



DESPACHO ALCALDE
OFICINA DE CONTROL INTERNO

ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE

**INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO AL PROCESO
GESTIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA / GESTIÓN PARA INCLUSIÓN PERSONAS
VULNERABLES SUSCRITO CON LA OFICINA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA
2023**

AGOSTO 2024

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| 1. OBJETIVO..... | 3 |
| 2. ALCANCE..... | 3 |
| 3. METODOLOGIA..... | 3 |
| 4. EVALUACION..... | 3 |
| 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 10 |

DESPACHO ALCALDE
OFICINA DE CONTROL INTERNO

PERIODO EVALUADO: 01 de marzo de 2022 al 01 de marzo de 2023

1. OBJETIVO

Evaluar el estado de avance y/o cumplimiento de las acciones propuestas, para subsanar los hallazgos que conforman el plan de mejoramiento resultado de la Auditoría interna de cumplimiento; suscrito en noviembre de 2023 con la Oficina de Control Interno, con fecha de terminación 31 de diciembre de 2023.

2. ALCANCE

Verificar que los soportes presentados como evidencia, sustentan el cumplimiento de las acciones correctivas y preventivas, formuladas para subsanar los hallazgos; evaluando eficacia y efectividad de las acciones para permitir el cierre de los hallazgos.

3. METODOLOGIA

En cumplimiento al Plan Anual de auditoría de la Oficina de Control interno de la vigencia 2024, se solicitó a la Secretaría Desarrollo Social Comunitario Municipal mediante memorando No. 1010-2023- 035379 del 13 de agosto de 2024, el envío de la autoevaluación, sobre el cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Oficina de Control Interno, resultado de la Auditoría de Cumplimiento al Proceso Gestión Social y Comunitaria CAR GSC-01 y al Procedimiento Gestión para Inclusión Personas Vulnerables - PRO-GSC-001-VERSION 4, suscrito en noviembre de 2023 con la Oficina de Control Interno, con el fin de evaluar las evidencias que sustenten la implementación de las acciones formuladas para subsanar los hallazgos.

El día 28 de agosto de 2024, se procedió a efectuar la evaluación de las evidencias que sustentan el cumplimiento de las acciones preventivas y correctivas plasmadas en el Plan de Mejoramiento, dejando como evidencia el Acta No. 070 del 28 de agosto de 2024 y el Excel del plan de mejoramiento con las evidencias y porcentajes de cumplimiento y efectividad, en los siguientes términos:

4. EVALUACION

Consultadas y validadas las evidencias presentadas, para sustentar la ejecución de las acciones correctivas y preventivas, formuladas para atacar las causas de los hallazgos que conforman el plan de mejora, se concluye lo siguiente:

4.1 INDICADORES DE AVANCE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Como resultado del seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento de la Auditoría de cumplimiento vigencia 2023, suscrito en noviembre de 2023, con fecha de terminación 31 de diciembre de 2023, se concluye que el plan presenta un avance del 18% de nivel de cumplimiento y un 25% de eficacia, por lo tanto, el nivel de efectividad es del 17%.

DESPACHO ALCALDE
OFICINA DE CONTROL INTERNO

4.2 El resultado del porcentaje de cumplimiento y de avance del plan de mejoramiento producto de la auditoria de cumplimiento al Proceso Gestión Social y Comunitaria CAR GSC-01 y al Procedimiento Gestión para Inclusión Personas Vulnerables - PRO-GSC-001-VERSION 4 obedece a los siguientes análisis:

| Descripción hallazgo | Acción correctiva | Metas formuladas y porcentaje de cumplimiento | ¿Acciones efectivas? |
|---|---|---|----------------------|
| Hallazgo No.1 Debilidad frente al conocimiento en donde se encontraban documentados los procesos preguntados; unos de los profesionales respondieron que los conocían, pero no en donde estaban documentados | Capacitar a los funcionarios de la Secretaría sobre donde se encuentra documentado el proceso – Gestión Social y Comunitaria. | Se evidencia Acta de reunión No.18 del 22 de noviembre de 2023 del Comité técnico de seguimiento a indicadores del proceso - gestión social y comunitaria y las salidas del proceso de acuerdo a la caracterización del proceso, donde se socializaron los indicadores con los funcionarios responsables de cada uno de los procedimientos, además poniendo en contexto los documentos del proceso que integran la secretaria para que los tengan presente cuando ejecuten las actividades ligadas a la secretaria. | NO |
| <p>Conclusión: valorada las evidencias enviadas por los responsables de la ejecución del plan de mejoramiento, se determina el cumplimiento parcial de la meta que era Realizar (2) capacitaciones con todos los funcionarios y contratistas de la Secretaría de Desarrollo Social Comunitario, por lo que este hallazgo NO SE CIERRA por el incumplimiento de la meta establecida en el plan de mejoramiento suscrito con la oficina de control interno.</p> <p>CUMPLIMIENTO: 50%.</p> | | | |

| Descripción hallazgo | Acción correctiva | Metas formuladas y porcentaje de cumplimiento | ¿Acciones efectivas? |
|--|---|--|----------------------|
| Hallazgo No.2 Debilidades en las Socializaciones al personal de diferentes temas preguntados dentro de la encuesta algunos se evidencia actas de seguimiento donde participa el Secretario de Despacho con los Directores de cada dependencia, pero no se evidencio que los directores presentarían evidencia de la socialización con su equipo. | Realizar actas de seguimiento de las tres direcciones donde se evidencie el seguimiento y la socialización de las actividades de cada uno de los programas. | Se evidencia Acta de reunión No.20 del 29 de diciembre de 2023, para la revisión de procesos y cierre de la vigencia fiscal 2023 en la secretaria de desarrollo social y comunitario, donde se evidencia la revisión de la ejecución presupuestal con corte a corte 28 de diciembre la vigencia 2023, revisión del plan de acción y entrega de informes de metas del plan de desarrollo, Exposición de procesos contractuales prioritarios que por norma deben pasar de vigencia en la secretaria y se adquirieron unos compromisos. | NO |
| <p>Conclusión: valorada las evidencias enviadas por los responsables de la ejecución del plan de mejoramiento, se determina el cumplimiento parcial de la meta que era Realizar (2) actas y registro de cada una las socializaciones realizadas por las tres direcciones, por lo que este hallazgo NO SE CIERRA por el cumplimiento de la meta establecida en el plan de mejoramiento suscrito con la oficina de control interno.</p> <p>CUMPLIMIENTO: 50%</p> | | | |

