Se actualiza el FTO -042, el cual permite realizar un seguimiento a cada una de las acciones de mejora, Según lo programado en el formato 205. (Seguimiento 11/10/2021)</p>	CERRADA	11/10/2021



9	Interna de Calidad	<p>Se evidencia que no se realiza seguimiento periódico a las acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora derivadas de la gestión de todos los procesos. Adicionalmente se evidencia que los procesos han implementado acciones de mejora, sin embargo las mismas no se documentaron en el SGC del IMER, incumpliendo lo establecido en el numeral 10 de la norma ISO 9001:2015, en lo que respecta a la mejora continua del SGC y a las no conformidades y acciones correctivas.</p>	<p>1. Se actualiza el FTO -042, el cual permite realizar un seguimiento a cada una de las acciones de mejora propuestas desde las diferentes fuentes de generación de la acción. En reunión con cada uno de los procesos donde se les informo sobre las modificaciones y usos de los formatos, también se les instruyo sobre la generación de las acciones que generan los procesos y que estas deben ser notificadas al área de calidad. (Seguimiento 11/10/2021)</p>	CERRADA	11/10/2021
10	Interna de Calidad	<p>El IMER realiza encuestas para medir la percepción de la satisfacción con respecto a las actividades y servicios ofrecidos por sus procesos, sin embargo, no fue posible evidenciar el análisis derivado de la aplicación de dichas encuestas ni conocer qué acciones se han tomado a partir de los resultados de las mismas. Tampoco fue posible evidenciar la socialización de esta información con los líderes de los procesos.</p> <p>Si bien se realiza la encuesta de</p>	<p>1. Se implementa el formato 205, Plan de mantenimiento del sistema de gestión de la calidad, donde se programaran las diferentes encuestas a realizar durante el año 2022, y los diferentes seguimientos necesarios para el mantenimiento del SGC. Se modifica el formato 042 Plan de mejoramiento donde se puede identificar las mejoras y realizar su respectivo Seguimiento. (seguimiento 22/10/2021)</p>	CERRADA	23/12/2021



	<p>satisfacción de manera semestral, no se evidenció la consolidación de un informe ni planes de mejoramiento asociados a los resultados obtenidos en las encuestas. Se sugiere realizar las encuestas con mayor frecuencia con el fin de identificar acciones que puedan tomarse oportunamente. Se recomienda realizar las encuestas de satisfacción con una frecuencia menor (mínimo cada tres meses), con el fin de poder identificar aspectos susceptibles de ser mejorados y poder determinar oportunamente las acciones a implementar, según sea el caso (Acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora). Esta frecuencia debe establecerse y documentarse en el SGC (incluir en los documentos del proceso y en su planeación anual). Adicionalmente debe realizarse un análisis profundo de los resultados obtenidos con la aplicación de las encuestas, generar un informe y presentarlo ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p>			
--	--	--	--	--



11	Interna de Calidad	<p>Se evidencia que la frecuencia según la cual se realiza el análisis del contexto para la organización no se encuentra establecida en los documentos asociados al SGC. El formato que se utiliza para realizar este ejercicio no permite identificar la fecha en la cual se realizó el análisis, ni los funcionarios que participan en la construcción de la estrategias asociadas a este ejercicio. Los procesos de Comunicaciones y Direccionamiento Estratégico no realizan el ejercicio haciendo uso del mismo formato, evidenciando que la actividad no se encuentra estandarizada dentro del SGC, adicionalmente el proceso de Recreación inicialmente había hecho uso de un formato desactualizado. Las estrategias derivadas del análisis del contexto no se llevan a un plan de acción que permita detallar a profundidad cómo se llevarán a cabo las actividades, por lo cual tampoco se realiza seguimiento a dichas estrategias ni se puede verificar la eficacia de las mismas.</p>	<p>1. Se actualiza el formato FTO-141, generando un formato más amigable, propiciando así un mejor análisis de contexto y permitiendo tener un seguimiento a las estrategias. (Seguimiento 11/10/2021) 2. Todos los procesos del Instituto realizaron el ejercicio al plasmar sus estrategias en el formato FTO-141. (21/06/2022)</p>	CERRADA	21/06/2022
----	--------------------	--	---	---------	------------