DESPACHO ALCALDE
OFICINA DE CONTROL INTERNO

| Descripción hallazgo | Acción correctiva | Metas formuladas y porcentaje de cumplimiento | ¿Acciones efectivas? |
|--|--|--|----------------------|
| Hallazgo No.3 Ausencia de capacitación del personal responsable de los procedimientos en la cultura de administración del Riesgo. | Capacitar a los funcionarios de la Secretaría sobre la cultura de administración del riesgo. | En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario reporta SIN AVANCE este hallazgo. | NO |
| Conclusión: SIN AVANCE CUMPLIMIENTO: 0% | | | |

| Descripción hallazgo | Acción correctiva | Metas formuladas y porcentaje de cumplimiento | ¿Acciones efectivas? |
|--|--|--|----------------------|
| Hallazgo No.4 Debilidades todos los planes de trabajo cuentan con programa, generalidades, estrategias de intervención, estructura organizacional de trabajo, acciones y metas por cada grupo poblacional que se tenga; algunos de ellos no lo presentaron con la vigencia 2022 – 2023; además que no tiene una única forma de presentar este plan de trabajo y algunos de ellos no tiene el plan para cada año correspondiente y algunos que los tienen no corresponden las cantidades programadas a ejecutar. | Establecer un formato único para los planes de trabajo de cada uno de los programas. | En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario reporta SIN AVANCE este hallazgo. | NO |
| Conclusión: SIN AVANCE CUMPLIMIENTO: 0% | | | |

DESPACHO ALCALDE
OFICINA DE CONTROL INTERNO

| Descripción hallazgo | Acción correctiva | Metas formuladas y porcentaje de cumplimiento | ¿Acciones efectivas? |
|--|--|--|----------------------|
| Hallazgo No.5 No se evidencio para todos los servicios que presta los diferentes programas de la secretaria formato de entrega de ayudas o proceso de verificación. | Establecer un formato para entrega de ayudas sociales. | En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario reporta SIN AVANCE este hallazgo. | NO |
| Conclusión: SIN AVANCE CUMPLIMIENTO: 0% | | | |

| Descripción hallazgo | Acción correctiva | Metas formuladas y porcentaje de cumplimiento | ¿Acciones efectivas? |
|--|--|--|----------------------|
| Hallazgo No.6 No se evidencio una ruta para acceder a los servicios que presta los diferentes programas de la Secretaría incluyendo este procedimiento. | Actualizar el procedimiento de entrega de ayudas sociales. | En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario reporta SIN AVANCE este hallazgo. | NO |
| Conclusión: SIN AVANCE CUMPLIMIENTO: 0% | | | |

| Descripción hallazgo | Acción correctiva | Metas formuladas y porcentaje de cumplimiento | ¿Acciones efectivas? |
|--|---|--|----------------------|
| Hallazgo No.7 Debilidad en la información publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP II; en cuanto a la obligatoriedad de la publicación de los procesos de contratación adelantados en sus diferentes etapas pre-pos y en ejecución tomando una muestra de cincuenta y siete (57) Contratos con los siguientes resultados: | Emitir circular interna en la secretaria en la cual se solicite a los supervisores realizar seguimiento y verificación del cargue de la documentación pre-pos de los procesos contractuales a su cargo. | Se evidencia Circular 2100-00009 del 04 de diciembre de 2023 dirigido a los Directores y funcionarios supervisores de la Secretaría de Desarrollo Social Comunitario, donde se les solicita a los supervisores de acuerdo a las directrices impartidas por la oficina de contratación de la entidad, realizar seguimiento y verificación del cargue de la documentación pre-pos de los procesos contractuales a su cargo teniendo en cuenta el capítulo 5 del manual de contratación y verificada en la plataforma PISAMI y SECOP II | SI |

DESPACHO ALCALDE
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Conclusión: Valorada las evidencias enviadas por los responsables de la ejecución del plan de mejoramiento, se determina el cumplimiento de la meta que era tomar acciones internas que permita mejorar el proceso con una (1) circular, por lo que este hallazgo **SE CIERRA** por el cumplimiento de la meta establecida en el plan de mejoramiento suscrito con la oficina de control interno.

CUMPLIMIENTO: 100%

| Descripción hallazgo | Acción correctiva | Metas formuladas y porcentaje de cumplimiento | ¿Acciones efectivas? |
|---|---|--|----------------------|
| Hallazgo No.8 Debilidad en la documentación de actas, mesas de trabajo donde analizaran cada uno de los programas desarrollados CARACTERIZACIÓN DE PROCESO- PROCESO: GESTION SOCIAL Y COMUNITARIA - Código: CAR-GSC-01. | Actualizar la CARACTERIZACIÓN DE PROCESO- PROCESO: GESTION SOCIAL Y COMUNITARIA - Código: CAR-GSC-01. | En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario reporta SIN AVANCE este hallazgo. | NO |
| Conclusión: SIN AVANCE CUMPLIMIENTO: 0% | | | |

| Descripción hallazgo | Acción correctiva | Metas formuladas y porcentaje de cumplimiento | ¿Acciones efectivas? |
|---|---|--|----------------------|
| Hallazgo No.9 Desactualización en los procedimientos relacionados en el que no están en la página publicados y/o un procedimiento relacionado que no se encuentra en la página publicado | Solicitar mediante correo electrónico la publicación de los procedimientos en página a la Dirección de Fortalecimiento Institucional. | En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario soporta el avance con un correo electrónico de solicitud de aprobación y actualización de formatos del proceso GESTION SOCIAL COMUNITARIO de fecha 06 de junio de 2022, demostrando que a la fecha del corte del seguimiento al plan de mejoramiento el hallazgo esta SIN AVANCE , dado que después de 2 años de solicitud aun no tienen evidencia de seguimiento por parte de la Secretaría si fueron aprobados y se hicieron las actualizaciones solicitadas a los formatos | NO |
| Conclusión: SIN AVANCE CUMPLIMIENTO: 0% | | | |

DESPACHO ALCALDE
OFICINA DE CONTROL INTERNO

| Descripción hallazgo | Acción correctiva | Metas formuladas y porcentaje de cumplimiento | ¿Acciones efectivas? |
|---|---|--|----------------------|
| Hallazgo No.10 Debilidades en la aplicación de la Normatividad ISO 9001-2015 falta incluir el Capítulo 6: Planificación y Capítulo 7: Apoyo. | Aplicar la Normatividad ISO 9001-2015 falta incluir el Capítulo 6: Planificación y Capítulo 7: Apoyo. | En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario reporta SIN AVANCE este hallazgo. | NO |
| Conclusión: SIN AVANCE CUMPLIMIENTO: 0% | | | |

| Descripción hallazgo | Acción correctiva | Metas formuladas y porcentaje de cumplimiento | ¿Acciones efectivas? |
|---|--|--|----------------------|
| Hallazgo No.11 Ausencia de indicadores de resultados o de impacto. | Revisar los indicadores y actualizarlos en la caracterización del proceso. | Se evidencia Acta de reunión ordinaria No.16 del 27 de septiembre de 2023, para la revisión de los indicadores del proceso de GESTION SOCIAL Y COMUNIRTARIO, desarrollando la revisión de indicadores del proceso Gestión Social y Comunitaria y la revisión hojas de vida del indicador y el último reporte realizado a la secretaría de planeación, quedando como compromisos el diligenciamiento a 30 de septiembre de 2023 cada una de las hojas de vida del indicador teniendo en cuenta las sugerencias por los auditores en la última auditoría interna realizada a la Secretaría, enviar la evaluación de los indicadores al correo del secretario, consolidar la información para realizar el reporte trimestral ante la secretaría de planeación y realizar seguimiento por parte del secretario y la asistente, compromisos que a la fecha de la presente evaluación no fueron aportadas para tener en cuenta el acta, ya que esta por fuera del periodo de ejecución del plan de mejoramiento. Por lo que se considera SIN AVANCE | NO |
| Conclusión: SIN AVANCE CUMPLIMIENTO: 0% | | | |

DESPACHO ALCALDE
OFICINA DE CONTROL INTERNO

| Descripción hallazgo | Acción correctiva | Metas formuladas y porcentaje de cumplimiento | ¿Acciones efectivas? |
|---|--|---|----------------------|
| <p>Hallazgo No.12 Debilidades en el Anexo 3 denominado NORMOGRAMA se evidenció que no se encuentra la normatividad vigente de todo el proceso de Gestión Social y Comunitaria; este no se encuentra actualizado ni relacionada ninguna norma, ley, decreto que argumente, respalde y apoye a los procedimientos; por lo anterior, no se tiene fundamentos, ni bases legales, ni criterios de la aplicabilidad de los procedimientos que avalen las actividades realizadas, lo que conlleva a la omisión, errores en la aplicación y riesgos procedimentales.</p> | <p>Actualizar el normograma de acuerdo al procedimiento.</p> | <p>Se evidencia Correo electrónico de fecha 12 de enero de 2024, donde reportan al normograma actualizado con corte a 31 de diciembre de 2023, dirigido a la Secretaria de Planeación SIGAMI, para el análisis y publicación.</p> | <p>SI</p> |
| <p>Conclusión: De acuerdo a lo anterior, y valorada las evidencias enviadas por los responsables de la ejecución del plan de mejoramiento, se determina el cumplimiento de la meta que era actualizar (1) Normograma para no incurrir en errores, por lo que este hallazgo SE CIERRA por el cumplimiento de la meta establecida en el plan de mejoramiento suscrito con la oficina de control interno</p> <p>CUMPLIMIENTO: 100%</p> | | | |

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como resultado del seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Secretaría de Desarrollo Social Comunitaria, producto de la auditoria de cumplimiento a los proceso Gestión Social y Comunitaria CAR GSC-01 y al Procedimiento Gestión para Inclusión Personas Vulnerables - PRO-GSC-001-VERSION 4, de la vigencia 2023, y la valoración de las acciones con corte a 31 de diciembre de 2023, podemos concluir que se ha dado avance físico del 25%, con un nivel de efectividad del 17% de las acciones correctivas planteadas en el plan de mejoramiento suscrito con la Oficina de Control Interno, lo que nos arroja un nivel de cumplimiento del 18%, debido a que a la fecha no se dio cumplimiento a la medidas establecida en el plan de mejoramiento, por lo que se recomienda modificar el tiempo de ejecución de las metas establecidas en el plan de mejoramiento.

**DESPACHO ALCALDE
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Se recomienda solicitar a la Oficina de control interno ampliar el plazo de ejecución del plan de mejoramiento el cual no será mayor a 6 meses para dar cumplimiento a las actividades programadas para subsanar los hallazgos

Carlos Machado León
Jefe Oficina de Control Interno

Redactor: Carlos Humberto Perdomo – Profesional contratista



PROCESO: GESTIÓN DE EVALUACIONES Y SEGUIMIENTO
 FORMATO: AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS

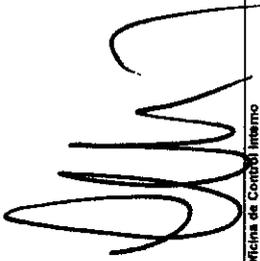
| Área | Proceso | Objetivo | Descripción de la actividad | Fecha de inicio | Fecha de finalización | Número de actividades | Número de actividades realizadas | Porcentaje de cumplimiento |
|------|---|---|--|---|---|---|----------------------------------|----------------------------|
| 1 | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO | RESPONSABLE DEL PROCESO: GESTIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA (GESTIÓN PARA INCLUSIÓN PERSONAS VULNERABLES (PRO-GSC-001-versión 4)) | Período que cubre el seguimiento: 01/03/2022 - 01/03/2023 Modalidad de auditoría: DE CUMPLIMIENTO Fecha de Suscripción: NOVIEMBRE 2023 | Dar cumplimiento a las directrices establecidas por la Dirección de Fortalecimiento Institucional y del Comité Técnico SIGAMI. | Capacitar a los funcionarios de la Secretaría sobre donde se encuentra documentado el proceso - Gestión Social y Comunitaria. | Realizar capacitaciones con todos los funcionarios y contratistas de la Secretaría de Desarrollo Social Comunitario | 2 | 50% |
| 2 | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO | RESPONSABLE DEL PROCESO: GESTIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA (GESTIÓN PARA INCLUSIÓN PERSONAS VULNERABLES (PRO-GSC-001-versión 4)) | Realizar un debido seguimiento a las actividades realizadas por los programas a cargo de cada una de las direcciones. | Realizar actas de seguimiento de las tres direcciones donde se evidencia el seguimiento y la socialización de las actividades de cada uno de los programas. | Realizar actas de seguimiento de las tres direcciones donde se evidencia el seguimiento y la socialización de las actividades de cada uno de los programas. | Realizar actas y registro de cada una de las socializaciones realizadas por las tres direcciones | 2 | 50% |
| 3 | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO | RESPONSABLE DEL PROCESO: GESTIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA (GESTIÓN PARA INCLUSIÓN PERSONAS VULNERABLES (PRO-GSC-001-versión 4)) | Ausencia de capacitación del personal responsable de los procedimientos en la cultura de administración del Riesgo | Capacitar a los funcionarios de la Secretaría sobre donde se encuentra documentado el proceso - Gestión Social y Comunitaria. | Realizar capacitaciones con todos los funcionarios y contratistas de la Secretaría de Desarrollo Social Comunitario | Realizar capacitaciones con todos los funcionarios y contratistas de la Secretaría de Desarrollo Social Comunitario | 1 | 0% |
| 4 | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO | RESPONSABLE DEL PROCESO: GESTIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA (GESTIÓN PARA INCLUSIÓN PERSONAS VULNERABLES (PRO-GSC-001-versión 4)) | Debilidades todos los planes de trabajo cuentan con programa generalidades, estrategias de intervención, estructura organizacional de trabajo, acciones y metas por cada grupo poblacional que se tenga; algunos de ellos no lo presentaron con la vigencia 2022 - 2023, además que no tiene una única forma de presentar este plan de trabajo y algunos de ellos no tiene el plan para cada año correspondiente y algunos que los tienen no corresponden las cantidades programadas a ejecutar. | Establecer un formato único para los planes de trabajo de cada uno de los programas. | Desarrollar un formato único para los planes de trabajo | Número de formatos desarrollados | 1 | 0% |