12	Interna de Calidad	Se sugiere revisar la frecuencia de seguimiento y medición de indicadores a fin de tomar oportunamente decisiones desde la alta dirección para el correcto funcionamiento del sistema e implementación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora a que haya lugar.	1. Se crea el formato FTO-205 Plan de Mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, el cual permitirá tener un cronograma de los seguimientos de las acciones correctivas, preventivas y de mejora por la alta dirección. (Seguimiento 11/10/2021)	CERRADA	11/10/2021
13	Interna de Calidad	No se encuentra documentado plan de mejoramiento para el Sistema, derivado de las acciones de mejora resultantes de las Revisiones por la Dirección anteriores, por lo cual se dificulta o no tiene en cuenta el seguimiento a las oportunidades de mejora desde diversas fuentes (auditorías control interno, matrices de riesgos, auditorías antes de control, auditorías internas y externas, entre otros) en un plan de mejoramiento consolidado, perdiendo la trazabilidad de las mismas en el tiempo e imposibilitando el debido control y seguimiento por parte de la Alta Dirección	1. Se actualiza el formato FTO-042, permitiendo consolidar todos los planes de mejora y su respectiva verificación y seguimiento. (14/10/2021)	CERRADA	14/10/2021



14	Interna de Calidad	<p>El proceso de mejoramiento no cuenta con un plan en el cual se reflejen las actividades que deben ser desarrolladas para mantener y mejorar el SGC del IMER, lo que puede generar incumplimiento o retraso en la realización de dichas actividades al no poder hacer un seguimiento adecuado frente a la implementación de las mismas. Este plan puede incluir, entre otros: Realizar la planificación del trabajo, realizar puesta a punto de la información documentada, actualizar de manera oportuna los métodos de trabajo para estandarizar las actividades que enmarca la operación del instituto, Aplicar la medición, análisis y mejora del Sistema de Gestión de Calidad, promover la mejora de los procesos mediante la documentación de acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora, ejecutar el ciclo de auditorías internas para establecer la eficacia, adecuación y conveniencia del SGC, desarrollar la Revisión por la Dirección como herramienta de mejoramiento continuo del SGC, Planear la logística requerida para la ejecución de la auditoría externa de calidad.</p>	<p>1. Se crea el formato 205, Plan de Mantenimiento del sistema de gestión de calidad, en el cual se programará todo lo del SGC a partir de 2022. (seguimiento 12/10/2021)</p>	CERRADA	12/10/2021
----	--------------------	---	--	---------	------------



16	Interna de Calidad	<p>Se evidencia que el indicador “No Conformidades gestionadas” cuya meta es 95%, se perdió durante el 2019 y 2020; sin embargo no se estableció un plan de acción para alcanzar la meta durante el 2021.</p>	<p>1. Se modifica el formato 042 de plan de mejoramiento donde se incluye en donde se genera la mejora, permitiendo hacer seguimiento a estos resultados de los indicadores.</p>	CERRADA	22/10/2021
17	Interna de Calidad	<p>Se sugiere revisar la frecuencia del cálculo del indicador Nivel de Satisfacción de los participantes en los eventos, ya que la ficha técnica establece frecuencia anual pero el seguimiento se está realizando de forma semestral. De igual forma es importante revisar la conveniencia de que un indicador que mide el grado de satisfacción con los eventos del Instituto sea semestral, ya que la satisfacción es un tema demasiado importante que le apunta tanto al requisito 9.1.2 satisfacción del cliente de la norma ISO 9001:2015, como a la política de servicio al ciudadano que establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG.</p> <p>Adicionalmente se debe tener en cuenta que, si bien el proceso analiza las encuestas de satisfacción que se realizan en cada uno de los eventos, con el fin de establecer acciones que permitan mejorar el desempeño del</p>	<p>1. A partir de este año se viene realizando la encuesta de satisfacción por evento, lo que permite tener un seguimiento más detallado de la interpretación de la misma. Se realiza cambio a la frecuencia del indicador, quedando con una periodicidad de cada 6 meses. En cuanto al informe de encuesta se trabajara en un modelo de análisis del mismo. (Seguimiento 11 de octubre 2021)</p> <p>2. Se sigue realizando las encuestas de satisfacción por evento semestralmente para darle trazabilidad al proceso. La evidencia se carga en Drive. (23/12/2021)</p> <p>3. Se está realizando las encuestas de satisfacción para los dos primeros eventos llevados a cabo en el primer semestre de la vigencia 2022. Una vez finalizada la recolección de las encuestas se tabularán los resultados y se elaborará un informe por cada una de ellas. (23/06/2022)</p>	CERRADA	23/06/2022