AREA: SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO
 PROCESO EVALUADO: GESTIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA GESTIÓN PARA INCLUSIÓN PERSONAS VULNERABLES (PRO-GSC-001-versión 4)
 RESPONSABLE DEL PROCESO: SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO
 Periodo que cubre el seguimiento: 01/03/2022 - 01/03/2023
 Modalidad de auditoría: DE CUMPLIMIENTO
 Fecha de Suscripción: NOVIEMBRE 2023

| Criterio de Evaluación | Descripción de la Deficiencia | Impacto de la Deficiencia | Unidad de Medida de la Deficiencia | Fecha de Inicio de la Deficiencia | Fecha de Cierre de la Deficiencia | Responsable | Avance (en porcentaje) | Seguimiento | |
|------------------------|---|---|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---|------------------------|-------------|----|
| | | | | | | | | Si | No |
| 5 | No se evidenció para todos los servicios que presta los diferentes programas de la secretaría formato de entrega de ayudas o proceso de verificación | Contar con un formato que permita la verificación el cumplimiento de requisitos de la entrega de ayudas sociales | Número de formatos desarrollados | 01/11/2023 | 31/12/2023 | Secretaría de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo | 0% | | X |
| 6 | No se evidenció una ruta para acceder a los servicios que presta los diferentes programas de la Secretaría incluyendo este procedimiento | Lograr actualizar el procedimiento de entrega de ayudas sociales para establecer una ruta de acceso a los servicios que prestan los diferentes programas. | Número de procedimientos actualizados | 01/11/2023 | 31/12/2023 | Secretaría de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo | 0% | | X |
| 7 | Debilidad en la información publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP II, en cuanto a la obligatoriedad de la publicación de los procesos de contratación señalados en sus diferentes etapas pre-pos y en ejecución tomando una muestra de cincuenta y siete (57) Contratos con los siguientes resultados: | Subsanar la debilidad que existe en la información publicada en el sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP II | Número de circulares realizadas | 08/11/2023 | 08/11/2023 | Secretaría | 100% | X | |
| 8 | Debilidad en la documentación de actas, mesas de trabajo donde analizarán cada uno de los programas desarrollados CARACTERIZACIÓN DE PROCESO- PROCESO: GESTIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA - Código: CAR-GSC-01 | Lograr actualizar CARACTERIZACIÓN DE PROCESO- PROCESO: GESTIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA - Código: CAR-GSC-01 | Número de caracterizaciones actualizadas | 01/11/2023 | 31/12/2023 | Secretaría de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo | 0% | | X |
| 9 | Desactualización en los procedimientos relacionados en el que no están en la página publicados y/o un procedimiento relacionado que no se encuentra en la página publicado | Lograr tener publicada la documentación del proceso en la página institucional. | Número de Documentos publicados | 01/11/2023 | 31/12/2023 | Secretaría de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo | 0% | | X |
| 10 | Debilidades en la aplicación de la Normatividad ISO 9001:2015 (falta incluir el Capítulo 6: Planificación y Capítulo 7: Apoyo | Realizar el seguimiento Capítulo 6: Planificación y Capítulo 7: Apoyo, dentro del proceso | Número de Actas realizadas | 07/11/2023 | 07/12/2023 | Directores | 0% | | X |

AREA: SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO
 PROCESO EVALUADO: GESTIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA (GESTIÓN PARA INCLUSIÓN PERSONAS VULNERABLES (PRO-GSC-001-versión 4)
 RESPONSABLE DEL PROCESO: SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO
 Período que cubre el seguimiento: 01/03/2022 - 01/03/2023
 Modalidad de auditoría: DE CUMPLIMIENTO
 Fecha de Suscripción: NOVIEMBRE 2023

| Número de Observación | Descripción de hallazgos | Evidencia encontrada | Medir los resultados e impactos del proceso | Realizar actas de las mesas de trabajo para realizar la debida revisión y actualización de los indicadores | Número de Actas realizadas | 07/11/2023 | 07/12/2023 | Directores | 0 | 0% | X | |
|--|---|---|---|--|----------------------------|------------|------------|---|--|------|---|--|
| 11 | Ausencia de indicadores de resultados o de impacto. | Revisar los indicadores y actualizarlos en la caracterización del proceso | Medir los resultados e impactos del proceso | Realizar actas de las mesas de trabajo para realizar la debida revisión y actualización de los indicadores | 1 | 07/11/2023 | 07/12/2023 | Directores | 0 | 0% | X | |
| 12 | Debilitadas en el Anexo 3 denominado NORMATIVAS se evidencia que no se encuentra la normatividad vigente de todo el proceso de Gestión Social y Comunitaria; este no se encuentra actualizado ni relacionada alguna norma, ley, decreto que argumente, respalde y apoye a los procedimientos; por lo anterior, no se tiene fundamentos, ni bases legales, ni criterios de la aplicabilidad de los procedimientos que avalen las actividades realizadas, lo que conlleva a la omisión, errores en la aplicación y riesgos procedimentales. | Actualizar el programa de acuerdo al procedimiento. | Aplicar la norma de acuerdo a la necesidad de los servicios prestados en la secretaria de desarrollo social comunitario | Estar a la vanguardia de los cambios normativos para no incurrir en errores. | 1 | 01/11/2023 | 31/12/2023 | Secretario de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo | 1 | 100% | X | |
| TOTAL | | | | | | | | | 25% | 17% | | |
| Cumplimiento del Plan de mejoramiento | | | | | | | | | 16% | | | |
| CONCLUSION: | | | | | | | | | Se valoraron las evidencias enviadas por la responsable de ejecución del plan de mejoramiento llegando a un nivel de cumplimiento del 18%, a un promedio de eficacia en la ejecución de los hallazgos del 25% y una efectividad del 17% determinado el NO CUMPLIMIENTO. Se recomienda solicitar a la Oficina de control interno ampliar el plazo de ejecución del plan de mejoramiento para dar cumplimiento a las actividades programadas para subsanar los hallazgos. | | | |



Firma Jefe Oficina de Control Interno
 Responsable del Seguimiento

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO.

| | | | |
|---|---|--|---|
|  <p>Alcaldía de IBAGUÉ NIT. 800113389-7</p> | <p>PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL</p> | <p>Código: FOR-02-PRO-GD-01</p> |  |
| | | <p>Versión: 01</p> | |
| <p>FORMATO: ACTA DE REUNIÓN</p> | <p>Fecha: 19/12/2014</p> | | |
| | <p>Página: 1 de 17</p> | | |

REUNIÓN ORDINARIA SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO AL PROCESO GESTIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA / GESTIÓN PARA INCLUSIÓN PERSONAS VULNERABLES SUSCRITO CON LA OFICINA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2023

ACTA No. 070 de 2024

FECHA: Ibagué, 28 de agosto de 2024

HORA: 9:00 AM

LUGAR: Oficina de control interno

ASISTENTES: Yesica Alba - Técnico operativo

Carlos Humberto Perdomo – Profesional contratista oficina de Control Interno

INVITADOS: Sin invitados

OBJETIVO DE LA REUNION:

Verificar que se encuentren implementadas las acciones formuladas para subsanar los hallazgos, que conforman el plan de mejoramiento a la auditoría interna de cumplimiento al proceso Gestión Social y Comunitaria CAR GSC-01 y al Procedimiento Gestión para Inclusión Personas Vulnerables - PRO-GSC-001-VERSION 4, suscrito en noviembre de 2023 con la Oficina de Control Interno. Así mismo, evaluar la efectividad de las acciones que se encuentran implementadas, para determinar si se cierran o no los hallazgos.

ORDEN DEL DIA:

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PISAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  Alcaldía de IBAGUÉ <small>Nº. 800113389-7</small> | PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | Versión: 01 | |
| FORMATO: ACTA DE REUNIÓN | Fecha: 19/12/2014 | | |
| | Página: 2 de 17 | | |

1. Lectura del memorando 1010-2024- 035379 del 13 de agosto de 2024 por la oficina de control interno.
2. Explicación de la metodología de evaluación.
3. Verificación de cumplimiento de la implementación de las acciones propuestas para subsanar los hallazgos que conforman el plan de mejoramiento del proceso Gestión Contractual, suscrito en el mes de noviembre de 2023 con la oficina de control y determinar la efectividad de las acciones implementadas.
4. Cierre de la reunión.

DESARROLLO DEL ORDEN DEL DIA:

Siendo las 9:00 am, del día 22 de agosto de 2024 se da inicio a la revisión y verificación de las acciones.

1. Se da lectura del memorando No. 1010-2023- 035379 del 13 de agosto de 2024 por la oficina de control interno, donde se les comunicó que se les realizará el seguimiento al Plan de mejoramiento de la auditoria Proceso Gestión Social y Comunitaria CAR GSC-01 y al Procedimiento Gestión para Inclusión Personas Vulnerables - PRO-GSC-001-VERSION 4, suscrito en noviembre de 2023 con la Oficina de Control Interno.
2. Posteriormente, se expone la metodología a utilizar para realizar la evaluación. Acto seguido se mencionan los delegados y/o funcionarios asignados por la Secretaría de Desarrollo Social Comunitario, para entregar las evidencias que sustentan el cumplimiento de las acciones programadas a realizar en el plan de mejoramiento mediante el memorando.
3. Continuando con el orden del día, se procede a dar inicio al proceso de evaluación del plan de mejoramiento presentando el siguiente avance:

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PISAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué

| | | | |
|---|--|------------------------------------|---|
|  Alcaldía de IBAGUÉ <small>Nº. 800113389-7</small> | PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | Versión: 01 | |
| FORMATO: ACTA DE REUNIÓN | Fecha: 19/12/2014 | | |
| | Página: 3 de 17 | | |

HALLAZGO NO.1: Debilidad frente al conocimiento en donde se encontraban documentados los procesos preguntados; unos de los profesionales respondieron que los conocían, pero no en donde estaban documentados.

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA: Capacitar a los funcionarios de la Secretaría sobre donde se encuentra documentado el proceso – Gestión Social y Comunitaria.

OBJETIVO: Dar cumplimiento a las directrices establecidas por la Dirección de Fortalecimiento Institucional y del Comité Técnico SIGAMI.

META: Realizar capacitaciones con todos los funcionarios y contratistas de la Secretaría de Desarrollo Social Comunitario.

DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA: Número de capacitaciones realizadas.

UNIDAD DE MEDIDA DE LA META: 2

PERIODO DE EJECUCION PROGRAMADO

Fecha de Inicio: 01/11/2023

Fecha Final: 31/12/2023

RESPONSABLE: Secretario de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO META

En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidenció, la siguiente de información suministrada por la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario que soporta la ejecución del plan de mejoramiento:

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PISAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  <p>Alcaldía de IBAGUÉ Tel. 800113389-7</p> | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | FORMATO: ACTA DE REUNION | Versión: 01 | |
| | Fecha: 2014/12/19 | | |
| | Página: Página 4 de 1 | | |

Se evidencia Acta de reunión No.18 del 22 de noviembre de 2023 del Comité técnico de seguimiento a indicadores del proceso - gestión social y comunitaria y las salidas del proceso de acuerdo a la caracterización del proceso, donde se socializaron los indicadores con los funcionarios responsables de cada uno de los procedimientos, además poniendo en contexto los documentos del proceso que integran la secretaría para que los tengan presente cuando ejecuten las actividades ligadas a la secretaría.