		<p>mismo, no se está realizando un informe derivado de dichas encuestas, tal como está establecido en las salidas de las actividades establecidas en la caracterización del proceso.</p>			
18	Interna de Calidad	<p>Se realiza seguimiento a los facilitadores de los procesos proceso cada 06 meses y se evalúa desempeño a través del formato que tiene definido el IMER para tal fin. Se sugiere evaluar la posibilidad de establecer una metodología que permita evaluar el desempeño de los colaboradores con mayor frecuencia, de tal forma que se puedan implementar acciones de mejora y garantizar que los ciudadanos estén satisfechos con el servicio prestado por dichos facilitadores.</p>	<p>Se diseña e implementa el FTO-207 para la evaluación de los facilitadores del proyecto de Educación Física. Se actualiza la versión en el 2022. Se proyecta la creación de los formatos de evaluación de facilitadores de los procesos restantes, que contengan los componentes propios de cada actividad. (30/06/22)</p>	ABIERTA	31/09/2022
19	Interna de Calidad	<p>Se sugiere identificar aquellos temas que son establecidos a largo plazo en el IMER y que se pueden publicar continuamente tanto a nivel de redes sociales, como en página web y en canales internos utilizados por el proceso, como son: misión, visión, política de calidad, objetivos de calidad, entre otros, y establecer fechas estimadas de publicación, de tal forma que el proceso cuente con un plan de acción cuando los demás procesos no</p>	<p>1. Se define que en el plan estratégico de comunicación se incluyen los temas atemporales para sus publicaciones a demanda. Se identifican los temas atemporales que serán: Misión, Visión, Valores, Política de Calidad, Historia de los escenarios, Recomendaciones Saludables, Protocolos de Bioseguridad y Manualidades y Lúdicas. Se actualiza el modelo del plan estratégico donde se incluye el</p>	CERRADA	23/12/2021



		<p>soliciten publicaciones.</p> <p>Adicionalmente se sugiere definir una herramienta a través de la cual se pueda realizar seguimiento al plan estratégico de comunicaciones.</p>	<p>seguimiento al plan de acción. (15/10/2021).</p> <p>2. Se creó un documento que contiene las piezas atemporales para publica los diferentes canales de publicación interna y externa que garantizar asila continua difusión de la información institucional con temas como tipos saludables, disciplinas deportivas, consejo de rutina y demás contenidos que apuntan a los planes de acción de cada proceso misional. (Seguimiento 23/12/2021)</p>		
20	Interna de Calidad	<p>A nivel interno actualmente solamente el funcionario que realiza la solicitud de publicación de información es quien califica la satisfacción, sin embargo, se le debe dar un alcance mayor, de tal forma que el proceso pueda conocer qué tan satisfechos están sus funcionarios y facilitadores con respecto a la comunicación que publica el IMER.</p> <p>Este año , en convenio con el Centro de Análisis y Entrenamiento Político (CAEP), se realiza medición de la percepción de la satisfacción a nivel interno. Se debe documentar una acción de mejora en el proceso, en la cual se aborden las actividades a desarrollar derivadas de los resultados</p>	<p>1. En la actualidad se cuenta con un convenio de fortalecimiento institucional con el Centro de Análisis y Entrenamiento Político (CAEP), el cual se encuentra en un 70 % de ejecución. Por tal razón se espera que al finalizar el año contaremos un informe detallado de los resultados (Seguimiento 15/10/2021).</p> <p>2. Al finalizar el 2021 el Centro de Análisis y Entrenamiento Político (CAEP) entrega al Instituto el décimo informe de actividades como cierre del proceso del contrato 393 que tuvo como objetivo la estrategia de comunicación pública para la legitimación institucional del Instituto Municipal de Educación Física Deporte y Recreación, En este documento se</p>	CERRADA	23/12/2021



		de dicha medición, en las cuales debe de incluir la elaboración de un informe con respecto a la satisfacción con las comunicaciones, tanto a nivel interno como a nivel externo, tal como está establecido en las salidas de las actividades establecidas en la caracterización del proceso.	condensa los resultados de la encuesta a los usuarios. Para el año 2022 se espera iniciar con un nuevo contrato con el CAEP para continuar con el fortalecimiento institucional del iMER y seguir trabajando en pro de la comunidad. (23/12/2021).		
21	Interna de Calidad	Es importante que se canalicen las solicitudes de cargue de información en página web por medio del proceso de Comunicaciones y hacer un seguimiento periódico a la información que debe publicarse en la página para dar cumplimiento a la Ley 1712 de 2014 o ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional.	1. Para fortalecer el proceso de solicitudes internas se elaboró un formato de solicitudes digitales para página web, con base en el formato 024, donde este formato permitió un mejor seguimiento a cada uno de los requerimientos con los tiempos establecidos por cada líder y su entrega satisfactorio. (Seguimiento 15/10/2021).	CERRADA	23/12/2021
22	Interna de Calidad	Indicador proceso recreación: Es importante considerar que el nombre del indicador debe coincidir en la caracterización, en la ficha técnica, y en la pestaña del archivo de Excel para evitar confusión. Se sugiere revisar cuál será el nombre definitivo del indicador y ajustar los diferentes nombres, que actualmente aparecen como: -Caracterización: cobertura poblacional -Ficha técnica del indicador: población	1. Se determina que el nombre de los indicadores son los que se encuentran en la caracterización, por tal motivo se actualizan los nombres en la ficha técnica del indicador FTO - 088, y se formaliza el cambio. (15/10/2021)	CERRADA	15/10/2021



		atendida -Pestaña del archivo Excel: Participación usuarios.			
23	Interna de Calidad	Indicador proceso escenarios deportivos: Para el indicador Escenarios deportivos prestados, se debe revisar la información consignada tanto en el análisis de la información como en el resultado del mismo, de tal forma que haya relación directa entre ambos datos. Revisar y ajustar: 2020-2: $(75/98)*100=76,5\%$ El resultado que aparece en la ficha técnica es 79% 2021-1: $(89/120)*100=74,2\%$ El resultado que aparece en la ficha técnica es 75%	1. Se revisa y analiza el indicador y se ajustan los datos matemáticos de tal forma que coincidan con los datos del análisis.(14/10/2021)	CERRADA	14/10/2021
24	Interna de Calidad	No queda clara la documentación de los cambios derivados de requerimientos realizados por los usuarios, es importante realizar esta actividad.	1. Se realiza divulgación y compromiso por parte del líder del proceso para la utilización de las herramientas del SGC, para así poder tener evidencias de los cambios dentro del proceso. compromiso próximo seguimiento evidencia del uso de las herramientas (Seguimiento 5 de octubre 2021). 2. Dar aplicación a los formatos de planificación de cambios para así documentar las acciones a mejora que sean necesarios. (23/12/2022).	CERRADA	23/12/2021



25	Interna de Calidad	Se genera formato para relación de pagos en la nueva plataforma SECOP II, Sin embargo este no se encuentra documentado dentro del Sistema de Gestión de Calidad.	1. Después de haber realizado un análisis de la situación se determina que no es necesaria la creación del formato dentro del SGC debido a que es un proceso interno y se seguirá realizando a través de correo electrónico. (13/10/2021).	CERRADA	13/10/2021
26	Interna de Calidad	No se cuenta con la debida documentación de las salidas no conformes dentro del proceso.	1. A partir de la fecha se dará cumplimiento a la circular 003 de 2021 y se realizaran salidas no conformes por el no cumplimiento de la misma (seguimiento 13/10/2021).	CERRADA	13/10/2021
27	Interna de Calidad	Código de integridad La líder del proceso conoce los valores institucionales, además se encuentra dentro del proceso actualizado el código de integridad institucional, sin embargo esta última versión no se encuentra aprobada en el comité de gestión y desempeño institucional y por tanto no se encuentra publicada en la página web de la entidad, en la cual se evidencia una versión desactualizada del mismo..	1. Por medio de la resolución 065 del 23 de mayo de 2022, se adopta el Código de Integridad del Servicio Público en el IMER, el cual fue aprobada en el comité institucional de gestión y desempeño, quedando como evidencia el acta número 03. Además, se realizó una divulgación por medio de correo electrónico a los funcionarios y contratistas del Instituto. Asimismo, se realizaron piezas gráficas con relación a los valores del Código de Integridad, que se publicaron en las instalaciones del IMER para la interiorización de todos. (30/06/2022).	CERRADA	30/06/2022