De acuerdo a lo anterior, y valorada las evidencias enviadas por los responsables de la ejecución del plan de mejoramiento, se determina el cumplimiento parcial de la meta que era Realizar (2) capacitaciones con todos los funcionarios y contratistas de la Secretaría de Desarrollo Social Comunitario, por lo que este hallazgo **NO SE CIERRA** por el incumplimiento de la meta establecida en el plan de mejoramiento suscrito con la oficina de control interno.

CUMPLIMIENTO: 50%

HALLAZGO No.2 Debilidades en las Socializaciones al personal de diferentes temas preguntados dentro de la encuesta algunos se evidencia actas de seguimiento donde participa el Secretario de Despacho con los Directores de cada dependencia, pero no se evidencio que los directores presentarían evidencia de la socialización con su equipo.

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA: Realizar actas de seguimiento de las tres direcciones donde se evidencie el seguimiento y la socialización de las actividades de cada uno de los programas.

OBJETIVO: Realizar un debido seguimiento a las actividades realizadas por los programas a cargo de cada una de las direcciones.

META: Realizar actas y registro de cada una las socializaciones realizadas por las tres direcciones.

DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA: Número de Actas realizadas.

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  <p>Alcaldía de IBAGUÉ NIT: 800113389-7</p> | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | FORMATO: ACTA DE REUNION | |
| | | | |
| | | | |

UNIDAD DE MEDIDA DE LA META: 2

PERIODO DE EJECUCION PROGRAMADO

Fecha de Inicio: 07/11/2023

Fecha Final: 07/12/2023

RESPONSABLE: Directores

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO META

En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidenció, la siguiente de información suministrada por la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario que soporta la ejecución del plan de mejoramiento:

Se evidencia Acta de reunión No.20 del 29 de diciembre de 2023, para la revisión de procesos y cierre de la vigencia fiscal 2023 en la secretaria de desarrollo social y comunitario, donde se evidencia la revisión de la ejecución presupuestal con corte a corte 28 de diciembre la vigencia 2023, revisión del plan de acción y entrega de informes de metas del plan de desarrollo, Exposición de procesos contractuales prioritarios que por norma deben pasar de vigencia en la secretaria y se adquirieron unos compromisos.

De acuerdo a lo anterior, y valorada las evidencias enviadas por los responsables de la ejecución del plan de mejoramiento, se determina el cumplimiento parcial de la meta que era Realizar (2) actas y registro de cada una las socializaciones realizadas por las tres direcciones, por lo que este hallazgo **NO SE CIERRA** por el cumplimiento de la meta establecida en el plan de mejoramiento suscrito con la oficina de control interno.

CUMPLIMIENTO: 50%

HALLAZGO No.3 Ausencia de capacitación del personal responsable de los procedimientos en la cultura de administración del Riesgo.

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  <p>Alcaldía de IBAGUÉ Nº 800113389-7</p> | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | Versión: 01 | |
| FORMATO: ACTA DE REUNION | Fecha: 2014/12/19 | | |
| | Página: Página 6 de 1 | | |

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA: Capacitar a los funcionarios de la Secretaría sobre la cultura de administración del riesgo.

OBJETIVO: Dar cumplimiento a la política de administración del riesgo adoptada por la entidad.

META: Realizar capacitaciones con todos los funcionarios y contratistas de la Secretaría de Desarrollo Social Comunitario.

DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA: Número de capacitaciones realizadas.

UNIDAD DE MEDIDA DE LA META: 1

PERIODO DE EJECUCION PROGRAMADO:

Fecha de Inicio: 01/11/2023

Fecha Final: 31/12/2023

RESPONSABLE: Secretario de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO META

En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario reporta **SIN AVANCE** este hallazgo.

CUMPLIMIENTO: 0%

HALLAZGO No.4 Debilidades todos los planes de trabajo cuentan con programa, generalidades, estrategias de intervención, estructura organizacional de trabajo, acciones y metas por cada grupo poblacional que se tenga; algunos de ellos no lo presentaron con la vigencia 2022 – 2023; además que no tiene una única forma de presentar este plan de trabajo y

‘La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO’

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | FORMATO: ACTA DE REUNION | Versión: 01 | |
| | Fecha: 2014/12/19 | | |
| | Página: Página 7 de 1 | | |

algunos de ellos no tiene el plan para cada año correspondiente y algunos que los tienen no corresponden las cantidades programadas a ejecutar.

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA: Establecer un formato único para los planes de trabajo de cada uno de los programas.

OBJETIVO: Presentar de manera uniforme los planes de trabajo.

META: Desarrollar un formato único para los planes de trabajo.

DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA: Número de formatos desarrollados.

UNIDAD DE MEDIDA DE LA META: 1

PERIODO DE EJECUCION PROGRAMADO:

Fecha de Inicio: 01/11/2023

Fecha Final: 31/12/2023

RESPONSABLE: Secretario de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO META

En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario reporta **SIN AVANCE** este hallazgo.

CUMPLIMIENTO: 0%

HALLAZGO No.5 No se evidenció para todos los servicios que presta los diferentes programas de la secretaria formato de entrega de ayudas o proceso de verificación.

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  <p>Alcaldía de IBAGUÉ NIT. 800113389-7</p> | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | FORMATO: ACTA DE REUNION | |
| | Fecha: 2014/12/19 | | |
| | Página: Página 8 de 1 | | |

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA: Establecer un formato para entrega de ayudas sociales.

OBJETIVO: Contar con un formato que permita la verificación el cumplimiento de requisitos de la entrega de ayudas sociales.

META: Desarrollar un formato para entrega de ayudas sociales.

DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA: Número de formatos desarrollados.

UNIDAD DE MEDIDA DE LA META: 1

PERIODO DE EJECUCION PROGRAMADO:

Fecha de Inicio: 01/11/2023

Fecha Final: 31/12/2023

RESPONSABLE: Secretario de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO META

En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario reporta **SIN AVANCE** este hallazgo.

CUMPLIMIENTO: 0%

HALLAZGO No.6 No se evidencio una ruta para acceder a los servicios que presta los diferentes programas de la Secretaría incluyendo este procedimiento.

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA: Actualizar el procedimiento de entrega de ayudas sociales.

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | FORMATO: ACTA DE REUNION | |
| | | Fecha: 2014/12/19 | |
| | | Página: Página 9 de 1 | |

OBJETIVO: Lograr actualizar el procedimiento de entrega de ayudas sociales para establecer una ruta de acceso a los servicios que prestan los diferentes programas.

META: Tener un procedimiento actualizado que contenga la ruta para acceder a las ayudas sociales.

DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA: Número de procedimientos actualizados.

UNIDAD DE MEDIDA DE LA META: 1

PERIODO DE EJECUCION PROGRAMADO:

Fecha de Inicio: 01/11/2023

Fecha Final: 31/12/2023

RESPONSABLE: Secretario de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO META

En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario reporta **SIN AVANCE** este hallazgo.

CUMPLIMIENTO: 0%

HALLAZGO No.7 Debilidad en la información publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP II; en cuanto a la obligatoriedad de la publicación de los procesos de contratación adelantados en sus diferentes etapas pre-pos y en ejecución tomando una muestra de cincuenta y siete (57) Contratos con los siguientes resultados:

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA: Emitir circular interna en la secretaría en la cual se solicite a los supervisores realizar seguimiento y verificación del

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

| | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  <p>Alcaldía de IBAGUÉ Nº: 800113389-7</p> | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | FORMATO: ACTA DE REUNION | |
| | | Fecha: 2014/12/19 | |
| | | Página: Página 10 de 1 | |

cargue de la documentación pre-pos de los procesos contractuales a su cargo.

OBJETIVO: Subsanan la debilidad que existe en la información publicada en el sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP II.

META: Tomar acciones internas que permita mejorar el proceso.

DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA: Número de circulares realizadas.

UNIDAD DE MEDIDA DE LA META: 1

PERIODO DE EJECUCION PROGRAMADO:

Fecha de Inicio: 08/11/2023

Fecha Final: 08/11/2023

RESPONSABLE: Secretario de Desarrollo Social Comunitario

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO META

En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidenció, la siguiente de información suministrada por la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario que soporta la ejecución del plan de mejoramiento:

Se evidencia Circular 2100-00009 del 04 de diciembre de 2023 dirigido a los Directores y funcionarios supervisores de la Secretaría de Desarrollo Social Comunitario, donde se les solicita a los supervisores de acuerdo a las directrices impartidas por la oficina de contratación de la entidad, realizar seguimiento y verificación del cargue de la documentación pre-pos de los procesos contractuales a su cargo teniendo en cuenta el capítulo 5 del manual de contratación y verificada en la plataforma PISAMI y SECOP II

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | FORMATO: ACTA DE REUNION | |
| | | Fecha: 2014/12/19 | |
| | | Página: Página 11 de 1 | |

De acuerdo a lo anterior, y valorada las evidencias enviadas por los responsables de la ejecución del plan de mejoramiento, se determina el cumplimiento de la meta que era Tomar acciones internas que permita mejorar el proceso con una (1) circular, por lo que este hallazgo **SE CIERRA** por el cumplimiento de la meta establecida en el plan de mejoramiento suscrito con la oficina de control interno.

CUMPLIMIENTO: 100%

HALLAZGO No.8 Debilidad en la documentación de actas, mesas de trabajo donde analizaran cada uno de los programas desarrollados
CHARACTERIZACIÓN DE PROCESO- PROCESO: GESTION SOCIAL Y COMUNITARIA - Código: CAR-GSC-01.

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA: Actualizar la **CHARACTERIZACIÓN DE PROCESO- PROCESO: GESTION SOCIAL Y COMUNITARIA - Código: CAR-GSC-01.**

OBJETIVO: Lograr actualizar **CHARACTERIZACIÓN DE PROCESO- PROCESO: GESTION SOCIAL Y COMUNITARIA - Código: CAR-GSC-01.**

META: Tomar como guía y referente del proceso la caracterización actualizada de acuerdo a los últimos cambios realizados.

DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA: Número de caracterizaciones actualizadas.

UNIDAD DE MEDIDA DE LA META: 1

PERIODO DE EJECUCION PROGRAMADO:

Fecha de Inicio: 01/11/2023

Fecha Final: 31/12/2023

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | FORMATO: ACTA DE REUNION | |
| | | Fecha: 2014/12/19 | |
| | | Página: Página 12 de 1 | |

RESPONSABLE: Secretario de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO META

En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario reporta **SIN AVANCE** este hallazgo.

CUMPLIMIENTO: 0%

HALLAZGO No.9 Desactualización en los procedimientos relacionados en el que no están en la página publicados y/o un procedimiento relacionado que no se encuentra en la página publicado.

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA: Solicitar mediante correo electrónico la publicación de los procedimientos en página a la Dirección de Fortalecimiento Institucional.

OBJETIVO: Lograr tener publicada la documentación del proceso en la página institucional.

META: Publicar los documentos del proceso en la página institucional.

DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA: Número de Documentos publicados.

UNIDAD DE MEDIDA DE LA META: 4

PERIODO DE EJECUCION PROGRAMADO:

Fecha de Inicio: 01/11/2023

Fecha Final: 31/12/2023

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  <p>Alcaldía de IBAGUÉ NIT. 800113389-7</p> | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | FORMATO: ACTA DE REUNION | |
| | | Fecha: 2014/12/19 | |
| | | Página: Página 13 de 1 | |

RESPONSABLE: Secretario de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO META

En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario soporta el avance con un correo electrónico de solicitud de aprobación y actualización de formatos del proceso GESTION SOCIAL COMUNITARIO de fecha 06 de junio de 2022, demostrando que a la fecha del corte del seguimiento al plan de mejoramiento el hallazgo esta **SIN AVANCE**, dado que después de 2 años de solicitud aun no tienen evidencia de seguimiento por parte de la Secretaría si fueron aprobados y se hicieron las actualizaciones solicitadas a los formatos.

CUMPLIMIENTO: 0%

HALLAZGO No.10 Debilidades en la aplicación de la Normatividad ISO 9001-2015 falta incluir el Capítulo 6: Planificación y Capítulo 7: Apoyo.

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA: Aplicar la Normatividad ISO 9001-2015 falta incluir el Capítulo 6: Planificación y Capítulo 7: Apoyo.

OBJETIVO: Realizar el seguimiento Capítulo 6: Planificación y Capítulo 7: Apoyo, dentro del proceso.