28	Interna de Calidad	<p>Actualmente se encuentran en validación las tablas de retención documental, las cuales fueron ajustadas según recomendaciones realizadas por la entidad controladora. Se debe hacer un seguimiento más continuo de esta actividad hasta llegar a su producto final.</p>	<p>1. Se recibe por parte del concejo de archivo observaciones a las tablas de retención presentadas con anterioridad, y las cuales se respondieron y subsanaron, de acuerdo con la resolución 059 de 2021, quedando pendiente la aprobación final por parte del concejo departamental de archivo. Adicional se implementó el programa de gestión documental mediante resolución 060 de 2021. Seguimiento (mayo 2021).</p> <p>2. Mediante el contrato de prestación de servicios con la empresa ALIADO DOCUMENTAL, se pretende dar continuidad al programa de gestión documental y tablas de retención documental del IMER. (CPS 147 de 2021).</p> <p>Se recibe comunicado por parte de la Gobernación de Antioquia donde emiten concepto de convalidación de las TRD, quedando pendiente que expidan el acuerdo departamental de convalidación, para quedar en firme. (06/septiembre/2021).</p> <p>3. Se dará continuidad a a su implementación del fondo acumulado que se encuentra en el archivo central, bajo la asignación de un responsable auxiliar administrativo de planta, con el</p>	CERRADA	30/06/2022
----	--------------------	--	---	---------	------------



			propósito de realizar el seguimiento y avance en la implementación de las TRD.(30/06/2022).		
29	Interna de Calidad	No se cuenta actualmente con normograma actualizado para el proceso de jurídica y contratación; es importante documentar este de debida forma ya que este proceso gestiona todos los aspectos legales de la entidad	1. Se crea el formato 204, listado maestro de documentos externos (normograma) el cual permite tener un inventario de las normas que se aplican desde el área jurídica del Instituto.(seguimiento 12/10/2021). 2. Se alimenta constantemente el formato 204, donde se encuentran todos los documentos y normas correspondientes al proceso de jurídica y contratación. (23/12/2021).	CERRADA	23/12/2021
30	Interna de Calidad	información documentada El plan anual de adquisiciones de la entidad se actualizado desde el proceso; no se tiene aún cargado dentro del SECOP II, se sugiere realizar pronto esta actividad a fin de subsanar el requisito.	1. El PAA de adquisiciones del instituto se encuentra cargado en la plataforma SECOP I, con la debida actualización a junio de 2021, teniendo en cuenta que la obligatoriedad del instituto de publicar en el SECOP II inicio en mayo de este año, la obligatoriedad de publicar el plan en esta plataforma inicia a partir del 2022. (12/10/2021)	CERRADA	12/10/2021
31	Interna de Calidad	Respecto a la mayoría de rendiciones de la entidad, estas se realizan por la misma persona, especialmente en lo concerniente a la plataforma SIA de la contraloría, se tienen pocos controles respecto al seguimiento de esta rendición; y verificación de la	1. El instituto realizo cambio del funcionario encargado de la publicación en las diferentes plataformas por una persona con mejor perfil profesional, así mismo se realizan reuniones periódicas con la persona encargada donde se le	CERRADA	12/10/2021



		información que se carga allí periódicamente, correspondiente a los procesos contractual y financiero	recuerda que los tiempos de rendición son perentorios así: para SECOP: 5 días a partir de la expedición del documento, en SIA 3 días a partir de la expedición del documento. (12/10/2021)		
32	Interna de Calidad	Ya que uno de los insumos más importantes para la planeación del proceso es la recepción de las necesidades de la comunidad provenientes de las JAC se hace necesario establecer mejor el mecanismo de recepción de estas solicitudes	1. Se realizará seguimiento a los requerimientos verbales por parte de los integrantes de las juntas de Acción Comunal y comunidad en general, para su respectiva documentación. (Octubre 6 de 2021) 2. Se orientará a la comunidad de la JAC que realicen sus solicitudes a través de correo electrónico (actividadfisica@imer.gov.co), con el fin de que quede una evidencia formal de los requerimientos y la respuesta. (23/03/2022).	CERRADA	23/03/2022
33	Interna de Calidad	Se debe documentar con mayor detalle los cambios realizados dentro del proceso de actividad física saludable e incluyente los cuales han surgido a partir del tratamiento de PQRS (Seguimiento a facilitadores), Así como la planificación del cambios derivada de la realización de actividades que se tenían en la virtualidad y ya se realizaran de manera presencial	1. Dar aplicación a los formatos de planificación de cambios para así documentar las acciones a mejorar. (06 de octubre de 2021)	CERRADA	6/10/2021



34	Interna de Calidad	Se recomienda establecer mayor claridad respecto al proceso de afiliación o matrícula de los usuarios en los programas y como se documenta este, dentro de la caracterización del proceso y sus procedimientos.	1. Se trabaja en la actualización del procedimiento del proceso en el cual se documentará la forma de ingreso y participación de la comunidad en las actividades. (06 de octubre de 2021). 2. Para el ingreso o matrícula de los usuarios se crea un formato digital para su diligenciamiento en línea. Así mismo, como la actualización de la información de salud. (23/12/2021)	CERRADA	23/12/2021
35	Interna de Calidad	Se realiza planeación mensual de actividades la cual se entrega a los facilitadores para su ejecución; lo cual permite tener una línea clara de trabajo en cuanto a temáticas y metodología; sin embargo, se encuentra documentado en un formato interno al proceso el cual no se ha aprobado debidamente para el SGC.	1. Se realiza solicitud al proceso de calidad para realizar el registro del formato de planeación. (06 de octubre de 2021). 2. Se hace la respectiva codificación en el sistema de gestión de calidad para el formato de planeación del proceso, quedando con el código FTO-07. (21/06/2022)	CERRADA	21/06/2022
36	Interna de Calidad	Se realiza una caracterización inicial de los usuarios que acceden a los diferentes servicios dentro del proceso, es importante realizar el debido seguimiento al estado de los usuarios posterior a su registro inicial, a fin de conocer el impacto que se ha tenido en su calidad de vida.	1. Se proyectará para los usuarios que participaron de la primera valoración un seguimiento de control al finalizar el año. (06 de octubre de 2021). 2. Se evidencia el seguimiento aleatorio a los usuarios registrados en los diferentes programas y se compromete a continuar realizando este monitoreo de manera periódica. (21/06/2022)	CERRADA	21/06/2022



44	Interna de Calidad	Conviene agilizar el uso de las hojas de vida de la infraestructura de los escenarios deportivos; evaluar incluir los costos de mejoras, mantenimientos correctivos, intervenciones, lo cual puede ser fuente para decisiones, según análisis.	<ol style="list-style-type: none">1. Se da inicio a la construcción de las carpetas de hoja de vida con la información pertinente de cada uno de los escenarios deportivos, y se espera a fin de año tener todas las hojas de vida de los escenarios deportivos al día. (Junio 30 2021).2. Se cuenta con un ingeniero civil, que elaborara y diligenciara las hojas de vida de todos los escenarios deportivos del instituto. (Seguimiento 14/10/2021)3. Debido a que son más de 180 escenario deportivos se continúa realizando la recolección de la información descriptiva y de costos de mantenimiento preventivo y correctivo de los escenarios. (15/12/2021).4. El proceso de escenarios continúa recopilando información para la consolidación de las respectivas hojas de vida de los escenarios deportivos del municipio. (30/06/2022)	ABIERTA	31/09/2022
----	--------------------	--	--	---------	------------

Conclusión:

En consideración con lo anterior, y con la finalidad de contribuir a verificar el cumplimiento de los planes de mejoramiento del instituto, las oficinas de control interno y mejoramiento continuo del IMER procedieron a verificar y hacer el respectivo seguimiento a las acciones preventivas o correctivas definidas dentro del plan, a corte 30 de agosto, logrando evidenciar avances significativos



RIONEGRO
juntos avanzamos más



por parte del personal encargado, encaminando sus esfuerzos a dar cumplimiento a las acciones establecidas para contribuir a subsanar los hallazgos pendientes, además, se logra evidenciar y soportar las actividades realizadas.

Se evidencia una articulación adecuada en los procesos, y compromiso por los diferentes funcionarios involucrados para la gestión y tratamiento los planes de mejoramiento, logrando dar respuestas objetivas y eficientes a los hallazgos con sus respectivos soportes y evidencias, que garantizan la efectividad de las acciones definidas en el plan.

CARLOS EDUARDO ECHEVERRI GALLEGO

Jefe Oficina Control interno IMER.