META: Realizar actas y registro de cada seguimiento.

DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA: Número de Actas realizadas.

UNIDAD DE MEDIDA DE LA META: 1

PERIODO DE EJECUCION PROGRAMADO:

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  <p>Alcaldía de IBAGUÉ NH 800113389-7</p> | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | FORMATO: ACTA DE REUNION | |
| | | | |
| | | | |

Fecha de Inicio: 07/11/2023

Fecha Final: 07/12/2023

RESPONSABLE: Directores

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO META

En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidencia que la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario reporta **SIN AVANCE** este hallazgo.

CUMPLIMIENTO: 0%

HALLAZGO No.11 Ausencia de indicadores de resultados o de impacto.

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA: Revisar los indicadores y actualizarlos en la caracterización del proceso.

OBJETIVO: Medir los resultados e impactos del proceso.

META: Realizar actas de las mesas de trabajo para realizar la debida revisión y actualización de los indicadores.

DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA: Número de Actas realizadas.

UNIDAD DE MEDIDA DE LA META: 1

PERIODO DE EJECUCION PROGRAMADO:

Fecha de Inicio: 07/11/2023

Fecha Final: 07/12/2023

RESPONSABLE: Directores

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO META

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | Formato: ACTA DE REUNION | |
| | | Fecha: 2014/12/19 | |
| | | Página: Página 15 de 1 | |

En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidenció, la siguiente de información suministrada por la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario que soporta la ejecución del plan de mejoramiento:

Se evidencia Acta de reunión ordinaria No.16 del 27 de septiembre de 2023, para la revisión de los indicadores del proceso de GESTION SOCIAL Y COMUNIRTARIO, desarrollando la revisión de indicadores del proceso Gestión Social y Comunitaria y la revisión hojas de vida del indicador y el último reporte realizado a la secretaría de planeación, quedando como compromisos el diligenciamiento a 30 de septiembre de 2023 cada una de las hojas de vida del indicador teniendo en cuenta las sugerencias por los auditores en la ultima auditoria interna realizada a la Secretaría, enviar la evaluación de los indicadores al correo del secretario, consolidar la información para realizar el reporte trimestral ante la secretaría de planeación y realizar seguimiento por parte del secretario y la asistente, compromisos que a la fecha de la presente evaluación no fueron aportadas para tener en cuenta el acta, ya que esta por fuera del periodo de ejecución del plan de mejoramiento.

De acuerdo a lo anterior, y valorada las evidencias enviadas por los responsables de la ejecución del plan de mejoramiento, se determina el no cumplimiento de la meta que era Realizar un (1) acta de las mesas de trabajo para realizar la debida revisión y actualización de los indicadores, por lo que este hallazgo **NO SE CIERRA** por el cumplimiento de la meta establecida en el plan de mejoramiento suscrito con la oficina de control interno.

CUMPLIMIENTO: 0%

HALLAZGO No.12 Debilidades en el Anexo 3 denominado NORMOGRAMA se evidenció que no se encuentra la normatividad vigente de todo el proceso de Gestión Social y Comunitaria; este no se encuentra actualizado ni relacionada ninguna norma, ley, decreto que argumente, respalde y apoye a los procedimientos; por lo anterior, no se tiene fundamentos, ni bases legales, ni criterios de la aplicabilidad de los procedimientos que avalen las

‘La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO’

| | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  <p>Alcaldía de IBAGUÉ NIT 800113389-7</p> | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | FORMATO: ACTA DE REUNION | |
| | | Fecha: 2014/12/19 | |
| | | Página: Página 16 de 1 | |

actividades realizadas, lo que conlleva a la omisión, errores en la aplicación y riesgos procedimentales.

ACCION CORRECTIVA PROPUESTA: Actualizar el normograma de acuerdo al procedimiento.

OBJETIVO: Aplicar la norma de acuerdo a la necesidad de los servicios prestados en la secretaría de desarrollo social comunitario.

META: Estar a la vanguardia de los cambios normativos para no incurrir en errores.

DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA: Número de Normogramas actualizados.

UNIDAD DE MEDIDA DE LA META: 1

PERIODO DE EJECUCION PROGRAMADO:

Fecha de Inicio: 01/11/2023

Fecha Final: 31/12/2023

RESPONSABLE: Secretario de Desarrollo Social Comunitario y Equipo de trabajo

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO META

En el ejercicio de la auditoría y el rol de seguimiento y evaluación, se evidenció, la siguiente de información suministrada por la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario que soporta la ejecución del plan de mejoramiento:

Se evidencia Correo electrónico de fecha 12 de enero de 2024, donde reportan al normograma actualizado con corte a 31 de diciembre de 2023, dirigido a la Secretaria de Planeación SIGAMI, para el análisis y publicación.

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|  <p>Alcaldía de IBAGUÉ NIT. 800113389-7</p> | Proceso: GESTION DOCUMENTAL | Código: FOR-02-PRO-GD-01 |  |
| | | FORMATO: ACTA DE REUNION | |
| | | | |
| | | | |

De acuerdo a lo anterior, y valorada las evidencias enviadas por los responsables de la ejecución del plan de mejoramiento, se determina el cumplimiento de la meta que era actualizar (1) Normograma para no incurrir en errores, por lo que este hallazgo **SE CIERRA** por el cumplimiento de la meta establecida en el plan de mejoramiento suscrito con la oficina de control interno.

CUMPLIMIENTO: 100%

CONCLUSIONES:

Se valoraron las evidencias enviadas por la responsable de ejecución del plan de mejoramiento llegando a una ejecución del 18%, a un promedio de eficacia en la ejecución de los hallazgos del 25% y una efectividad del 17% determinado el **NO CUMPLIMIENTO**.

Se recomienda solicitar a la Oficina de control interno ampliar el plazo de ejecución del plan de mejoramiento para dar cumplimiento a las actividades programadas para subsanar los hallazgos.

Siendo las 12:00 a.m. del día 28 de agosto de 2024, se da por terminado el seguimiento al plan de mejoramiento.

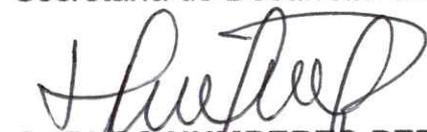
En constancia se firma



YESICA ALBA

Técnico operativo

Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario



CARLOS HUMBERTO PERDOMO ROMERO

Profesional Contratista

Oficina de Control interno

'La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO'