

ACTA REVISION POR LA DIRECCION

Vigencia 2017

16/10/2017
ALCALDIA DE PASTO
OFICINA CONTROL INTERNO

COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD

ACTA NO. 01

REUNION ORDINARIA CONSEJO DE GOBIERNO RPD

FECHA: San Juan de Pasto, 12 de octubre de 2017

HORA: 8:00 AM

LUGAR: Sala de Juntas – Despacho Sede San Andrés

TEMA: Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de Calidad - 2017

ASISTENTES:

PEDRO VICENTE OBANDO ORDOÑEZ, Alcalde de Pasto
LILIAN RODRIGUEZ – Asesora Despacho
JOSE LUIS GUERRA BURBANO - Secretario General
JULIO CESAR RAMIREZ – Subsecretario Desarrollo Comunitario
NATALIA QUINTERO – Directora Centro de Conciliación
JUAN CARLOS BRAVO- Coordinador Casa de Justicia
AFRANIO RODRIGUEZ- Secretario de Planeación
GERARDO DAVILA – Subsecretario de Seguridad
MARTHA CECILIA DAVILA- Subsecretaria de Salud Pública.
JACKELINE CALVACHI- Subsecretaria de Apoyo Logístico
AMANDA VALLEJO – Secretaria de Hacienda.
VIVIANA CABRERA- Secretaria de Infraestructura
FREDY ANDRES GAMEZ- Director de Espacio Público
JHONATAN HUERTAS- Subsecretario de Sistemas de Información
LORENA GUERRERO – Subsecretaria de Talento Humano
SILVANA DELGADO – Directora Unidad de Correspondencia
RAUL QUIJANO- Jefe oficina de Planeación y Gestión Institucional
LEYDY RIVERA- Contratista Departamento de Contratación
DIANA SERRALDE- Contratista Secretaria de Infraestructura
OSCAR CAICEDO Contratista Salud Pública
YURY MIRAMAG- Contratista Almacén Municipal.
OSCAR ESTRADA - Sistemas de Información
MARIO MAYA - Talento Humano
ROSANA BASTIDAS – Gestión del Riesgos de Desastres
ALEJANDRA RECALDE- Centro de Conciliación
ADRIANA EGAS – Oficina Jurídica
PAULA PARRA- Casa de Justicia
SOFIA BASTIDAS- Comisaría de familia
NELSON DORADO – Subsecretaria de Convivencia
NATALY FEYLLET Subsecretaria de Convivencia

JAIME SANTACRUZ SANTACRUZ – Jefe Oficina Control Interno
FRANCISCO CASTILLO – Contratista Control Interno
ANGELA LUNA- Contratista Control Interno
DEISY LASSO CARDENAS – Contratista Control Interno
NEYRA LOPEZ – Contratista Control Interno

ORDEN DEL DIA:

1. Llamado a lista y verificación del Quórum.
2. Diagnóstico del sistema de Gestión de calidad.
3. Retroalimentación del cliente- Encuesta de satisfacción del cliente 2017.
4. Resultado de auditoría interna de calidad vigencia 2017.
5. Estado de las acciones correctivas y preventivas.
6. Informe PQRD a través de plataforma 2017.
7. Resultado y análisis de evaluación de proveedores.
8. Control de salidas no conformes identificados y controlados en los procesos misionales 2017.
9. Desempeño de los procesos a través de indicadores año 2017
10. Informe de riesgos y oportunidades del Sistema de Gestión de Calidad.
11. Matriz de cambios.
12. Estado avance Objetivos de calidad

DESARROLLO:

1. REGISTRO DE ASISTENCIA Y VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM

El Dr Jaime Santacruz, Jefe oficina de Control Interno y Secretario del comité, da la bienvenida al comité y agradece su asistencia.



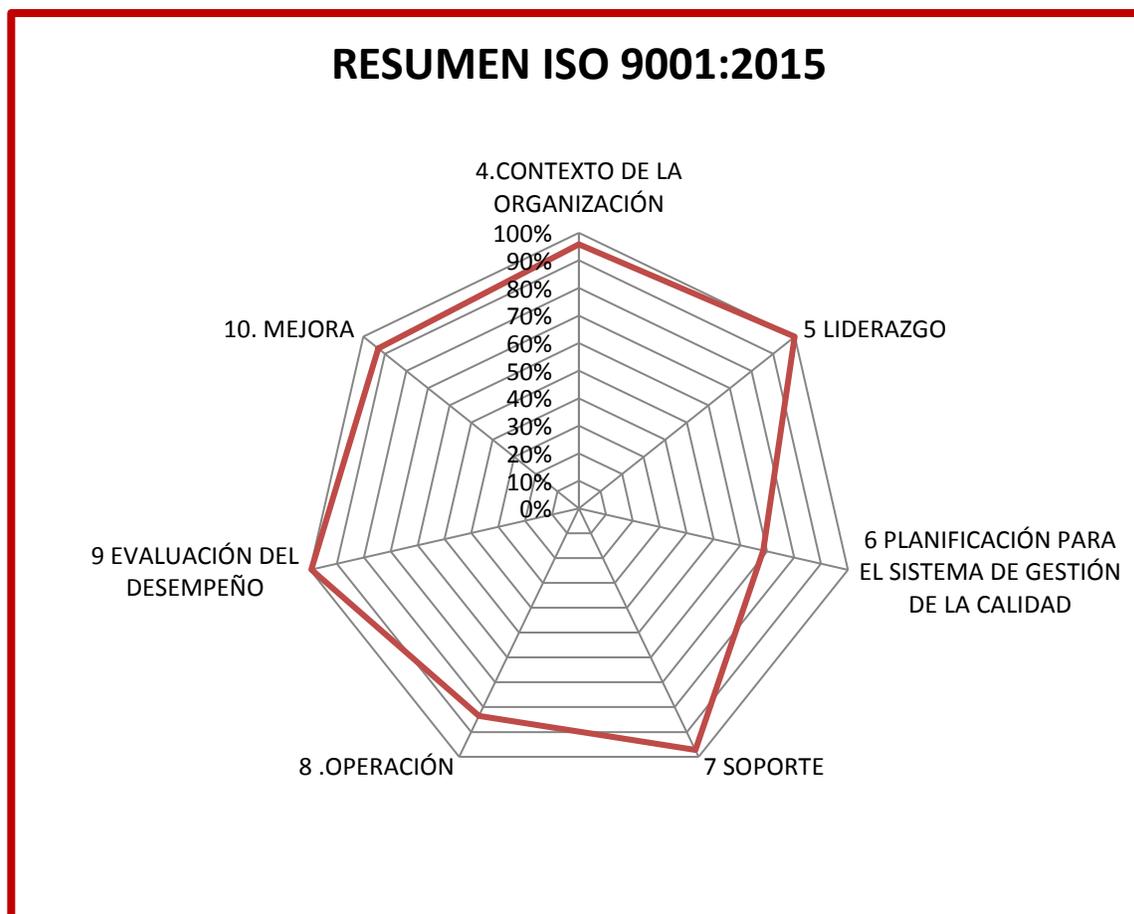


Previo saludo por parte del Doctor Jaime Santacruz, se verifica quorúm (se anexa listado de asistencia) y se da inicio al Consejo de Gobierno.

El Señor Alcalde agradece la puntualidad de las personas que asisten al Consejo de Gobierno y sede la palabra al Dr. Jaime Santacruz para que presente la exposición del Informe de Revisión por la Dirección sobre el estado de avance implementación y fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad de la Alcaldía, el cual se describe a continuación:

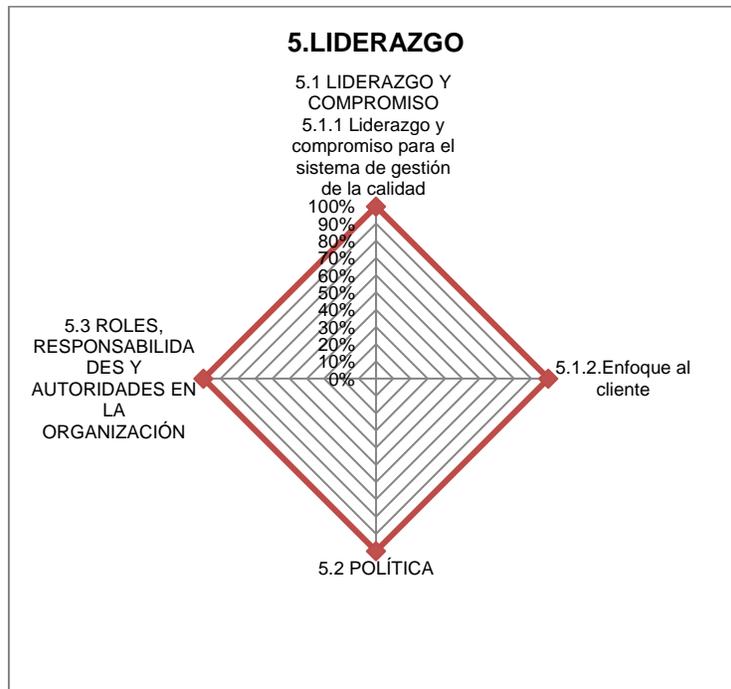
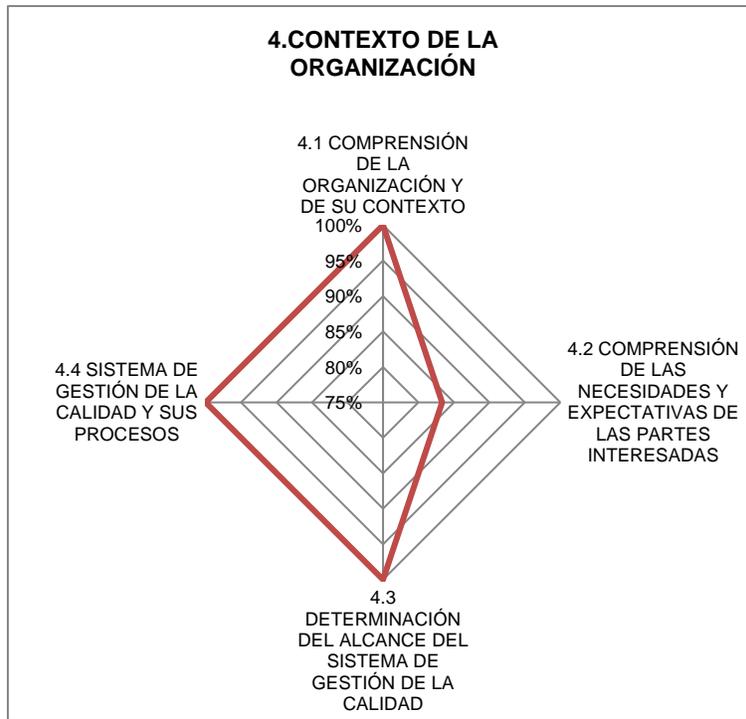
2. DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

A continuación se presenta el resumen del estado actual de la implementación de la ISO 9001: 2015 en la Alcaldía de Pasto, evidenciando un fortalecimiento importante en la implementación de dichos requisitos.

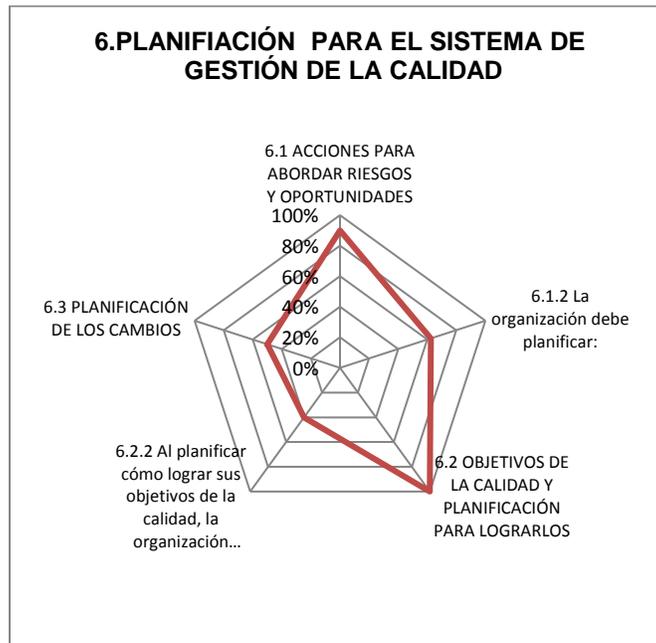


4.Contexto de la organización	96%
5 Liderazgo	100%
6 Planificación para el sistema de gestión de la calidad	69%
7 Soporte	97%
8 .Operación	84%
9 Evaluación del desempeño	100%
10. Mejora	93%

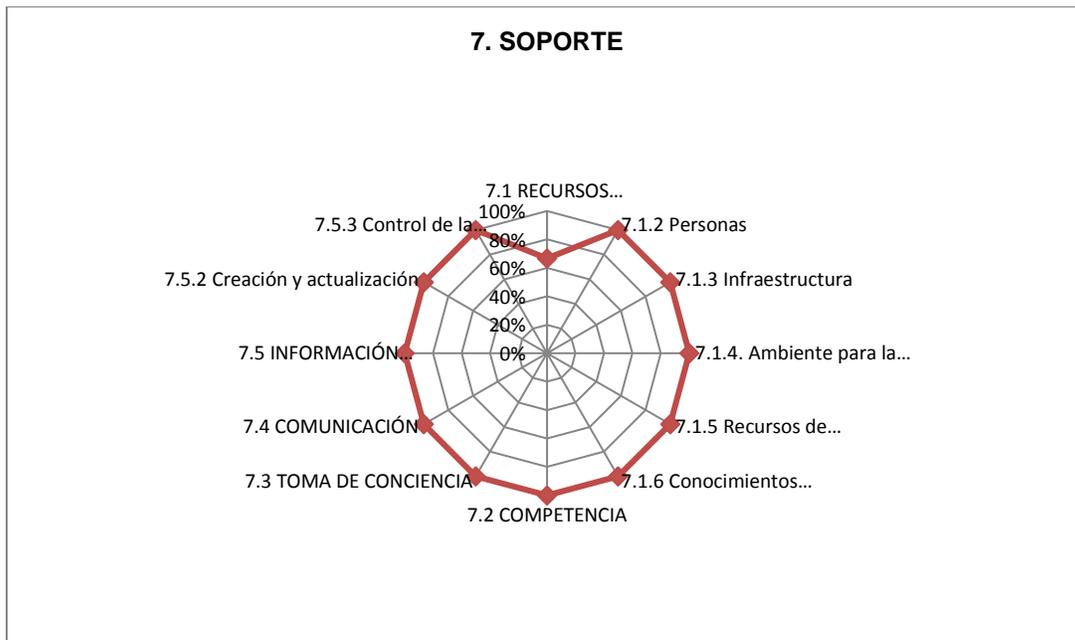
RESUMEN POR CAPITULO



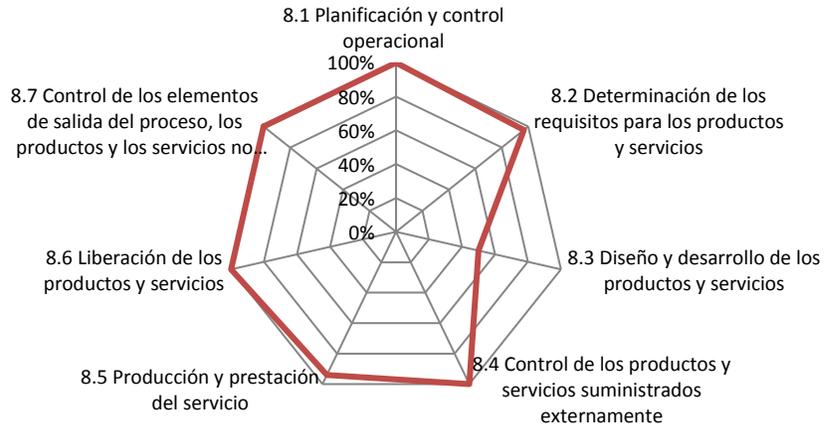
6. PLANIFICACIÓN PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



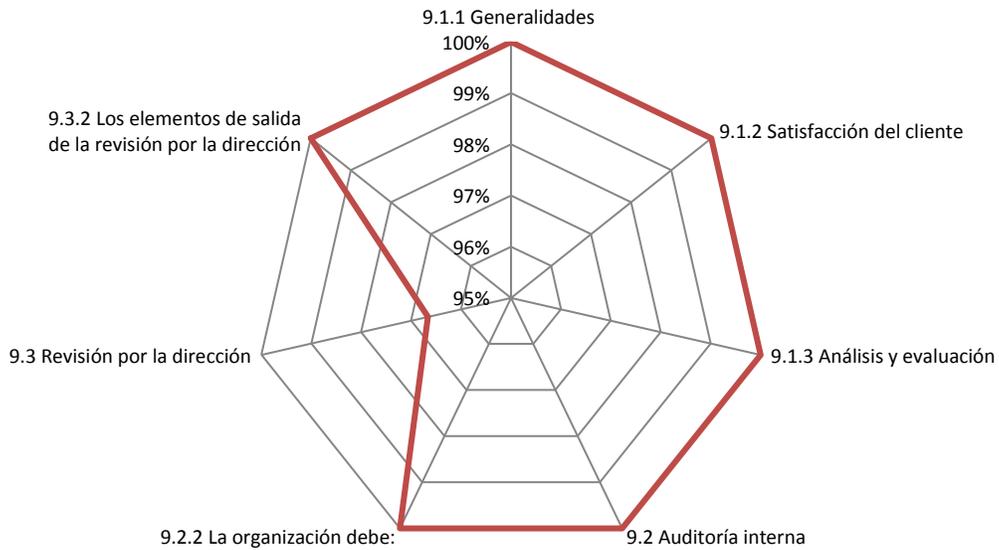
7. SOPORTE

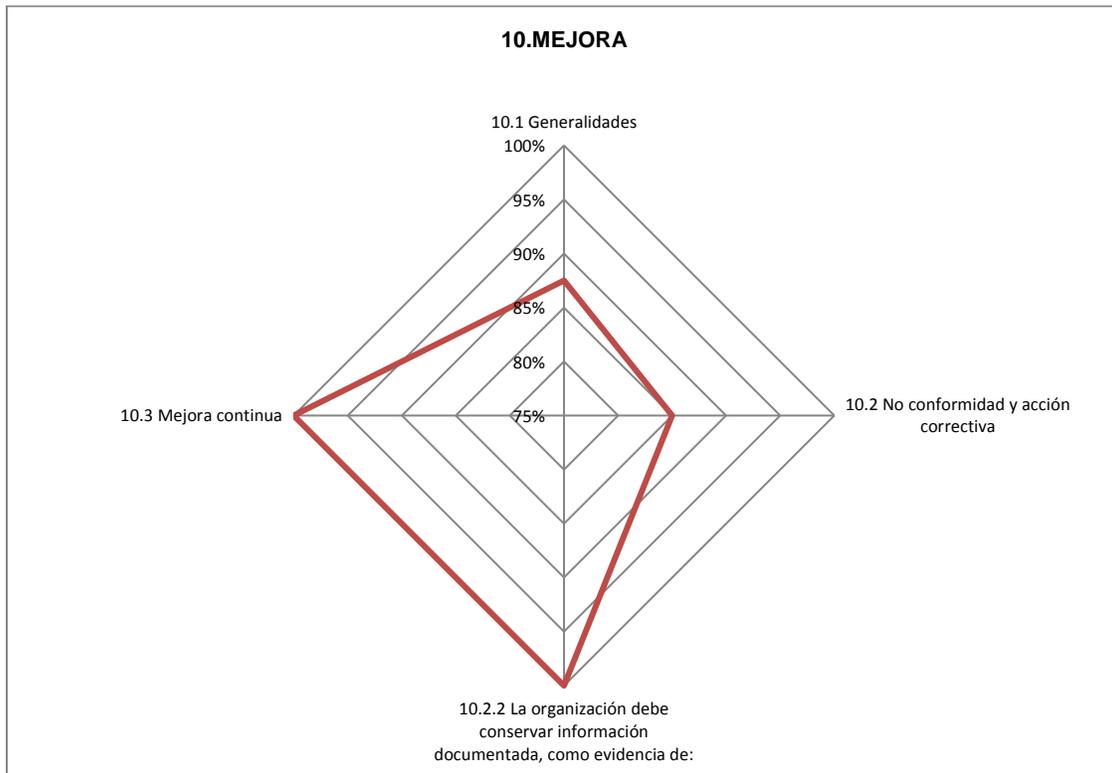


8.OPERACIÓN



9.EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO





3. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE- ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CLIENTE EXTERNO 2017.

El doctor Jaime Santacruz, Secretario técnico del comité expresa que la Oficina de Control Interno, realizó una Auditoría Interna a las dependencias de la Administración Municipal a través de la aplicación de elementos diagnósticos que permitieron determinar el nivel de satisfacción del cliente externo, la auditoría se realizó en las dependencias que presentan mayor flujo de usuarios como lo son:

- Proceso Educación- Secretaría de Educación,
- Proceso Salud- Secretaría de Salud,
- Proceso Movilidad y Seguridad vial-Secretaría de Tránsito y Transporte,
- Proceso Gestión Financiera- Secretaría de Hacienda.
- Proceso Atención Social- Secretaría de Bienestar Social, SISBEN, Punto de Atención a Víctimas Y Dirección de Juventud
- Proceso Seguridad, Convivencia y Control- Casa de Justicia y Secretaría de Gobierno.
- Proceso de Infraestructura-Secretaría de Infraestructura y Valorización
- Proceso de Participación Comunitaria: Secretaría de Desarrollo Comunitario.
- Proceso de Productividad y Competitividad: Secretaría de Desarrollo Económico y Competitividad
- Proceso de Gestión de Ordenamiento Territorial: Secretaría de Planeación
- Proceso Gestión Integral del Riesgo: Dirección para la Gestión del Riesgo de Desastres.

Ítems Evaluados

1. NECESIDADES: Nivel de Satisfacción

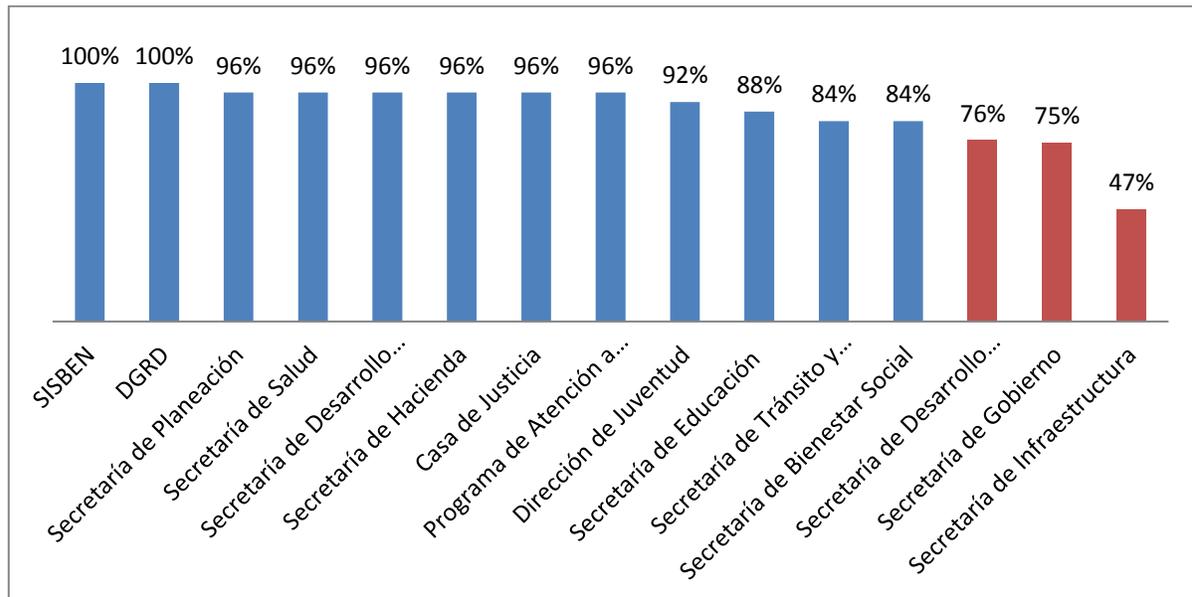
2. EXPECTATIVAS:

- Accesibilidad a la Dependencias, Atención Amable y respetuosa por parte del personal
- Claridad en las explicaciones
- Rapidez y oportunidad en la atención
- Bienestar y Comodidad en las Instalaciones
- Elementos necesarios para responder a las solicitudes

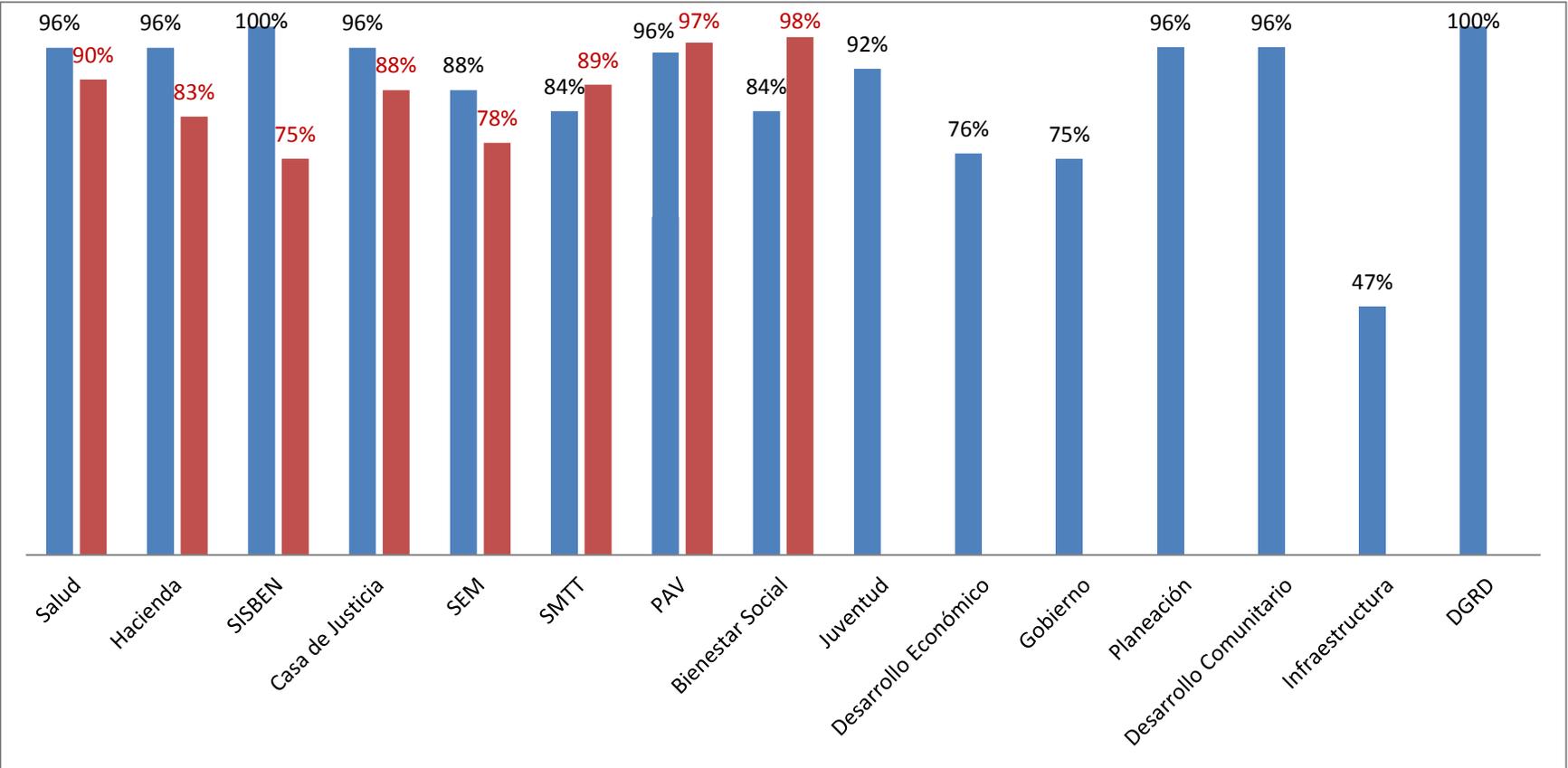
Resultados de Nivel de Satisfacción del Cliente Externo

DEPENDENCIA	NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO
SISBEN	100%
Dirección para la Gestión de los Riesgos de Desastres	100%
Secretaría de Planeación	96%
Secretaría de Salud	96%
Secretaría de Desarrollo Comunitario	96%
Secretaría de Hacienda	96%
Casa de Justicia	96%
Programa de Atención a Víctimas	96%
Dirección de Juventud	92%
Secretaría de Educación	88%
Secretaría de Tránsito y Transporte	84%
Secretaría de Bienestar Social	84%
Secretaría de Desarrollo Económico	76%
Secretaría de Gobierno	75%
Secretaría de Infraestructura	47%
Total Administración Municipal	88%

Resultados de Nivel de Satisfacción el Cliente Externo 2017



Comparativo Resultados de Encuesta de Satisfacción al Usuario 2016-2017



	VIGENCIA 2016
	VIGENCIA 2017

Conclusiones generales

Las Dependencias deberán levantar las acciones pertinentes con el fin de mitigar las falencias encontradas y mejorar el nivel de satisfacción, así se promueve una disposición al cambio que genere una cultura de excelencia y a la vez se fomente la mejora continua a la hora de brindar un servicio con calidad a los clientes externos.

La evaluación aporta información relevante sobre la calidad del servicio, los usuarios de esta manera percibirán que su opinión es importante y de esta manera se evalúa el funcionamiento de la Administración Municipal para tomar decisiones acertadas y encaminadas al mejoramiento del servicio a los ciudadanos.

Conclusiones Señor Alcalde

El Dr. Pedro Vicente Obando manifiesta su preocupación por el resultado del 47% de la Secretaría de Infraestructura, resultado que baja el nivel de satisfacción y ordena tomar los correctivos necesarios y además establece que:

Las dependencias que obtienen un puntaje menor al 80% deberán implementar acciones de mejoramiento y suscribirlas ante la Oficina de Control Interno para que posteriormente se realice seguimiento.

Las estrategias de mejoramiento que deben tener en cuenta las dependencias pueden ir encaminadas a satisfacer las NECESIDADES y EXPECTATIVAS, por ejemplo, brindar la mayor comodidad posible en el área física de las dependencias, brindar una atención oportuna, efectiva, humanizada, amable y respetuosa por medio presencial y telefónico, respetar los horarios de atención al público, resolver dudas y sugerencias de manera receptiva, clara e inmediata, brindar un servicio eficaz, eficiente y efectivo en general.

4. RESULTADO DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD VIGENCIA 2017

El Doctor Jaime Santacruz, Secretario técnico del comité, socializa el resultado de la auditoría interna de calidad con la finalidad de mostrar los resultados de las auditorías internas de calidad que se realizaron entre el 04 de Septiembre de 2017 al 08 de Septiembre de 2017, a procesos que se encuentran dentro del alcance de certificación, dando cumplimiento al programa de auditorías internas de calidad del periodo comprendido entre Enero - Agosto de 2017, aprobado por el Señor Alcalde Pedro Vicente Obando.

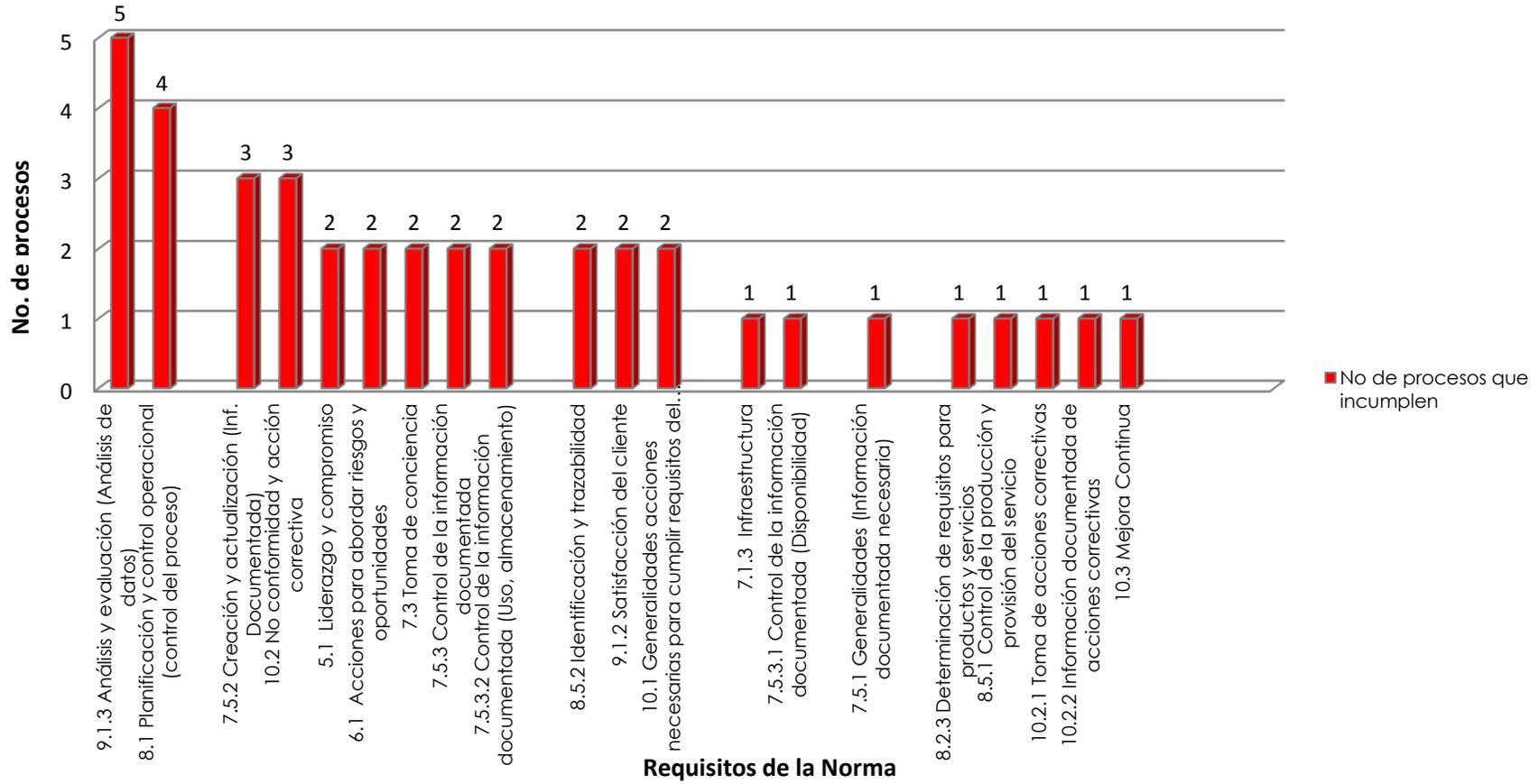
Se da a conocer el equipo auditor con el que se contó para el desarrollo de la auditoría, los cuales fueron 35 auditores, pertenecientes a los grupos de funcionarios públicos que fueron formados ante ICONTEC en técnicas de auditoría con base a la NTC ISO 19011, y a la Norma NTC-ISO 9001:2015.

A continuación el Doctor Jaime Santacruz, Secretario técnico del comité dio a conocer los resultados de la auditoría de la siguiente manera:

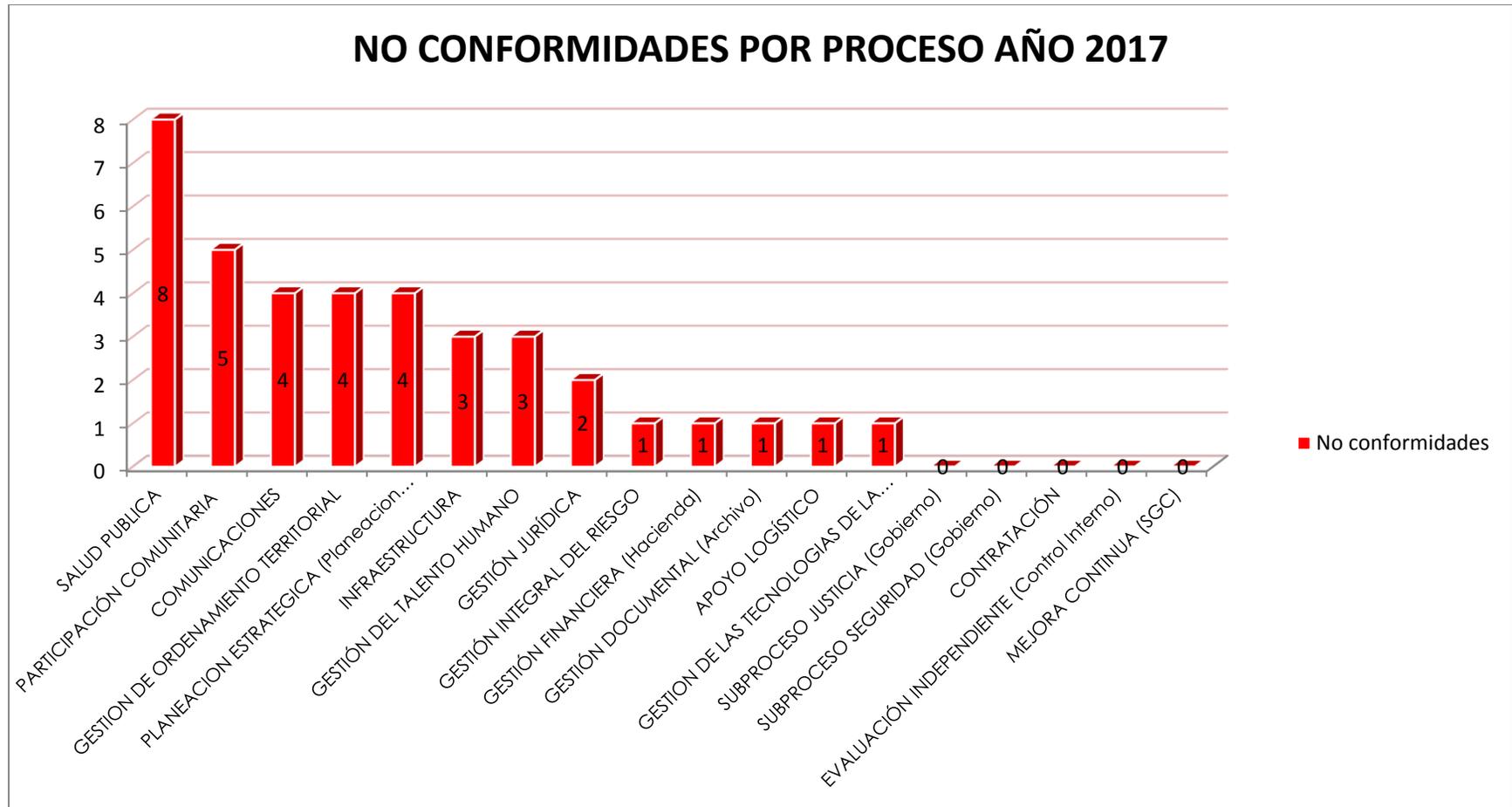
Incumplimiento de los procesos frente a los requisitos de la norma ISO 9001.2015: En la **siguiente gráfica**, se muestra el incumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 por cada uno de los procesos, observando que los requisitos que más se incumplen son los relacionados con los numerales: **9.1.3** Análisis y evaluación (Análisis de datos), **8.1** Planificación y control operacional (control del proceso), **7.5.2** Creación y actualización (Inf. Documentada), **10.2** No conformidad y acción correctiva.

De acuerdo a lo anterior, los procesos presentan falla en el análisis de los datos para la toma de decisiones, producto de los métodos de evaluación del desempeño como lo son indicadores y aplicación de encuestas de satisfacción del cliente ; también se presenta falla en la planificación, implementación y control de las actividades necesarias para lograr la conformidad de la prestación del servicio, Adicionalmente hay debilidad en el control de documentos y registros que se encuentran documentados ante el Sistema de Gestión de Calidad y en la cultura de la documentación y cierre de acciones correctivas necesarias para lograr la mejora continua de los procesos.

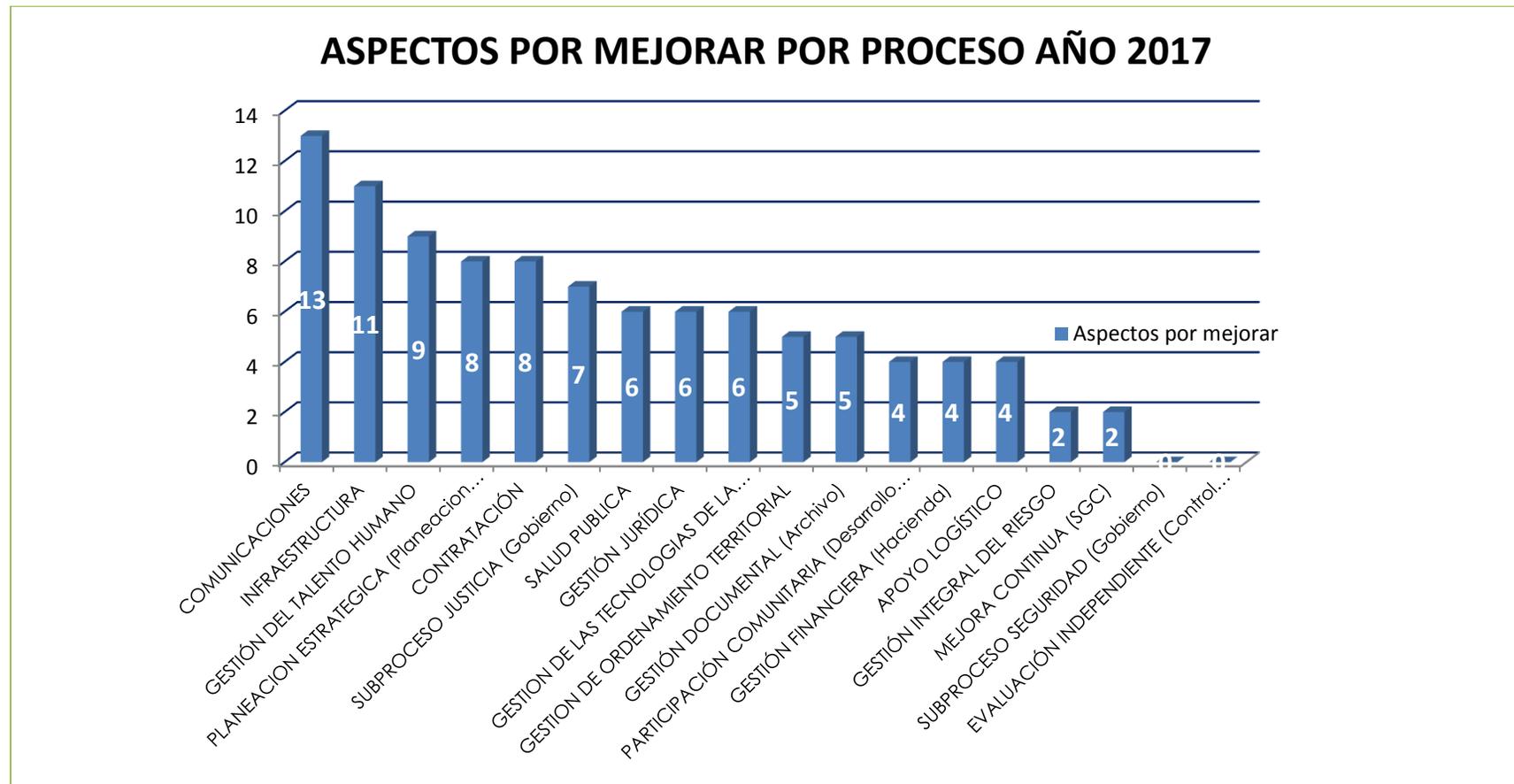
INCUMPLIMIENTO DE LOS PROCESO FRENTE A LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001: 2015



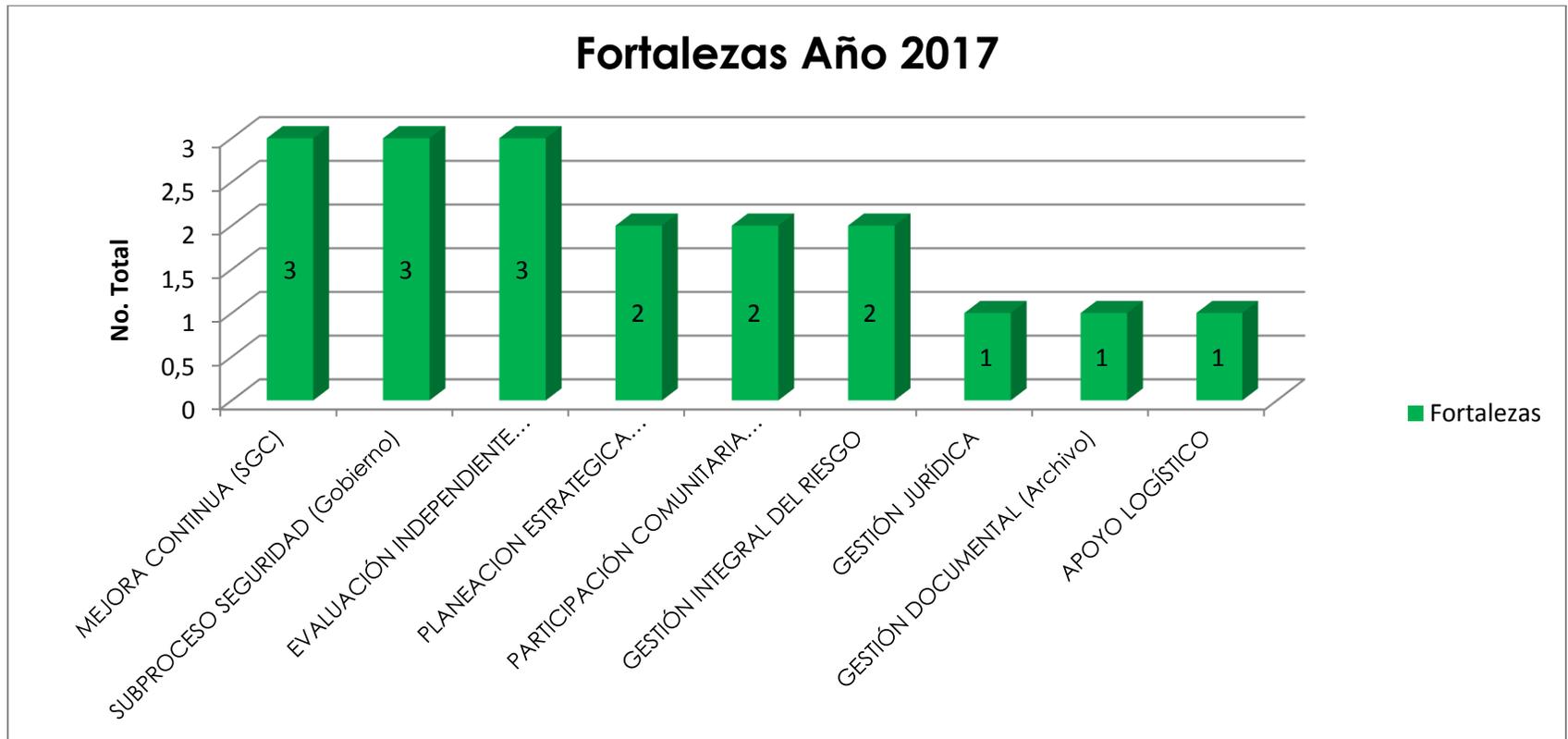
No conformidades por cada uno de los procesos: En la siguiente gráfica, se muestra los procesos con mayor número de No conformidades (Incumplimiento de requisitos de la norma) entre ellos se encuentran: Salud pública, Participación Comunitaria, Comunicaciones, Gestión de Ordenamiento Territorial, Planeación Estratégica, Infraestructura, Gestión del Talento Humano.



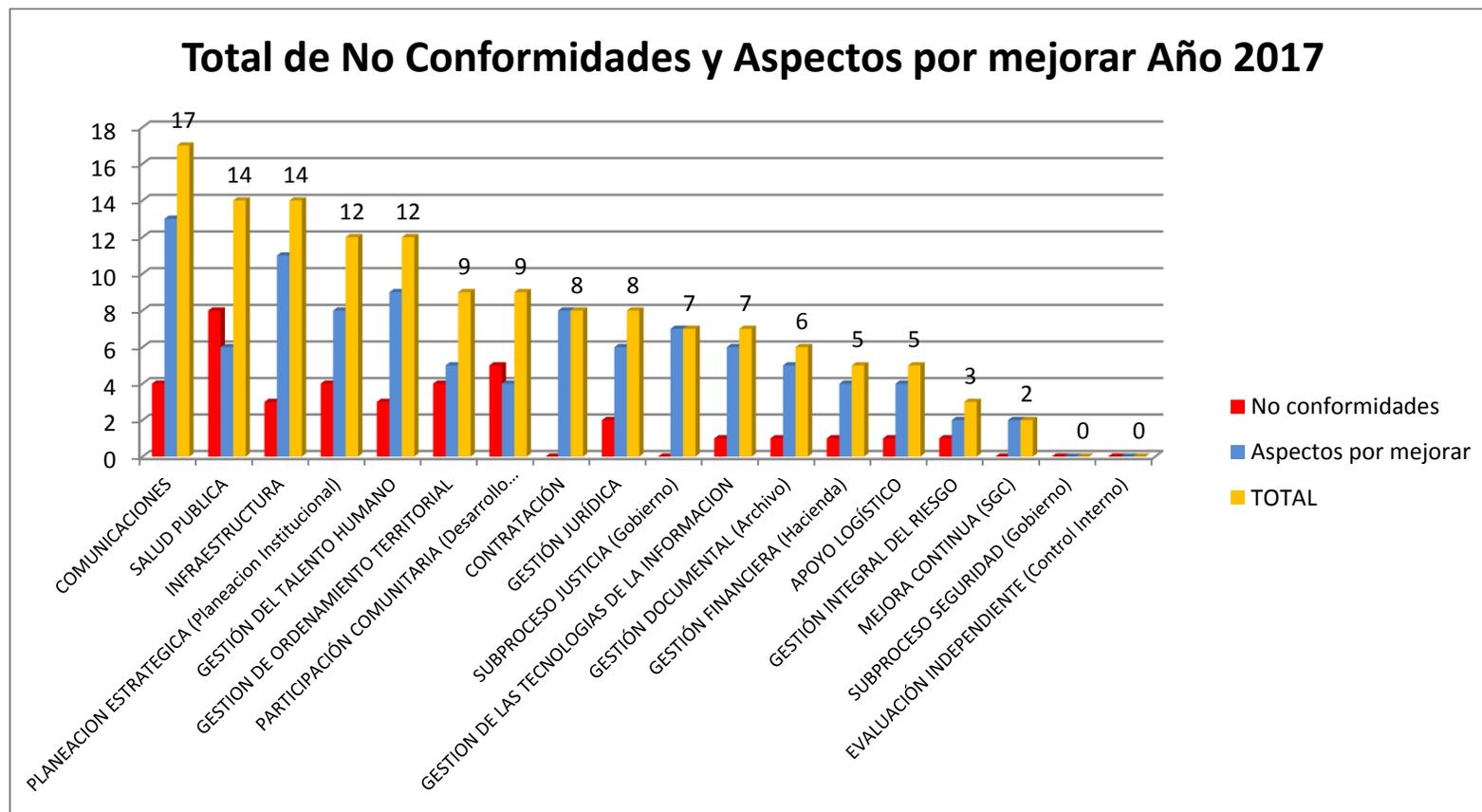
Aspectos por mejorar por cada uno de los procesos: En la **siguiente gráfica**, se muestra el proceso con mayor número de aspectos por mejorar, son observaciones que el equipo auditor emite para la mejora del proceso, los cuales generarán a futuro una no conformidad si no se realizan acciones preventivas que mitigue dichos aspectos. Los procesos con mayor número de aspectos por mejorar son: Comunicaciones, Infraestructura, Gestión del Talento Humano, Planeación Estratégica, Contratación, Subproceso Justicia- Gobierno, Salud Publica, Gestión Jurídica, Gestión de tecnologías de la información, Gestión de ordenamiento territorial, Gestión documental.



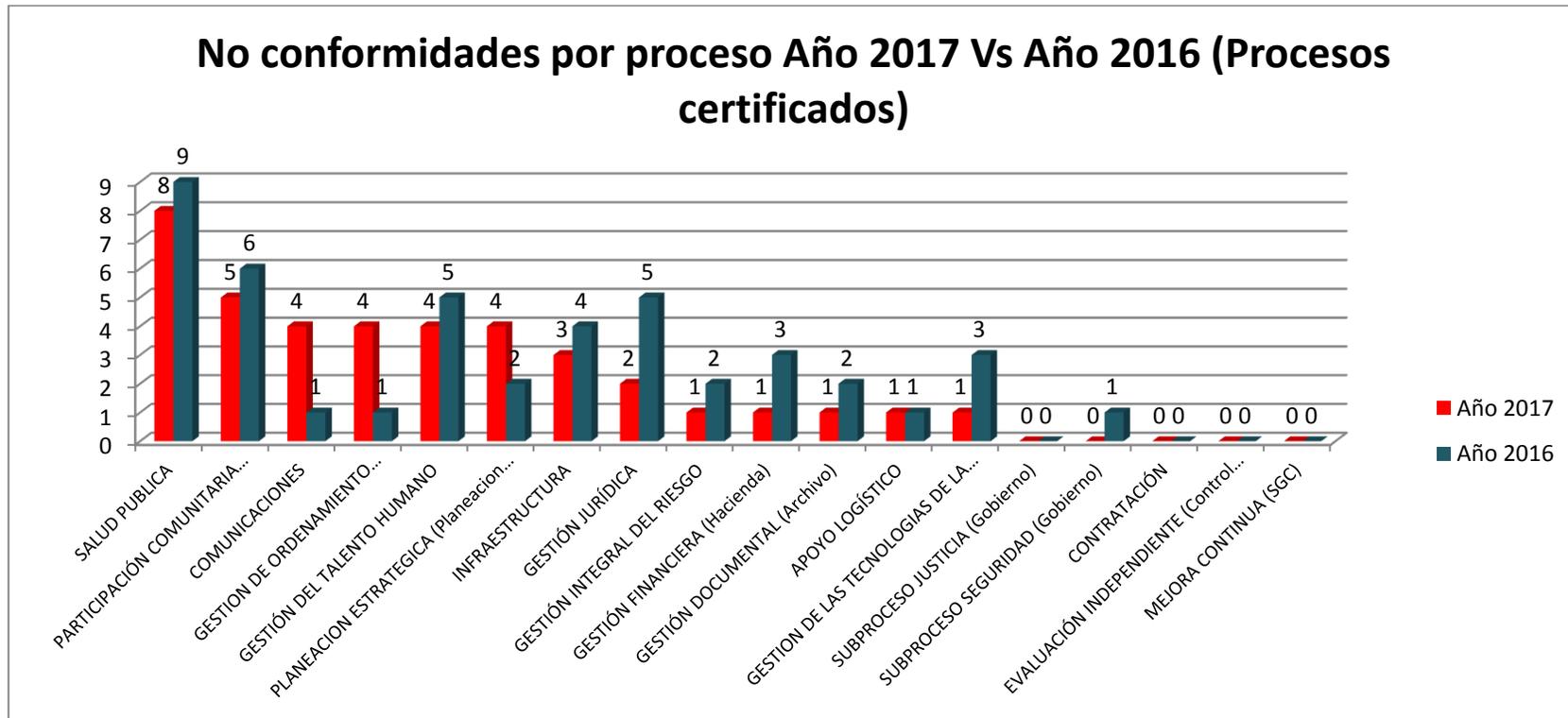
Fortalezas por proceso: En la siguiente gráfica, se muestra los procesos con mayor número de fortalezas, teniendo en cuenta que las fortalezas son aspectos que van más allá del que hacer misional y que le brindan un valor agregado al proceso, los procesos que presentan fortalezas son: Mejora Continua SGC, Subprocesos Seguridad (Gobierno), Evaluación Independiente (Oficina de Control Interno), Planeación estratégica (Planeación Institucional, Participación Comunitaria, Gestión Integral del riesgo, Gestión Jurídica, Gestión documental y Apoyo logístico.



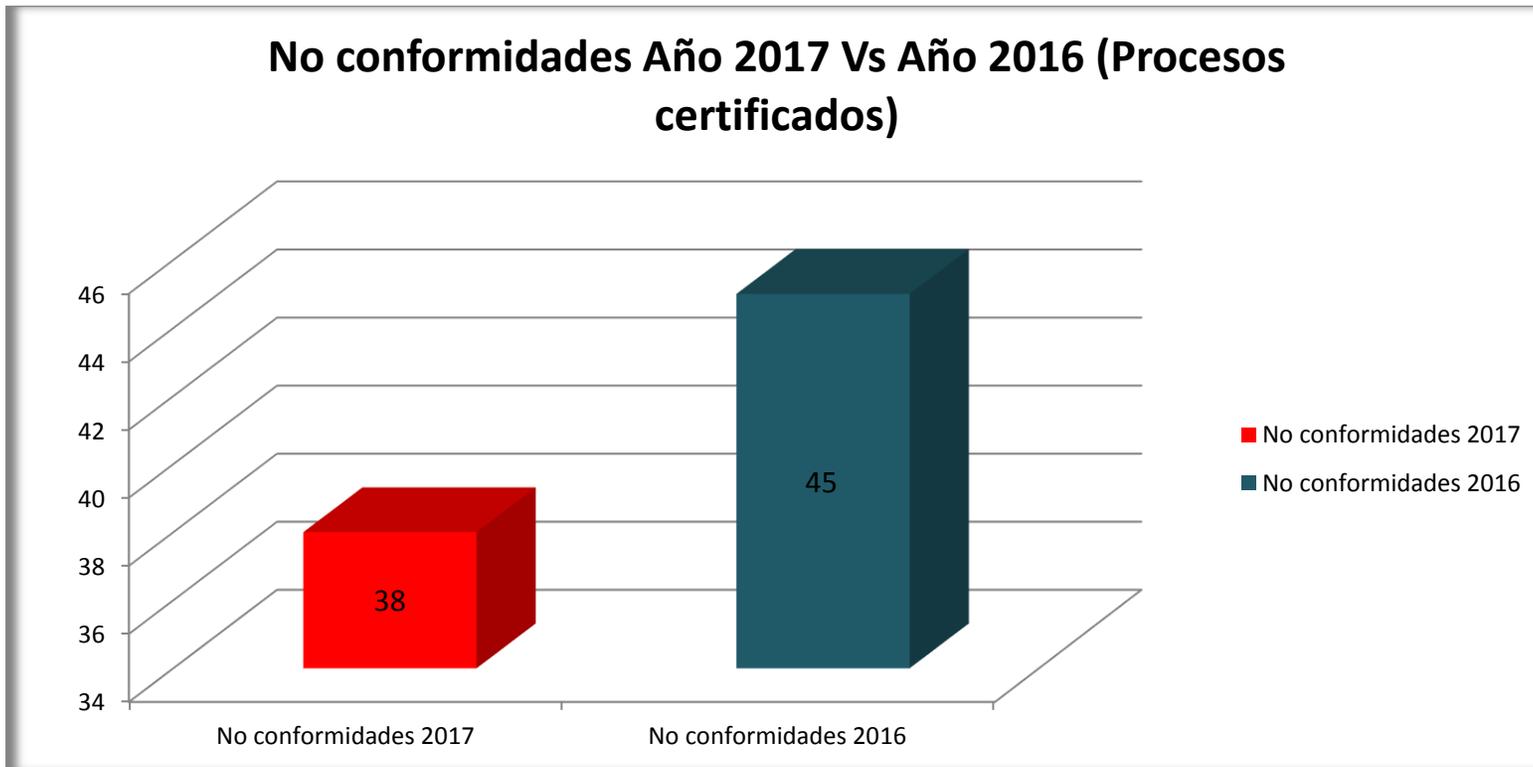
Procesos con mayor número de no conformidades y aspectos por mejorar: En la siguiente **gráfica**, se presenta los procesos con mayor número de no conformidades y aspectos por mejorar lo cual quiere decir que son los procesos que evidencian mayor número de fallas en la aplicabilidad de los requisitos de la Norma y deberán realizar un plan de acción urgente, a través de la formulación y cumplimiento de acciones correctivas y de mejora que cierren las no conformidades y prevengan que los aspectos por mejorar detectados se conviertan en no conformidades, los procesos son: Comunicaciones, Salud Pública, Infraestructura, Planeación estratégica, Gestión del Talento Humano, Gestión de Ordenamiento Territorial, Participación Comunitaria.



No conformidades por proceso Año 2017 Vs No conformidades por proceso Año 2016: En la siguiente gráfica, se presenta las no conformidades que se muestran en cada uno de los procesos tanto en el año 2017 y en el año 2016 presentando una variación entre las mismas, se puede evidenciar que en el año 2016 existieron mayor número de no conformidades a excepción del proceso comunicaciones y Gestión de Ordenamiento Territorial y Planeación Estratégica los cuales presentan mayor número de no conformidades en el año 2017 (Color rojo).

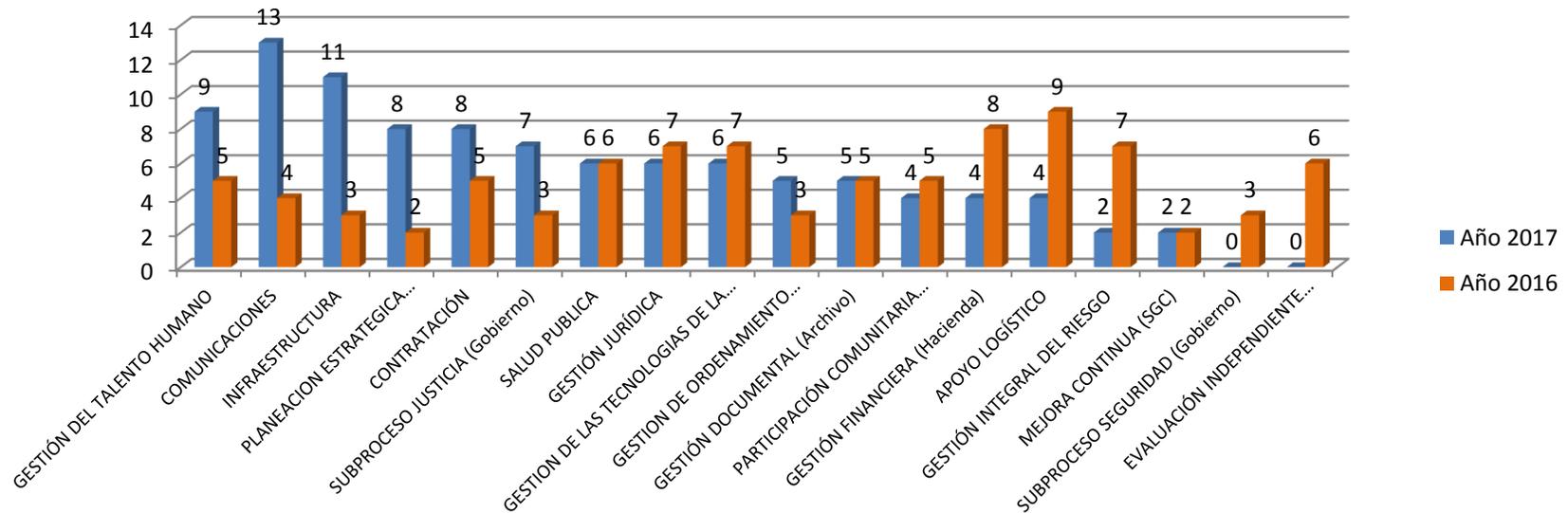


Total No conformidades año 2017 Vs Total No conformidades año 2016: En la siguiente gráfica, se muestra el número total de no conformidades del año 2017 y año 2016, evidenciando que el mayor número de incumplimientos a la norma se presenta en el año 2016, esto quiere decir que aunque no es muy significativa la variación, si se presenta mejora en el presente año respecto al año anterior. Cabe destacar que por la transición de la norma ISO 9001:2015 la continuidad de los procesos se ve afectada por el proceso de implementación de diferentes cambios de dicha norma.

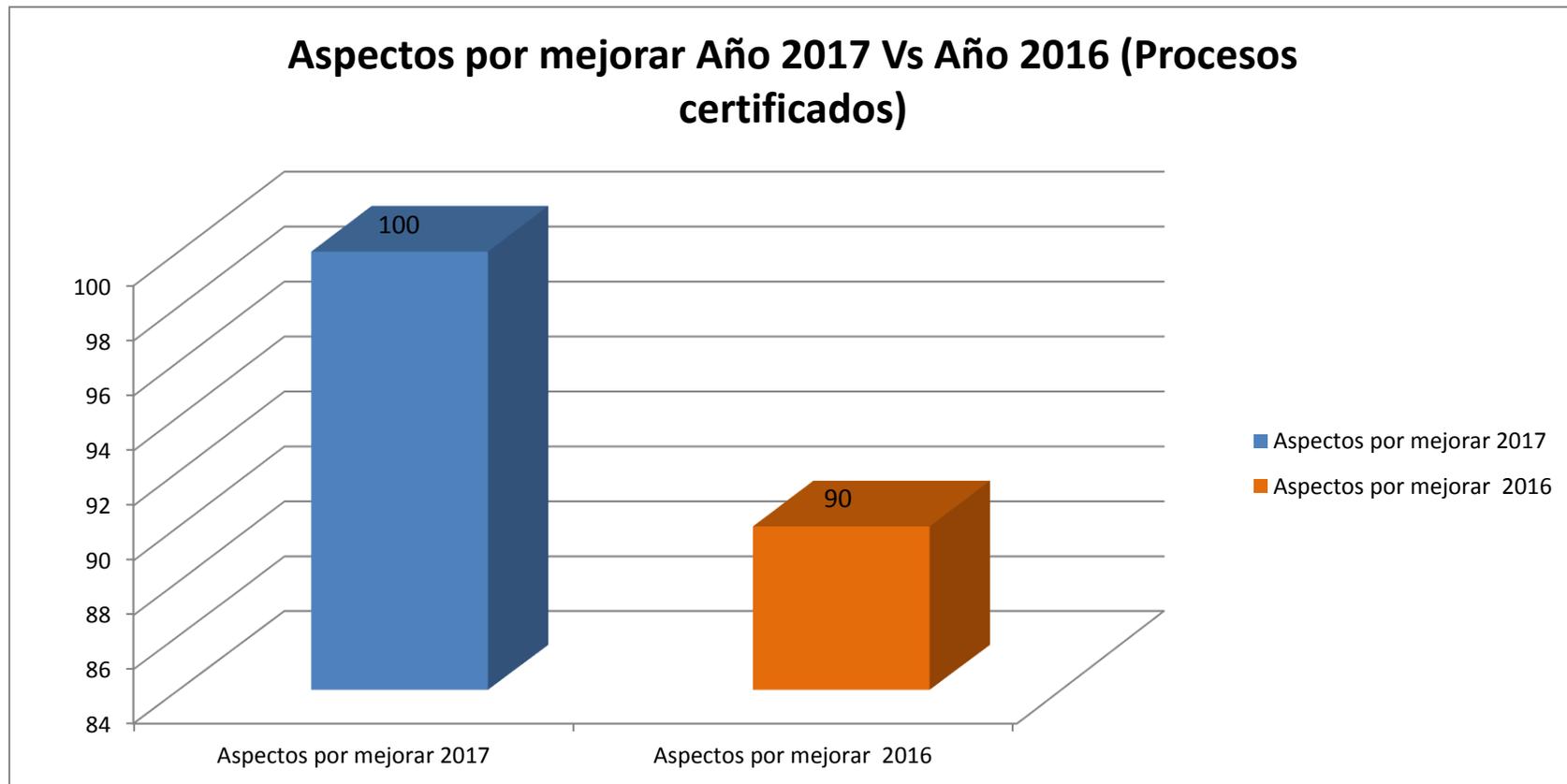


Aspectos por mejorar Año 2017 Vs Aspectos por mejorar Año 2016: En la siguiente grafica se muestra el número de aspectos por mejorar por cada uno de los procesos del año 2017 frente al año 2016. Se puede concluir que el equipo auditor ha identificado aspectos por mejorar en cada uno de los procesos que le permitirán fortalecer el funcionamiento de las actividades. Se concluye que en el año 2017 se presenta mayor número de aspectos por mejorar frente al año 2016, aunque no es muy significativa la variación. Los procesos que presentan mayor número de aspectos por mejorar en el año 2017 son: Gestión del Talento Humano, Comunicaciones, Infraestructura, Planeación Estratégica, Contratación y el Subproceso Justicia- Gobierno. Los procesos que presentaron mayor número de no conformidades en el año 2016 son: Gestión Financiera, Apoyo Logístico, Gestión Integral del Riesgo y Evaluación Independiente.

Aspectos por mejorar por proceso Año 2017 Vs Año 2016 (Procesos certificados)



Total aspectos por mejorar año 2017 Vs Total de aspectos por mejorar año 2016: En la siguiente grafica se muestra el número total de aspectos por mejorar del año 2017 y año 2016, evidenciando que el mayor número de aspectos por mejorar se encuentran en el año 2017, esto quiere decir que los auditores evidencian actualmente falencias en los proceso que a futuro se pueden convertir en no conformidad y se hace necesario la documentación de acciones de mejoramiento.



Acciones de mejora

Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados los líderes de los procesos y los coordinadores de calidad junto con el equipo de trabajo responsables de los diferentes procedimientos deberán levantar las acciones correctivas y de mejora necesarias de acuerdo a lo establecido en el procedimiento MC-P-005 *Acciones correctivas* y diligenciar el plan de mejoramiento por proceso en el formato MC-F-013, consolidando las acciones o correcciones tomadas en el formato MC-F-015. Posteriormente enviar a la oficina de control interno por medio magnético o digital para el seguimiento a la efectividad de las acciones.

Se debe tener en cuenta que el líder del proceso serán los responsables de hacer el seguimiento para verificar la ejecución de las acciones tomadas.

Conclusiones generales

Con la ejecución de la auditoria interna de Calidad de la vigencia 2017, La Alcaldía de Pasto han iniciado un proceso de verificación y mejora de la forma como se está empezado a planificar y a llevar a cabo las modificaciones establecidas en los requisitos de la ISO 9001 2015.

La auditoría se llevó a cabo comparando los criterios de la auditoria con las evidencias recolectadas a través de los métodos utilizados como lo son entrevista, muestreo y observación.

En la ejecución de la auditoria interna de calidad vigencia 2017, se hizo mucho énfasis en la revisión de los temas relacionados con el análisis del contexto y la gestión del riesgo, Liderazgo, planificación y control operacional, medición y análisis.

Si bien, se han adelantado esfuerzos importantes para la mejora continua de los procesos institucionales, logrando mantener y mejorar el Sistema de Gestión de Calidad de la Alcaldía de Pasto y de implementar los cambios requeridos por la nueva transición de la ISO 9001:2015, se reporta reincidencia de no conformidades y aspectos por mejorar, entre cada uno de los años auditados, lo que quiere decir que la Alta Dirección deberá fortalecer la cultura de calidad y el compromiso entre los Líderes de los procesos para dar continuidad al Sistema, e implementar los nuevos cambios de la misma. De la misma manera se deberá realizar un absoluto análisis de causas para detectar lo que genera incumplimientos a los requisitos de la Norma y realizar acciones que permitan mejorarlos y mitigarlos.

La ejecución de la auditoria arrojó resultados precisos que permitieron verificar el estado de la transición de la nueva norma de calidad, concluyendo que aunque hay puntos específicos donde se debe fortalecer la mejora y monitorearla, también existen esfuerzos importantes por cada uno de los procesos hacia el mejoramiento de sus actividades.

Es importante continuar con el mantenimiento y fortalecimiento de la implementación del Sistema, con miras al logro del cumplimiento de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, en la actualidad la Organización trabaja de una forma organizada, planeada y proyectada a mejorar continuamente, esto se evidencio en el desarrollo de la auditoria. Si bien es cierto que el año 2017 se presentan no conformidades y aspectos por mejorar, es importante precisar que también se evidencia madurez en el sistema y avance en los nuevos cambios que la norma ISO 9001: 2015 exige.

Observaciones por la oficina de control interno

- Controlar la información documentada en cada uno de los procesos en cuanto a su disponibilidad, almacenamiento, protección y conservación de la misma.
- Fortalecimiento del control de la prestación del servicio en los procesos de acuerdo a lo planificado.
- La documentación de los procesos debe ser actualizada de acuerdo a las necesidades actuales y a la normatividad legal vigente.
- Fortalecer el seguimiento y medición de los procesos a través de los mecanismos diseñados por la Entidad.
- Fortalecer el análisis de datos, esto permitirá obtener información de gran interés para la toma de decisiones en la Alta Dirección.
- Fortalecer la aplicación de las herramientas que el Sistema ya tiene diseñadas las cuales permitirán ejecutar las actividades de una manera planificada medida y organizada.
- Fortalecer la cultura de gestión del conocimiento para asegurar la operación de los procesos y lograr la conformidad de los servicios a través de socialización, capacitación y comunicación.
- El equipo Asesor del Sistema de Gestión de Calidad, deberá tener en cuenta los requisitos que presentan mayor incumplimiento para priorizar el acompañamiento y asesoría de los mismos.
- Acompañar, asesorar y monitorear a los procesos que presentan mayor número de no conformidades para mejorar las fallas encontradas, sin dejar a un lado los procesos que se encuentran en un mayor grado de madurez en la implementación del sistema.
- Fortalecer la identificación, tratamiento y control en la gestión de riesgos y oportunidades lo que permitirá una cultura de prevención.

Conclusiones por los miembros del comité

El Señor Alcalde felicita al Doctor Jaime Santacruz, Jefe de la Oficina de Control Interno, por su presentación y solicita a los procesos que se tomen los correctivos necesarios para solucionar los hallazgos encontrados en la auditoria interna de Calidad.

La Doctora Paola Rosero- Secretaria de Salud Pública, solicita al Señor Alcalde suspender actividades que no tienen que ver con el Sistema de Gestión de Calidad y priorizar actividades correspondientes al tema de mejoramiento de las falencias encontradas en la auditoria interna de Calidad.

El Dr. Jaime Santacruz- Jefe oficina de Control Interno, expone al Señor Alcalde y miembros del comité que los procesos a los cuales se documentaron no conformidades y aspectos por mejorar ya se encuentran formulando las acciones correctivas y de mejora con la asesoría del proceso mejora Continua.

La Doctora Amanda Vallejo- Secretaria de Hacienda, manifiesta que la calificadora de riesgos reconoce el Sistema de Gestión de Calidad en la Alcaldía de Pasto, de la misma manera manifiesta el compromiso como líder del proceso en todo lo relacionado con el cumplimiento de requisitos y aplicación de herramientas.

El Señor Alcalde concluye que sería un riesgo no certificarse en la nueva norma, puesto que se vería reflejado en la insatisfacción del ciudadano al no prestar los servicios con calidad y además afectaría la imagen de la actual administración, por tal motivo hace un llamado al compromiso de los líderes de los procesos a llevar a cabo todas las actividades tendientes al fortalecimiento del sistema aplicando los requisitos que exige la norma.

El Doctor Jaime Santacruz, Jefe Oficina de Control Interno, explica que lo importante de la auditoria es que se detecta las fallas y fortalezas de los procesos y se tiene la oportunidad de mejorar continuamente. La Oficina de control interno realizara un seguimiento a la implementación de los planes de mejoramiento que se llevaran a cabo por dichos procesos y se realizara un reporte a la Alta Dirección.

5. ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

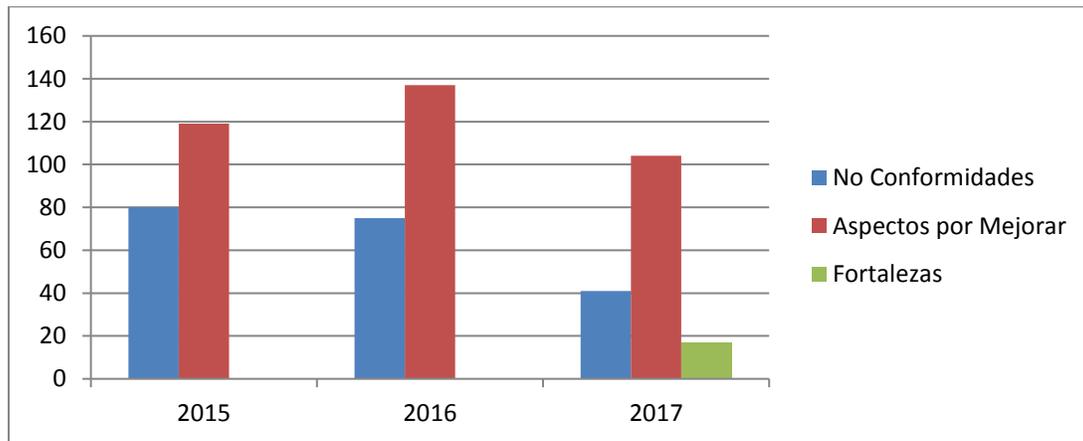
Después de la socialización de los resultados de la auditoría interna de calidad. El Dr. Jaime Santacruz- Jefe de la Oficina de Control Interno y Secretario del comité socializa el estado de las acciones correctivas como se muestra a continuación:

Resultados generales

A continuación se presentan los resultados generales de los hallazgos (fortalezas, aspectos por mejorar y no conformidades) reportadas al Área de Calidad y Mejoramiento de todos los procesos, de los años 2015, 2016 y 2017

Número de acciones vigencias 2015, 2016, 2017

AÑO	TIPO DE ACCION	NUMERO	PORCENTAJE
2015	No Conformidades	80	40.2%
	Aspectos por mejorar	119	59.8%
	Fortalezas	0	0
2016	No Conformidades	75	35.4%
	Aspectos por mejorar	137	64.5%
	Fortalezas	0	0
2017	No Conformidades	39	24.54%
	Aspectos por mejorar	106	65.03%
	Fortalezas	17	10.43%



Total de acciones vigencias 2015, 2016, 2017

Resultados por proceso

Acciones por resultado de auditoría interna año 2015 – 2016 – 2017

En la siguiente gráfica, se muestra el número total de no conformidades de las vigencias 2015, 2016 y 2017, evidenciando que el sistema de gestión de calidad ha madurado en un grado muy significativo en el último año, por proceso.

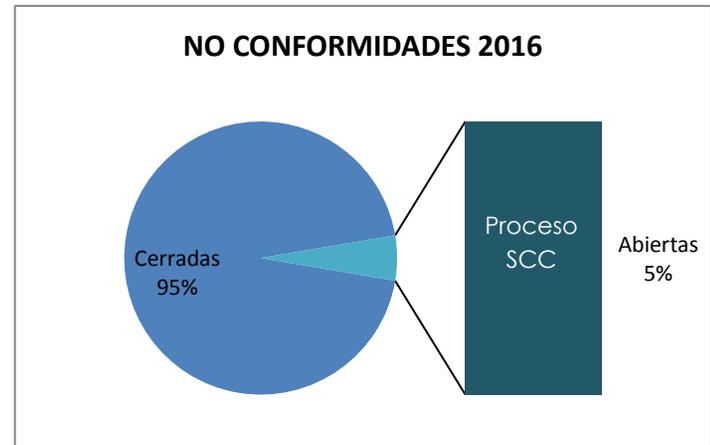
Cabe destacar que para la vigencia 2017 se realizó un seguimiento y verificación de la implementación de los requisitos de la norma ISO 9001 en su versión 2015, sobre los procesos que hacen parte del alcance de certificación del sistema de gestión de calidad.

Total de no Conformidades Abiertas y Cerradas Año 2015-2016-2017

PROCESO	NO CONFORMIDADES 2015			NO CONFORMIDADES 2016			NO CONFORMIDADES 2017		
	TOTAL	ABIERTAS	CERRADAS	TOTAL	ABIERTAS	CERRADAS	TOTAL	SIN ACCIONES	CON ACCIONES
Planeación Estratégica	4	0	4	2	0	2	4	4	0
Gestión de Ordenamiento Territorial	4	0	4	2	0	2	4	4	0
Comunicaciones	3	0	3	4	0	4	4	4	0
Salud Pública	2	0	2	9	0	9	8	8	0
Seguridad, Convivencia y Control	6	0	6	5	4	1	0	0	0
Gestión Integral del Riesgo	5	0	5	2	0	2	1	1	0
Infraestructura	2	0	2	4	0	4	3	3	0
Participación Comunitaria	0	0	0	6	6	0	5	5	0
Gestión del Talento Humano	9	0	9	5	0	5	4	4	0
Gestión Jurídica	2	0	2	5	0	5	2	2	0
Contratación	5	0	5	0	0	0	0	0	0
Gestión Documental	5	0	5	2	0	2	1	1	0
Gestión de Tecnologías de la Información	3	0	3	4	0	4	1	1	0

Gestión Financiera	4	0	4	3	0	3	1	1	0
Apoyo Logístico	5	0	5	1	0	1	1	1	0
Evaluación Independiente	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Mejora Continua	2	0	2	0	0	0	0	0	0
TOTAL	62	0	62	54	10	44	39	39	0

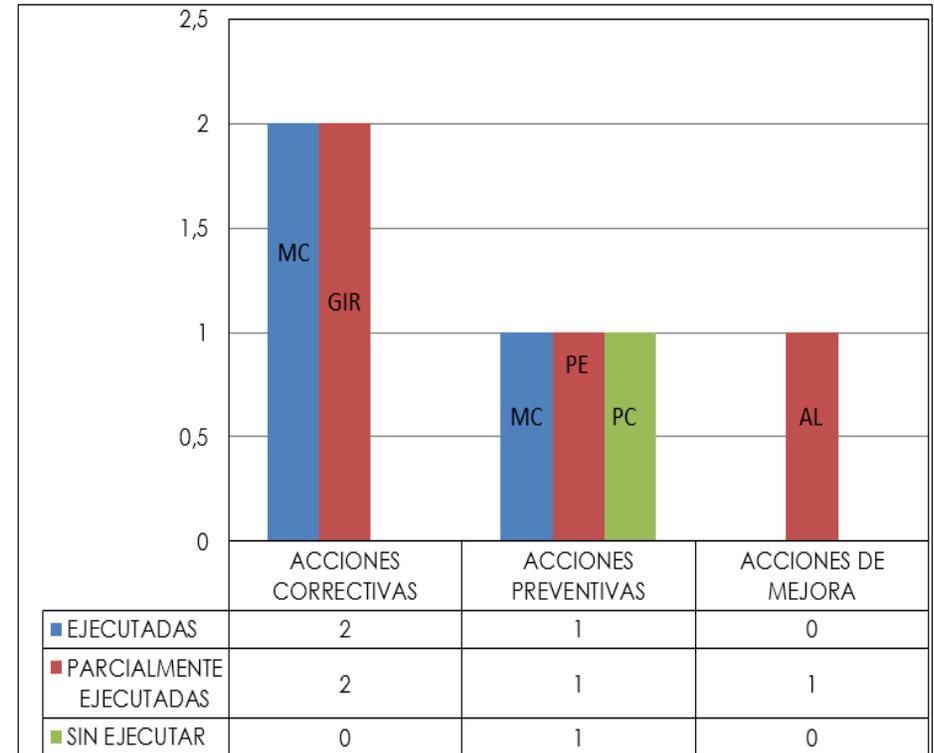
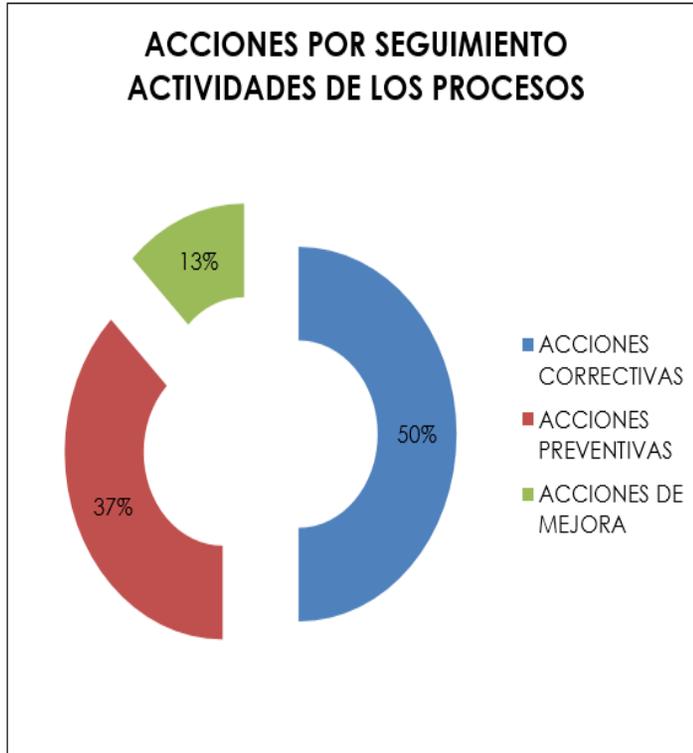
Acciones abiertas vs acciones cerradas



SC-CER367095

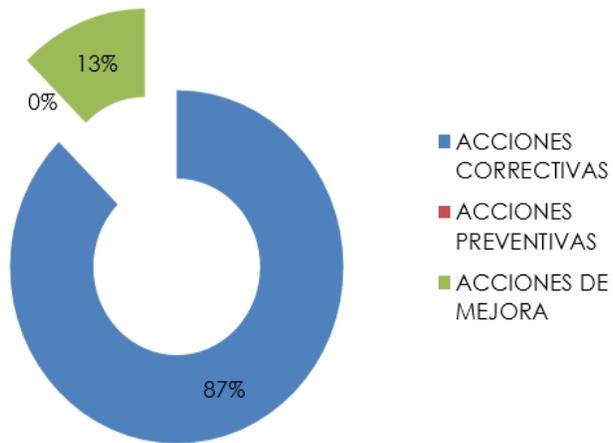


Acciones por seguimiento a las actividades de los procesos 2015-2016-2017

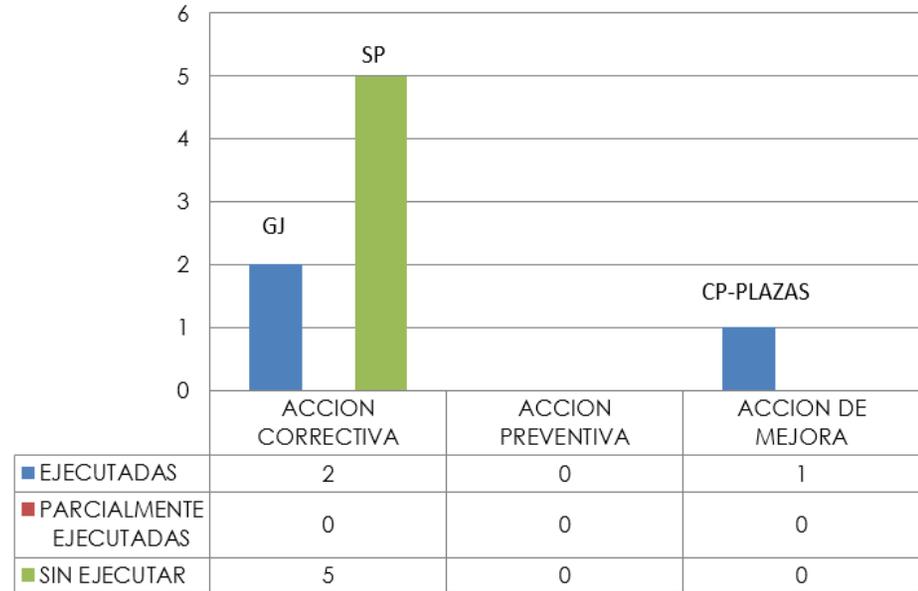


Acciones por análisis de resultado de indicadores

ACCIONES POR ANALISIS RESULTADOS DE LOS INDICADORES



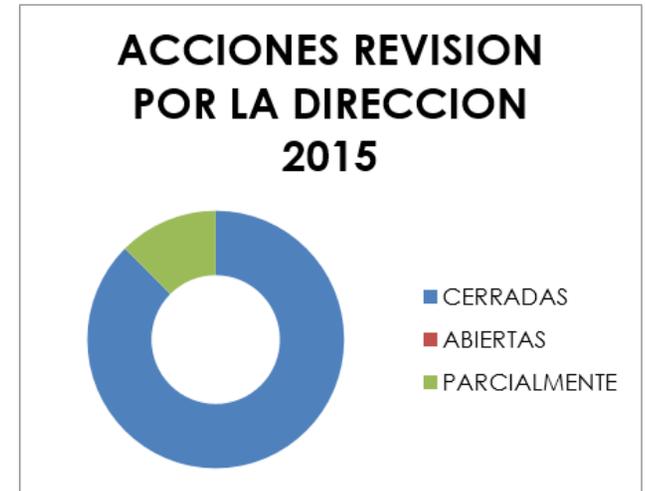
ACCIONES POR ANALISIS RESULTADOS DE LOS INDICADORES



Total de acciones de revisión por la dirección 2015-2016

Total de acciones de revisión por la dirección 2015

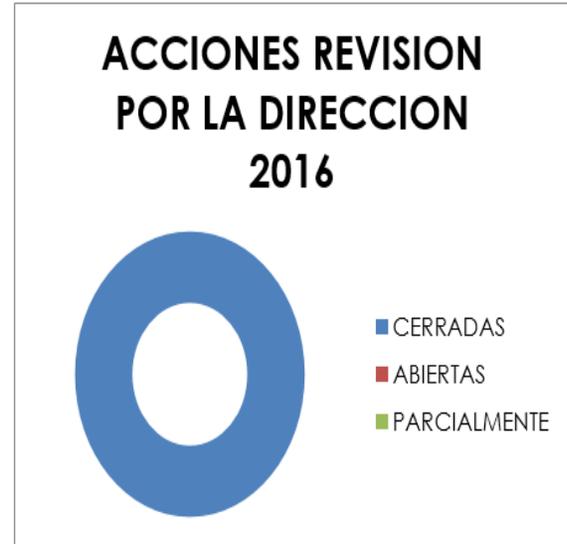
LISTA DE COMPROMISOS DE TOMA DE ACCIONES PARA LA MEJORA CONTINUA 2015 – REVISION POR LA DIRECCION				
No.	RECOMENDACIÓN	RESPONSABLE DE ACCION	CUMPLIMIENTO	
			SI	NO
1	El formato certificado de cumplimiento para trámite de cuentas de la Secretaria de Hacienda y Secretaria de Salud, genera confusiones a la hora de registrarlo.	Contratación Salud Pública.	X	
2	Existe mucha duplicidad de documentación en los procesos, por cuanto no se puede llevar un control sobre la misma.	Mejora Continua Gestión Documental	X	
3	Existe mucha rotación de personal por lo que no es posible realizar las capacitaciones necesarias al personal sobre manejo Archivístico.	Gestión Documental. Talento Humano. Alta Dirección.	X	
4	El personal que maneja archivo en las diferentes dependencias no presenta el perfil idóneo para aplicar las actividades archivísticas, por cuanto no se da cumplimiento a los requerimientos mínimos exigidos por el Archivo General de la Nación.	Todos los procesos	X	
5	El personal que ingresa a la administración no recibe capacitaciones sobre el sistema de gestión de calidad y proceso archivístico.	Talento Humano. Mejora Continua.	X	
6	No se cuenta con un seguimiento y control a las capacitaciones en temas de gestión de calidad y archivo.	Gestión Documental Talento Humano Mejora Continua	X	
7	En el proceso de empalme informar de la certificación del sistema de gestión de calidad de la Alcaldía con el fin de que la administración entrante continúe con el proceso adelantado hasta la fecha, ya que nos encontramos en un proceso de mantenimiento y mejora del sistema	Mejora Continua	X	
8	En el proceso de empalme con la nueva administración solicitar, disponer de un presupuesto para adelantar las gestiones necesarias con el fin de implementar las tablas de valoración de acuerdo a la norma y se establecerá en el plan de acción las acciones a que tenga lugar.	Mejora Continua Gestión Documental		PARCIAL



Grafica 7. Acciones Revisión por la Dirección

Total de acciones de revisión por la Dirección 2015-2016

LISTA DE COMPROMISOS DE TOMA DE ACCIONES PARA LA MEJORA CONTINUA 2016 – REVISION POR LA DIRECCION				
No.	RECOMENDACIÓN	RESPONSABLE DE ACCION	CUMPLIMIENTO	
			SI	NO
1	La administración se encuentra en proceso de implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, por tanto es necesario que este sistema se integre en su totalidad al Sistema de Gestión de Calidad para garantizar la operación transversal de los sistemas en la entidad	Talento Humano SGSST	X	
2	Se deben realizar capacitaciones periódicas en temas relacionados con Sistema de Gestión de Calidad y realizar seguimiento a la difusión de capacitaciones	Mejora Continua	X	
3	Implementar mecanismos para verificar el cumplimiento de los requisitos asociados a los productos y servicios, especialmente en lo relacionado con los plazos para la prestación del servicio	Mejora Continua	X	
4	Definir e implementar estrategias de comunicación para el sistema de Calidad en todos los niveles con ayuda de las Coordinaciones de los Procesos de la Administración	Comunicaciones	X	
5	Cambios en la ISO 9001:2015, la administración Municipal va a realizar la transición a la norma ISO 9001:2015, la cual, entre otras cosas requiere la profundización en temas como gestión de riesgos, tema que es necesario fortalecer en la Alcaldía de Pasto	Mejora Continua.	X	



Grafica 7. Acciones Revisión por la Dirección

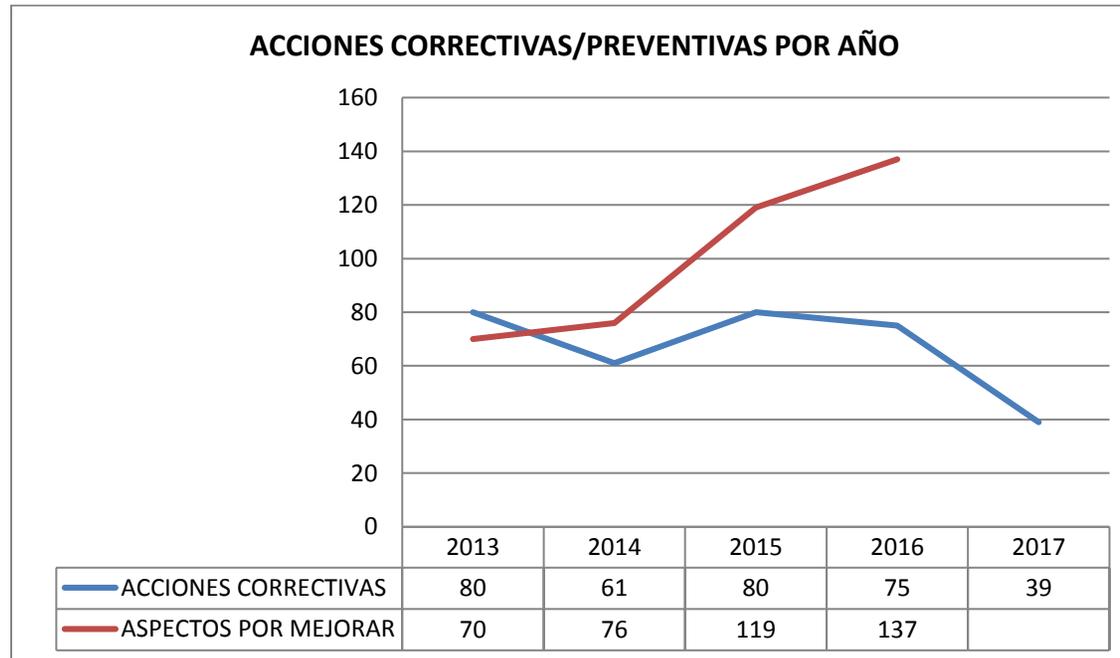
Evolución general de los resultados 2015-2016-2017

A continuación se muestra la comparación anual del número de acciones del 2013 al 2017

AÑO	TOTAL ACCIONES POR AÑO
2013	152
2014	137
2015	200
2016	211
2017	



Nota: El dato del total de las acciones se las tomo con la sumatoria de los aspectos por mejorar y las no conformidades del año 2013 al año 2016.



No. De Acciones levantadas en Auditoría Interna por año

Conclusiones generales

Se observa una tendencia decreciente de las acciones en los últimos tres (3) años, frente a esta tendencia se ha identificado lo siguiente:

La herramienta diseñada para el reporte de acciones ha permitido que los procesos realicen el reporte, seguimiento y control de situaciones, aspectos por mejorar y no conformidades.

Dado que la norma ISO 9001 en su versión 2015 ya no se desarrollan acciones preventivas, para la vigencia 2017 se identificaron únicamente acciones de mejora y acciones correctivas resultado de la auditoría interna de calidad 001-2017.

No se encuentran incluidas las acciones identificadas en el Mapa de Riesgo Institucional, esta consideración fue identificada este año, y se espera incluir esta información en el siguiente informe.

Conclusiones por miembros del comité

Es importante Reforzar la capacitación a los Auditores internos en la norma ISO 9001:2015 haciéndola más detallada.

Fortalecer la unificación los análisis independientes de los procesos y establecer las acciones institucionales que involucren a todos los auditados según les corresponda.

Fortalecer el reporte de acciones de mejora de los procesos, teniendo en cuenta Indicadores, Informe de Gestión de Procesos, Sugerencias de los Funcionarios, Peticiones Quejas o Reclamos, Seguimiento Plan de Acción, Dificultades en el Desarrollo de los Procesos

Se puede observar en general una mejoría en el seguimiento de las acciones, en los últimos 3 años un 90% de acciones se encuentran cerradas y el número de no conformidades de los procesos ha ido disminuyendo significativamente.

La unificación de los informes reportados por los procesos permitirá un análisis más preciso de los datos suministrados.

En conclusión general la madurez del sistema de gestión de calidad, ha reflejado un incremento significativo en el empoderamiento del mismo en los procesos y el compromiso de los mismos en la mejora continua de sus actividades.

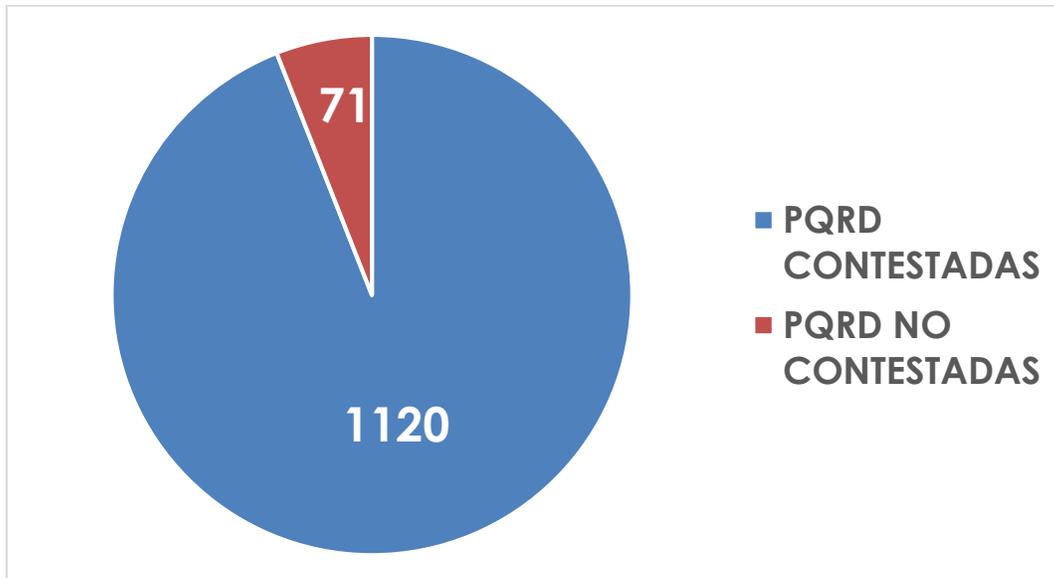
6. INFORME DE PQRD RECIBIDAS A TRAVES DE LA PLATAFORMA PERIODO: 01-ENERO A 31-AGOSTO 2017

El Dr. Jaime Santacruz, Jefe Oficina de Control interno, socializa el Informe de PQRD como se muestra a continuación:

Informe de PQRD recibidas a través de la plataforma



PQRD contestadas y no contestadas



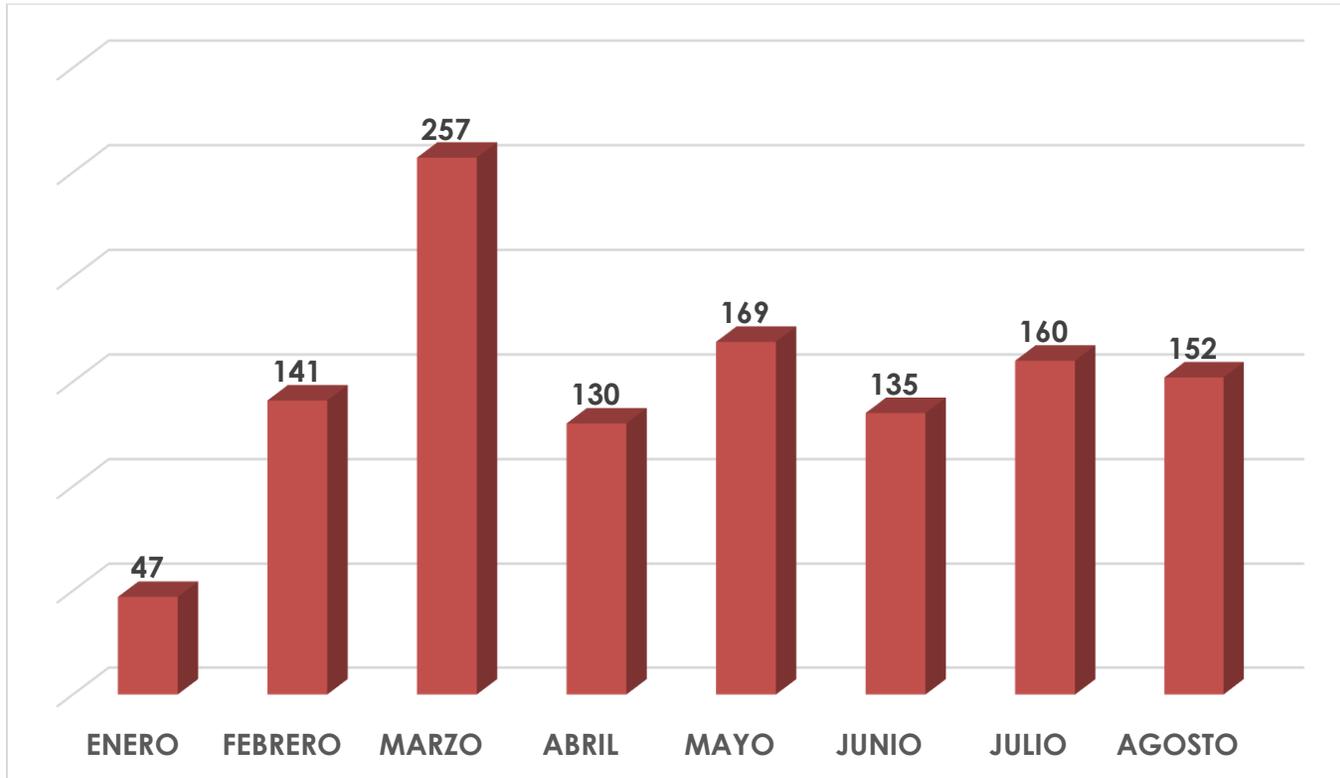
PQRD CONTESTADAS	1120	94%
PQRD NO CONTESTADAS	71	6%
TOTAL DE PQRD	1191	100%

PQRD discriminadas por tipo

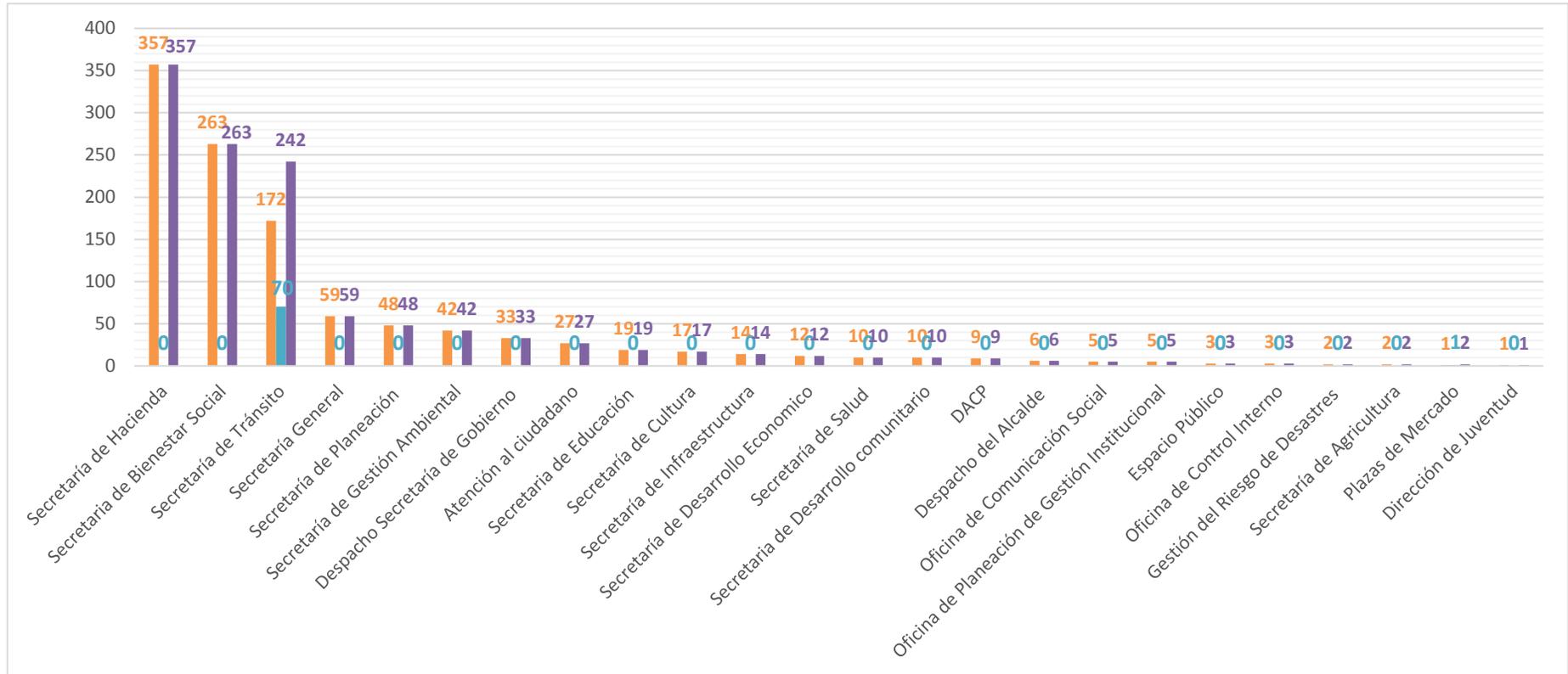
PETICIONES	1070	89%
DENUNCIAS	4	1%
QUEJAS	92	8%
RECLAMOS	25	2%
TOTAL	1191	100%



PQRD discriminadas por mes



PQRD discriminadas por dependencia



	PQRD CONTESTADAS
	PQRD NO CONTESTADAS
	TOTAL PQRD RECIBIDAS

PQRD frecuentes

CARACTERIZACIÓN	DEPENDENCIA	TIPO	CANTIDAD
SOLICITUD RECIBO PREDIAL	SECRETARÍA DE HACIENDA	Petición de información y/o documentación	100
INSCRIPCIÓN PROGRAMA COLOMBIA MAYOR	SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL	Petición de información y/o documentación	50
PAGO PROGRAMA FAMILIAS EN ACCIÓN	SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL	Petición de información y/o documentación	50
INSCRIPCIÓN PROGRAMA FAMILIAS EN ACCIÓN	SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL	Petición de información y/o documentación	45
SOLICITUD PAZ Y SALVO MUNICIPAL	SECRETARÍA DE HACIENDA	Petición de información y/o documentación	48
INSCRIPCIÓN PROGRAMA JÓVENES EN ACCIÓN	SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL	Petición de información y/o documentación	34
PAGO PROGRAMA COLOMBIA MAYOR	SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL	Petición de información y/o documentación	26
INFORMACIÓN DÍA DE PICO Y PLACA	SECRETARÍA DE TRÁNSITO	Petición de información y/o documentación	24
NO APLICA PARA PQRD, SE DA TRÁMITE A TRAVÉS DE LA U.C	COMUNICACIÓN OFICIAL	petición	22
TRÁMITE DE MATRÍCULA VEHICULO	SECRETARÍA DE TRÁNSITO	Petición de información y/o documentación	18
INFORMACIÓN DECLARACIÓN IMPUESTO RETEICA	SECRETARÍA DE HACIENDA	Petición de información y/o documentación	17
TRÁMITE TRASPASO VEHICULO	SECRETARÍA DE TRÁNSITO	Petición de información y/o documentación	17

Conclusiones generales

El informe anterior representa un trabajo exhaustivo en el seguimiento a las PQRD, ligado a una estrategia de mejora continua en toda la Entidad, encaminada a reducir los tiempos de respuesta a la comunidad; de la misma forma busca que las respuestas a las PQRD se encuentren dentro de los términos de ley y proporcionen información veraz y actualizada a la comunidad sobre la gestión de la Entidad.

Durante el periodo analizado (01 de enero a 31 de agosto) la Entidad recibió mediante la plataforma web un total de **1191** PQRD, de las cuales **71** no han sido contestadas hasta la fecha, y que corresponden a la Secretaría de Tránsito, cabe aclarar que esta secretaría no se encuentra dentro del alcance del Sistema de Gestión de Calidad de la Entidad.

Al observar la clasificación de las PQRD por tipo, se evidencia que del total de requerimientos, las peticiones son la tipología más utilizada por la comunidad con un porcentaje de **89%** de participación; seguida de las quejas con **8%** las cuales ya fueron contestadas por las dependencias involucradas; finalmente los reclamos y las denuncias sumadas representan el **3%** de las PQRD recibidas por la Entidad durante el periodo analizado.

Para este periodo, las peticiones más frecuentes recibidas por la Entidad tienen que ver con: solicitud de recibo predial, inscripción al programa Colombia Mayor, consulta de fechas de pago del programa Familias en Acción, inscripción al programa Familias en Acción, solicitud paz y salvo municipal; al respecto, un equipo interdisciplinario conformado por personal de diferentes áreas (Subsecretaría de Sistemas de Información, Unidad de Correspondencia, Secretaría de Desarrollo Comunitario) se reunió para solicitar a cada dependencia la formulación de acciones que reduzcan este tipo de peticiones en la Entidad.

Conclusiones y recomendaciones del señor alcalde

Se recomienda continuar con el seguimiento interno a cada PQRD que llega a la Entidad a través de la plataforma, mejorando los tiempos y la oportunidad de respuesta especialmente por parte de las dependencias que presentan mayor cantidad de PQRD, para evitar sanciones legales; para lo cual se hace necesario continuar con las capacitaciones en la plataforma web y en procedimiento de manejo de PQRD.

Se recomienda que al interior de las dependencias en las cuales se evidencien PQRD con largos tiempos de respuesta en el trámite o PQRD reiterativas, se registren acciones de mejoramiento y/o planes de acción, con el fin de establecer actividades que permitan eliminar o reducir la ocurrencia de las mismas.

Se debe garantizar el trámite y cierre oportuno a las PQRD sin respuesta por parte de la Secretaría de Tránsito, para lo cual es importante que esta Secretaría articule sus actividades al Sistema de Gestión de Calidad de la Alcaldía, con el fin de tener mayor control y seguimiento.

Se hacen necesario que todos los procesos al momento de responder una PQRD a través de la plataforma o por cualquier otro medio, tengan en cuenta que las respuestas que se envíen a los ciudadanos deben ser de calidad, calidez y oportunidad.

7. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE EVALUACIÓN A PROVEEDORES

El Dr, Jaime Santacruz, Jefe Oficina Control Interno y Secretario técnico del comité socializa al Señor Alcalde y miembros del comité el resultado de análisis de evaluación a proveedores como se muestra a continuación:

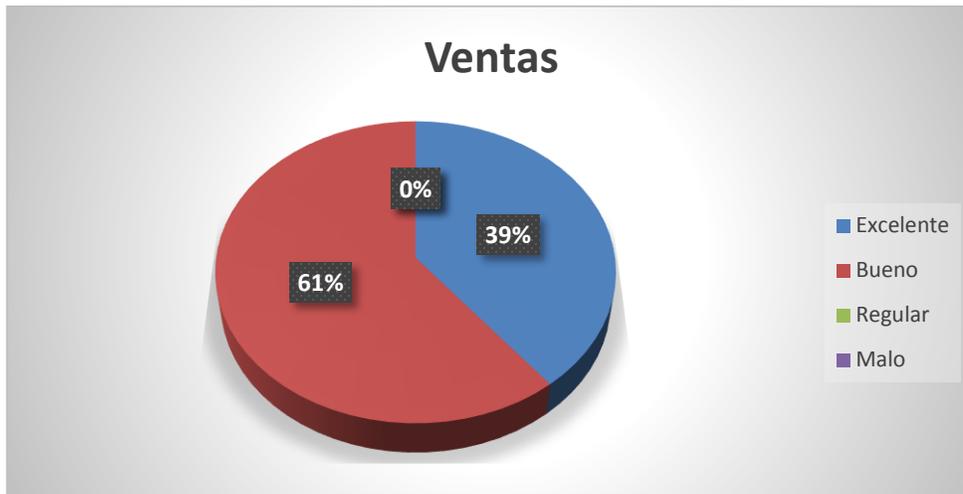
Se realizó la Evaluación de proveedores de la Alcaldía de Pasto de la Secretaria General de la Alcaldía de Pasto, aplicando los Formatos AL-F-025, para proveedores de servicios y AL-F-026, para proveedores de suministros, con los cuales la Subsecretaria de Apoyo Logístico tiene contacto directo, arrojando un número total de proveedores encuestados de cincuenta y cinco (55). La cuenta y tabulación, se realizó de acuerdo con los parámetros pre establecidos en el procedimiento de análisis de evaluación de proveedores AL-P-016, el cual arrojó como resultado el siguiente análisis a los parámetros evaluados:

De acuerdo con la evaluación de proveedores que prestan servicios en: Vigilancia, Transporte, Mensajería, Mantenimientos, Internet, Seguros, Telefonía y otros, se pudo observar que de este tipo de proveedores, el 81% de los evaluados tienen una calificación EXCELENTE y el 19% una calificación BUENO. Y de los proveedores que ofrecen suministros de bienes como: perecederos, devolutivos, de consumo y químicos, se pudo observar que el 61% de los evaluados, tienen una calificación EXCELENTE y el 39% una calificación BUENO.

Por lo anterior, se puede observar también que todos los proveedores obtuvieron una calificación positiva de Bueno o Excelente y ninguna calificación negativa como Regular o Malo.

Tabulación proveedores suministros: Tabulación de evaluación de Proveedores que ofrecen suministros a la Alcaldía De Pasto

Ítem de Calificación	Número de proveedores
Excelente	11
Bueno	17
Regular	0
Malo	0
Total evaluados	28



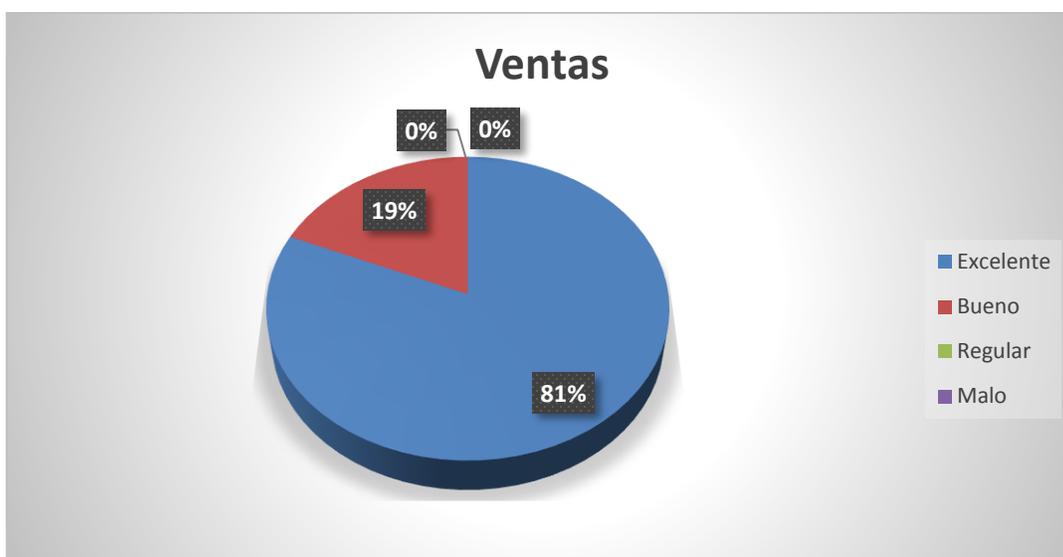
Análisis

Los proveedores que ofrecen suministros a la Alcaldía de Pasto, obtuvieron un calificación de Excelente en un 39% lo cual equivale a 11 proveedores, una calificación de Bueno en un 61% lo cual equivale a 17 proveedores, y ninguno tuvo una calificación de regular ni malo, de un total de 28 proveedores. Esto tomando en cuenta las variables:

- Calidad percibida del producto.
- Capacidad de abastecimiento.
- Cumplimiento de especificaciones técnicas.
- Atención a dudas y requerimientos.
- Contacto fácil con el proveedor.
- Entrega de garantías (si aplica).
- Conocimiento del producto.
- Factura o cuenta de cobro es igual a lo contratado.
- Cumplió en el tiempo establecido en el contrato.
- Pedido completo.
- Documentación completa y oportuna.
- Comunicación clara y oportuna.

Tabulación de evaluación de proveedores que ofrecen servicios a la Alcaldía de Pasto

Ítem de Calificación	Número de proveedores
Excelente	22
Bueno	5
Regular	0
Malo	0
Total evaluados	27



Análisis

Los proveedores que ofrecen servicios a la Alcaldía de Pasto, obtuvieron una calificación de Excelente en un 81% lo cual equivale a 22 proveedores, una calificación de Bueno en un 19% lo cual equivale a 5 proveedores, y ninguno tuvo una calificación de regular ni malo, de un total de 25 proveedores. Esto tomando en cuenta las siguientes variables:

- Comunicación clara y oportuna
- Asesoría y/o soporte técnico oportuno
- Disponibilidad de servicios 24/7 y/o lo pactado
- El proveedor cuenta con personal suficiente y competente
- Conocimiento del servicio

- Atención adecuada a las PQRD
- Cumplimiento con los plazos y vigencias del contrato
- La reposición de las partes para las refacciones es adecuada
- Cumplió de forma adecuada con el objeto contractual
- Se entrega garantías

Conclusiones generales

El proceso de evaluación a proveedores permite a la Secretaría General, tener control y abastecimiento de suministros y servicios a las diferentes dependencias de la Alcaldía de Pasto, con los requerimientos de calidad que exige tanto el servicio como el suministro, porque a través de esta evaluación se detectan variables que deben ser de estricto cumplimiento para una contratación.

En el anterior proceso de Evaluación se puede observar que todos los proveedores de la Alcaldía de Pasto tienen una buena y excelente calificación en la prestación de servicios y entrega de suministros por lo que se puede inferir que el proceso de selección de proveedores se ha desarrollado de buena manera.

Sin embargo, se ha hecho notorio que el resultado de la evaluación, que se traslada a los proveedores a través de correo electrónico, para su conocimiento, es lo que realmente ha servido para efectos de impacto sobre una mejor prestación de servicio, ya que para efectos legales de impedimentos para una nueva presentación de estos proveedores a las ofertas de nuevas invitaciones a contratar, resulta imposible que esta evaluación afecte el resultado para el momento de la adjudicación.

Si bien es cierto que la Administración Municipal dentro del proceso de calidad ha implementado la evaluación a proveedores, tanto de suministros como de servicios, es muy difícil que esta calificación aplique para los procesos de contratación, aun cuando no hayan sido bien calificados porque la normatividad propuesta por la ley exige la pluralidad en la presentación de ofertas y siempre los requisitos están abiertos para el posible proveedor que se presente en un proceso.

8. CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES IDENTIFICADOS Y CONTROLADOS EN LOS PROCESOS MISIONALES 2.017

El Dr Jaime Santacruz, Jefe de Control Interno, continúa su intervención dando a conocer los siguientes resultados frente al tema en mención:

Resultados generales de la identificación de las salidas no conformes por procesos

A continuación se indica el resultado del total de salidas no conformes identificadas y reportadas por los líderes y coordinadores de los procesos misionales.

NÚMERO DE SALIDAS NO CONFORMES IDENTIFICADAS			
PROCESOS MISIONALES	No.	PROCESOS MISIONALES	No.
INFRAESTRUCTURA	4	SALUD PÚBLICA	7
GESTION DEL RIESGO	1	GESTIÓN AMBIENTAL	2
AGRICULTURA	4	COMPETITIVIDAD Y PRODUCTIVIDAD	4
CONVIVENCIA Y DERECHOS HUMANOS	7	JUSTICIA	2
CONTROL FISICO	3	ESPACIO PÚBLICO	3
CASA DE JUSTICIA	2	COMISARIA 1 DE FAMILIA	2
COMISARIA 2 DE FAMILIA	2	ATENCION SOCIAL	2
GENERO	1	JUVENTUD	2
PROGRAMAS DE ATENCION A VICTIMAS (PAV)	2	SISBEN	1
PARTICIPACION COMUNITARIA	2		



Realizado el análisis de los datos de la tabla de salidas no conformes identificadas y de la representación gráfica, se observa que el proceso de salud pública y convivencia y derechos humanos son los procesos que mayor salidas no conformes identificaron en la vigencia 2.017 representado con el 13% respectivamente y los procesos que menos salidas no conformes identificaron fueron Gestión del riesgo, género y sisben con el 2%.

Resultado general en cuanto a requisitos incumplidos en el control de salidas no conformes por cada proceso.

Seguidamente se muestra el resultado general de los requisitos incumplidos en el servicio prestado a los clientes o solicitados por ellos, que cada proceso determinó en el control de salidas no conformes de acuerdo al tipo de requisito.

PROCESO	TIPO DE REQUISITOS			
	LEGAL	ENTIDAD	NORMA CALIDAD	CLIENTE
INFRAESTRUCTURA			1	
SALUD PUBLICA		3		
GESTION DEL RIESGO	1	1	1	
GESTION AMBIENTAL				2
AGRICULTURA	N.A	N.A	N.A	N.A
ASUNTOS INTERNACIONALES	N.A	N.A	N.A	N.A
CONVIVENCIA Y DERECHOS HUMANOS		2		

JUSTICIA	N.A	N.A	N.A	N.A
CONTROL FISICO		1		
ESPACIO PUBLICO	N.A	N.A	N.A	N.A
CASA DE JUSTICIA		2		
COMISARIA 1 DE FAMILIA		2		
COMISARIA 2 DE FAMILIA		2		
ATENCION SOCIAL		2		
GENERO		1		
JUVENTUD	N.A	N.A	N.A	N.A
PROGRAMAS DE ATENCION A VICTIMAS (PAV)	N.A	N.A	N.A	N.A
SISBEN		1		1
PARTICIPACION COMUNITARIA	N.A	N.A	N.A	N.A
TOTAL	1	17	2	3



Al realizar el análisis de los datos de la tabla y de la representación gráfica de requisitos incumplidos, se observa que la variable con mayor porcentaje de incumplimiento es por parte de la entidad, el cual representa el 74%, seguido del requisito cliente con un 13%, continua la norma de calidad con el 9%, y el requisito con menor porcentaje de incumplimiento en el control de las salidas no conformes reportadas por los procesos es el legal que refleja el 4%.

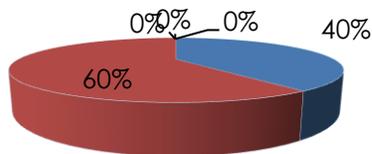
Resultado general al tratamiento aplicado por cada proceso en el control de salidas no conformes

En seguida se muestra el resultado general de los tipos de tratamientos que cada proceso estableció en el control de salidas no conformes.

PROCESO	TIPOS DE TRATAMIENTO				
	CONCESIÓN	CORRECCIÓN	IMPEDIR USO O APLICACION	LIBERACION	REPROCESO
INFRAESTRUCTURA		1			
SALUD PÚBLICA	1	2			
GESTION DEL RIESGO		1			
GESTION AMBIENTAL	2				
AGRICULTURA	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
ASUNTOS INTERNACIONALES	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
CONVIVENCIA Y DDHH	1	1			
JUSTICIA	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
CONTROL FISICO	1				
ESPACIO PUBLICO	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
CASA DE JUSTICIA		2			
COMISARIA 1 DE FAMILIA		2			
COMISARIA 2 DE FAMILIA		2			
ATENCIÓN SOCIAL	1	1			
GENERO	1				
JUVENTUD	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
PAV	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
SISBEN	1				
PARTICIPACION COMUNITARIA	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
TOTAL	8	12	0	0	0

Nº DE TRATAMIENTOS

- CONCESION
- CORRECCION
- IMPEDIR USO O APLICACIÓN
- LIBERACION
- RE-PROCESO

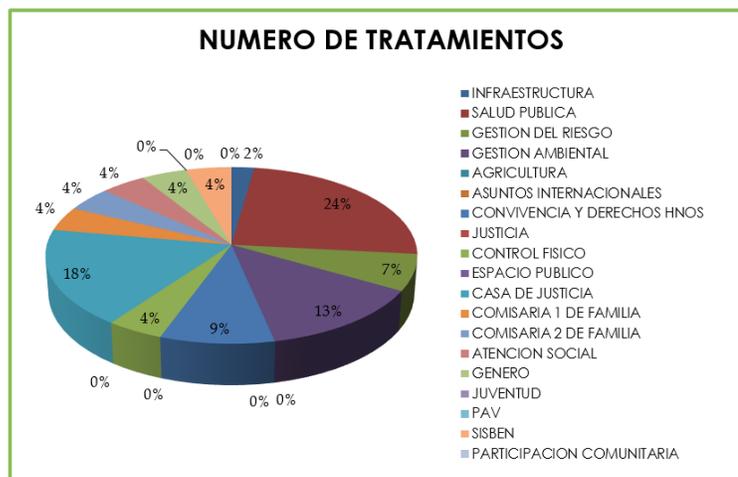


Al realizar un análisis de los datos de la tabla y la representación gráfica, se puede apreciar que el tratamiento aplicado por cada proceso para prevenir y eliminar el uso o entrega no intencional del servicio a los usuarios en el control de salidas no conformes es el de corrección con un porcentaje mayor de aplicabilidad representado en el 60%, seguido por concesión representado en el 40%.

Resultado general por cada proceso en el número de tratamientos definidos para el control de salidas no conformes identificadas.

A continuación se muestra el resultado general del número de tratamientos que cada proceso estableció para el control de salidas no conformes.

NÚMERO TOTAL DE LA DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS EN EL CONTROL DE SNC			
PROCESOS MISIONALES	No.	PROCESOS MISIONALES	No.
INFRAESTRUCTURA	1	SALUD PÚBLICA	11
GESTION DEL RIESGO	3	GESTION AMBIENTAL	6
AGRICULTURA	N.A	ASUNTOS INTERNACIONALES	N.A
CONVIVENCIA Y DERECHOS HUMANOS	4	JUSTICIA	N.A
CONTROL FISICO	2	ESPACIO PUBLICO	N.A
CASA DE JUSTICIA	8	COMISARIA 1 DE FAMILIA	2
COMISARIA 2 DE FAMILIA	2	ATENCION SOCIAL	2
GENERO	2	JUVENTUD	N.A
PROGRAMAS DE ATENCION A VICTIMAS (PAV)	N.A	SISBEN	2
PARTICIPACION COMUNITARIA	N.A		



Al analizar los datos de la tabla y la representación grafica por procesos, se observa de manera general el porcentaje del total de tratamientos que cada proceso estableció en el control de las salidas no conformes. Por lo tanto, el proceso de salud pública es el que mayor tratamiento registró, representado con un 24%, por el contrario el proceso con menor registro de tratamientos corresponde al proceso de infraestructura con el 2% respectivamente.

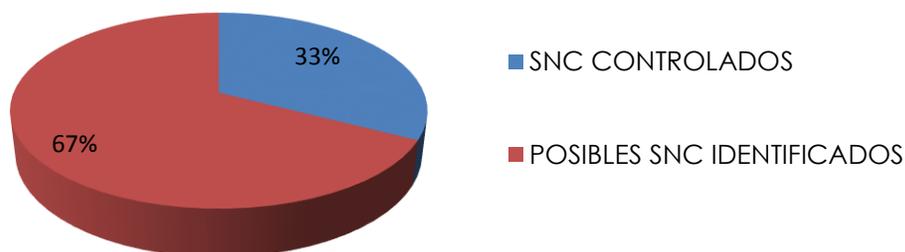
Resultado General De Salidas no Conformes Identificadas y Controlados

En seguida se muestra el número y el resultado general de las salidas no conformes identificadas y las salidas no conformes controladas reportadas por cada proceso.

PROCESO	SNC IDENTIFICADAS	SNC CONTROLADAS
INFRAESTRUCTURA	4	1
SALUD PÚBLICA	4	3
GESTION DEL RIESGO	1	1
GESTION AMBIENTAL	2	2
AGRICULTURA	4	0
ASUNTOS INTERNACIONALES	4	0
CONVIVENCIA Y DD HH	7	2
JUSTICIA	2	0
CONTROL FISICO	3	1
ESPACIO PUBLICO	3	0

CASA DE JUSTICIA	2	2
COMISARIA 1 DE FAMILIA	2	2
COMISARIA 2 DE FAMILIA	2	2
ATENCION SOCIAL	2	2
GENERO	1	1
JUVENTUD	2	0
PROGRAMAS DE ATENCION A VICTIMAS (PAV)	2	0
SISBEN	1	1
PARTICIPACION COMUNITARIA	2	0
TOTAL	31	15

SALIDAS NO CONFORMES IDENTIFICADAS Y CONTROLADAS



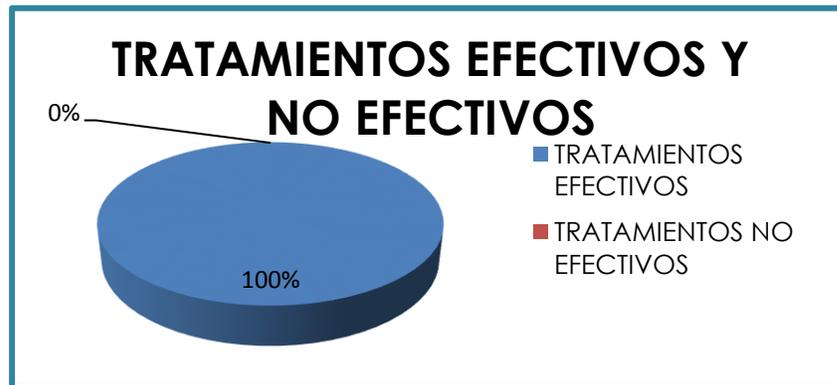
Al realizar un análisis con los datos de la tabla y la representación grafica, se puede apreciar que los procesos misionales reportaron un alto índice en el número de identificación de posibles salidas no conformes representados con un 67% y las salidas no conformes controladas en 33%.

Lo que significa, que los procesos misionales desde el desarrollo de sus actividades están dando cumplimiento al requisito 8.7 de la Norma respecto a la identificación, control y documentación de las Salidas No Conformes.

Resultado general de las salidas no conformes controladas con tratamientos efectivos y SNC con tratamientos no efectivos que ameritan tomar acciones correctivas.

A continuación se muestra el resultado general de salidas no conformes controladas con tratamientos que a la hora de su verificación su resultado fue efectivo y salidas no conformes con tratamientos que ameritan tomar acciones correctivas.

PROCESO	SNC CON TRATAMIENTO EFECTIVO	SNC QUE AMERITAN TOMAR ACCIONES CORRECTIVAS
INFRAESTRUCTURA	1	-
SALUD PÚBLICA	11	-
GESTION DEL RIESGO	3	-
GESTION AMBIENTAL	6	-
AGRICULTURA	0	-
ASUNTOS INTERNACIONALES	0	-
CONVIVENCIA Y DD HH	4	-
JUSTICIA	0	-
CONTROL FISICO	2	-
ESPACIO PUBLICO	0	-
CASA DE JUSTICIA	8	-
COMISARIA 1 DE FAMILIA	2	-
COMISARIA 2 DE FAMILIA	2	-
ATENCION SOCIAL	2	-
GENERO	2	-
JUVENTUD	0	-
PROGRAMAS DE ATENCION A VICTIMAS (PAV)	0	-
SISBEN	2	-
PARTICIPACION COMUNITARIA	0	-
TOTAL	35	0



Al realizar un análisis con los datos de la tabla y la representación grafica, se puede considerar que los procesos misionales determinaron controles efectivos como se refleja en el resultado final representado en el 100%.

Lo que significa que ningún proceso debió tomar acciones correctivas para el control de las salidas no conformes.

Conclusiones generales

En conclusión, la esencia de identificar salidas no conformes es controlar y evitar que el producto, servicio o resultado no conforme se entregue o llegue al cliente o se utilice indebidamente de manera no intencionada; es así como cabe resaltar que los procesos misionales de la Alcaldía Municipal de Pasto, han identificado posibles salidas no conformes y controlaron otros que fueron derivados del incumplimiento de requisitos en el servicio prestado a clientes internos y externos, a los cuales se les dio su control y a los que controlaron les dieron oportunos tratamientos donde el resultado de estos fueron efectivos en su corrección y verificación.

Lo anterior ha permitido aumentar el nivel de satisfacción y necesidades de las partes interesadas, ya que se evidencia para la vigencia 2.017 mayor compromiso y participación por parte de los líderes y coordinadores de calidad, en la aplicabilidad y seguimiento al requisito 8.7 de la Norma ISO 9001, 2015 "Salidas No Conformes", en efecto cada aspecto de la interacción con el cliente proporciona una oportunidad para crear más valor, comprender las necesidades actuales y futuras de las partes interesadas, lo que contribuye al éxito.

Es importante que se continúe realizando la identificación, el control y documentación de las salidas no conformes con su respectivo reporte a la oficina de Control Interno en los tiempos oportunos, con el fin de evaluar la pertinencia de realizar acciones posteriores.

 **Conclusiones Señor Alcalde**

El Dr Pedro vicente Obando manifiesta que la administración Municipal considera que la calidad del servicio prestado por las dependencias debe estar enfocado en satisfacer las necesidades y expectativas de las parte interesadas, por lo tanto se reitera el compromiso que los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo este orientado en impulsar la mejora continua a través de la aplicación de las herramientas que brinda el sistema de Gestión de calidad y en este caso como lo es el tema del control del producto y servicio no conforme.

9. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS A TRAVES DE LOS INDICADORES AÑO 2017.

El Doctor Jaime Santacruz, Jefe Oficina de Control Interno, presenta ante el comité y el Señor Alcalde, la medición de los procesos año 2016 con corte a diciembre de 2016, muestra el resultado del cumplimiento de las metas instaurados en los indicadores para medir el desempeño de los procesos y los expone como se muestra a continuación:

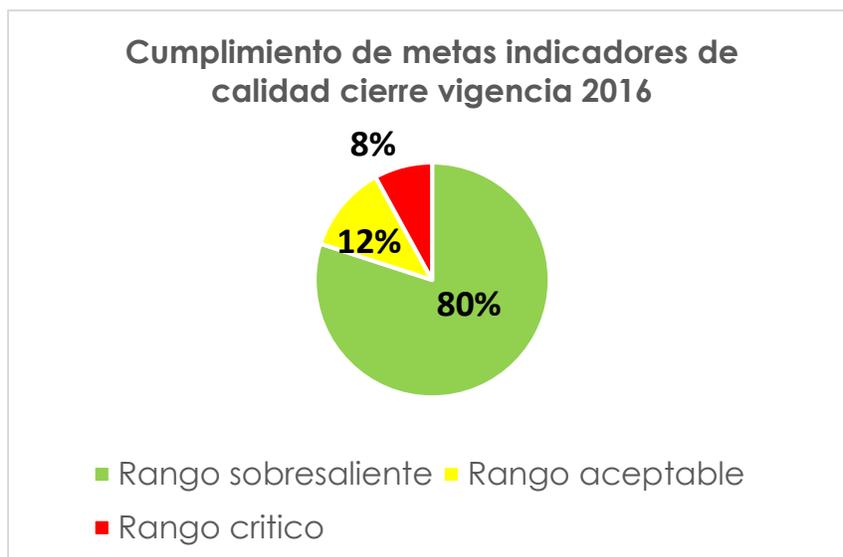
Cumplimiento de metas indicadores de calidad cierre vigencia 2016

Nota: El tablero de mando por su volumen de contenido, se encuentra anexo a este documento. (Tablero de mando Indicadores vigencia 2016).

En el año 2016, se midieron 159 indicadores de los cuales 127 se encuentran en el rango sobresaliente, lo que quiere decir que 127 cumplieron con la meta planeada equivalente a un 80% que se encuentra en rango sobresaliente.

19 indicadores se encuentran en un nivel aceptable equivalente al 12%.

13 indicadores se encuentran en un nivel crítico equivalente al 8% que no cumplieron con la meta planeada y debieron implementar acciones de mejora.



Procesos con incumplimiento de metas año 2016 (Nivel crítico)

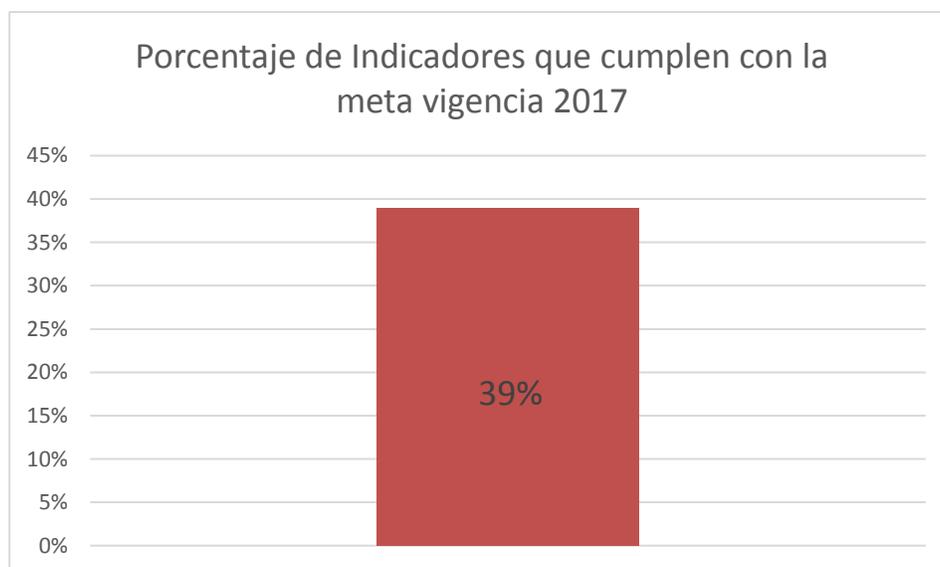
- Proceso Competitividad y productividad.
- Proceso Salud pública.
- Proceso Infraestructura.
- Proceso Atención social.
- Proceso Gestión Jurídica.

Cumplimiento de metas indicadores de calidad cierre vigencia 2017

El Doctor Jaime Santacruz, Jefe Oficina de Control Interno, presenta ante el comité y el Señor Alcalde, la medición de los procesos año 2017 con corte a agosto de 2017, muestra el resultado del cumplimiento de las metas instaurados en los indicadores para medir el desempeño de los procesos y los expone como se muestra a continuación:

Nota: Para la vigencia 2017 se tiene el consolidado con corte a agosto de 2017, el documento por su alto volumen se encuentra anexo a este informe. (Tablero de mando Indicadores vigencia 2017).

En el año 2017, se midieron 180 indicadores de los cuales hasta el corte agosto de 2017 van cumpliendo 71 indicadores con la meta planeada para este año lo que equivale al 39%, cabe resaltar que los indicadores restantes el cumplimiento de la meta serán comparados hasta finalizar la vigencia 2017 para conocer su rango final (sobresaliente, aceptable y crítico).



Conclusiones por los miembros del comité

El Doctor Pedro Vicente Obando expresa que en el año 2016 cumplir con un 80% de las metas propuestas es bueno, pero en la vigencia 2017 evidencia una falencia que hasta agosto tan solo el 39 % de las metas planeadas se estén cumpliendo puesto que faltarían 4 meses para la culminación del año y manifiesta que los procesos que aún no han logrado la meta anual, deberán unir esfuerzos para alcanzarlos en lo que resta del año, y que la Oficina de Control Interno en conjunto con Planeación estratégica, deberán presentar un reporte al finalizar la vigencia 2017 para conocer que procesos cumplieron y que procesos no para tomar los correctivos necesarios.

La Doctora Vicky Delgado, perteneciente al proceso Comunicaciones, solicita un acompañamiento oportuno y permanente en la asesoría para la medición de los indicadores, por parte de Control Interno y Planeación estratégica, y solicita una mayor coordinación entre estas oficinas para el reporte de los indicadores puesto que solicitan reporte de medición de manera independiente y en formatos independientes.

10. INFORME DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El Dr Jaime Alberto Santacruz, Jefe Oficina de Control Interno y Secretario del comité continúa realizando su intervención presentando los siguientes resultados frente al tema en mención:

Gestión de Oportunidades:

En cumplimiento de la NTC ISO 9001:2015, la Alcaldía de Pasto planificó las acciones para abordar los riesgos y las oportunidades del Sistema de gestión de Calidad. La metodología utilizada para llevar a cabo este proceso de planificación fue desarrollada en diferentes etapas que se describen a continuación:

1. Identificación de las oportunidades mediante el análisis del contexto interno y externo de la organización (matriz DOFA): a partir de la identificación del contexto interno y externo de cada proceso, se consolida la caracterización del contexto general de la organización, identificando factores internos tales como: infraestructura física y tecnológica, recursos financieros y logísticos, ambiente para la operación del proceso, comunicación, talento humano, procesos, político, sociocultural, legal; y externos como: políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales, legales, geográficos, procesos.
(VER MATRIZ OPORTUNIDADES -> Hoja: 1. DOFA GENERAL)
2. A partir de la matriz DOFA GENERAL, se extraen todas las oportunidades y fortalezas identificadas, y se evaluó cada una a partir de los criterios establecidos en el numeral 6.1. de la NTC ISO 9001:2015 para escoger las más relevantes.
(VER MATRIZ OPORTUNIDADES -> Hoja: 2. EVALUACIÓN OP. Y FORT.)

Criterios 6.1:

- ✓ Permite lograr resultados previstos?
- ✓ Crea nuevas posibilidades?
- ✓ Aumenta la satisfacción del cliente?

Una vez escogidas las oportunidades y fortalezas relevantes, se procedió a formular estrategias que permitieran utilizar las fortalezas internas para obtener ventaja de las oportunidades identificadas externamente, definiendo por cada una, procesos responsables y fechas de inicio y fin para su implementación.

(VER MATRIZ OPORTUNIDADES -> Hoja: 3. ESTRATEGIAS FO)

Conclusiones generales

En relación a la gestión del riesgo, se ha considerado las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan su capacidad

para lograr los resultados previstos del Sistema de Gestión de la Calidad y los requisitos para la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas y se han determinado los riesgos y oportunidades necesarios con el fin de asegurar que el SGC puede lograr sus resultados previstos, aumentar los efectos deseables, prevenir o reducir efectos no deseados y lograr la mejora.

Los posibles riesgos y oportunidades que se han identificado y abordado en la entidad pueden ser reducidos y aprovechados respectivamente, realizando un correcto abordaje de acciones correctivas, teniendo en cuenta los criterios de calidad definidos en cada proceso.

Las oportunidades son esenciales para lograr un sistema de gestión de la calidad eficaz, la Entidad y sus procesos responsables necesitan implementar correctamente las acciones planificadas respetando tiempos de ejecución para cumplir oportunamente con los objetivos y metas propuestos.

Abordar los riesgos y las oportunidades establece una base correcta para aumentar la eficacia del sistema, alcanzar mejores resultados, prevenir los efectos negativos en términos de una mayor satisfacción social y aumentar la confianza de la comunidad y las partes interesadas.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

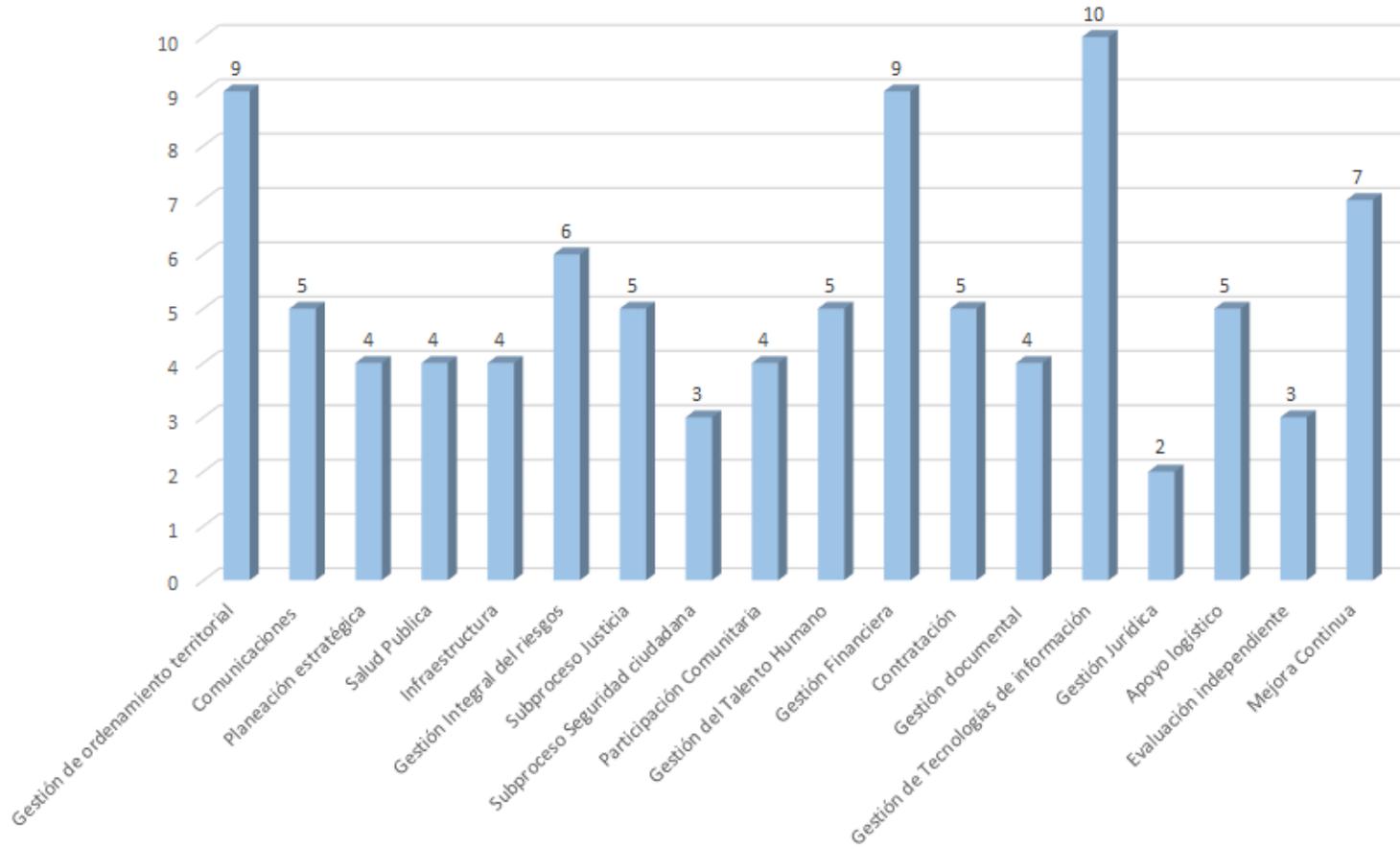
EL Dr. Jaime Santacruz, Jefe Oficina de Control Interno, continua socializando el tema de la identificación de riesgos en los procesos que se encuentran dentro del alcance de certificación de la Alcaldía de Pasto, manifiesta que fue un trabajo realizado con los líderes y coordinadores de calidad de los procesos y que la Oficina de Control Interno actuó como asesora en la metodología adoptada para dicho fin, cabe resaltar que el seguimiento y monitoreo será realizado por la Oficina de Control Interno en el año 2018, ya que en este momento por motivo de la transición de la ISO 9001: 2015 solo se culminó el proceso de levantamiento de los mapas en cada uno de los procesos.

Cada uno de los procesos a los cuales identificaron riesgos, tuvieron en cuenta el análisis de los contextos internos y externos, los cuales se convierten en causas que pueden generar eventos negativos, que pueden afectar el logro de los objetivos de la Entidad y generan posibles consecuencias o impactos para la misma.

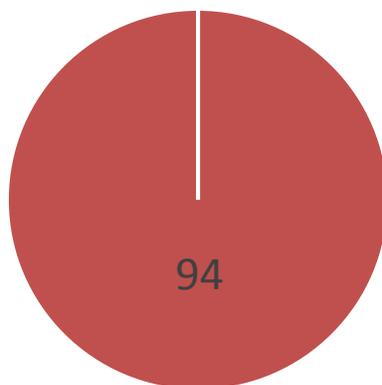
Nota: El mapa de riesgos por su alto contenido de información se anexa a este informe (Mapa de riesgos Institucional año 2017).

En la gráfica siguiente se muestra el No. de riesgos identificados por cada uno de los procesos que se incluyeron dentro del alcance de certificación.

No. DE RIESGOS IDENTIFICADOS

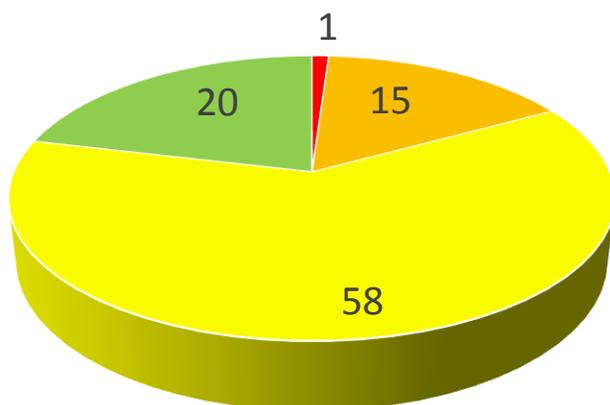


TOTAL RIESGOS



La totalidad de los riesgos identificados en el año 2017 son 94.

SEVERIDAD DE RIESGOS DESPUES DE CONTROLES



■ Extremos ■ Altos ■ Moderados ■ Bajos

Extremos	1
Altos	15
Moderados	58
Bajos	20



Controlados	93
Sin control	1
Con acciones de mejoramiento luego de controles	27

Conclusiones generales

La administración de riesgos se vuelve de vital importancia en la Entidad debido a que:

Incrementa a la Entidad a aumentar las posibilidades de alcanzar los objetivos, metas, programas.

Sirve como herramienta para la toma de decisiones por la Alta Dirección.

Mejora la capacidad de la organización para identificar amenazas y oportunidades.

Sirve como base para la planificación y asignación de recursos para el tratamiento de los riesgos.

Estimular el aprendizaje de la aplicación de las herramientas de gestión en la organización.

Mejorar la imagen y credibilidad de las partes interesadas.

Conclusiones miembros del comité

El Dr. Pedro Vicente Obando, Alcalde de Pasto manifiesta que este ejercicio de la aplicación de herramientas metodológicas que el sistema de gestión de calidad nos provee, sirve para una adecuada gestión de los procesos, puesto que si se los líderes de los procesos se comprometen a la aplicación de manera continua de estos métodos se verá reflejado en el cumplimiento de las estrategias institucionales de la Alcaldía de Pasto.

Hace un llamado al compromiso por parte de los jefes inmediatos, y funcionarios para llevar a cabo la ejecución de los controles y acciones instaurados en el documento presentado, puesto que con su aplicabilidad se mitiga que esos posibles riesgos se materialicen en la Entidad.

De la misma manera solicita a la Oficina de Control Interno, realizar el seguimiento al mapa de riesgos y realizar un reporte mediante un informe ejecutivo cuando sea pertinente y si es necesario implementar acciones de mejora.

Respecto a la asignación de recursos en cada uno de los procesos, es responsabilidad de cada Jefe inmediato planificar las necesidades en los proyectos de acuerdo al presupuesto aprobado para la vigencia 2018, el Proceso Planeación estratégica será el encargado de realizar la revisión y la viabilización de dichos proyectos de acuerdo a sus procedimientos establecidos.

11. MATRIZ DE CAMBIOS

A continuación se muestra la gestión de los posibles cambios que pueden afectar el sistema de Gestión de Calidad y que su gestión es importante para asegurar la continuidad de la prestación de los servicios en los procesos de la Alcaldía de Pasto.

Situación de cambio	Propósito del cambio	Consecuencias potenciales	Procesos que inciden en el cambio	Cargos responsables del cambio	Responsabilidades del cambio
Transición del sistema de gestión de calidad en la norma NTC ISO 9001 de versión 2008 a 2015.	Fortalecer y mantener la aplicabilidad de la norma en la prestación de los servicios para la mejora continua de los mismos.	Perdida de certificado del SGC Detrimento patrimonial. Desgaste administrativo. Pérdida de imagen y credibilidad.	Todos los procesos se excluyen el proceso Educación y el proceso Movilidad y Seguridad Vial.	Líder del proceso Mejora Continua. Líder del proceso Planeación Estratégica. Alcalde Líderes de los procesos.	Asignación de recursos financieros, talento humano y logístico para llevar a cabo el tema en mención. Capacitaciones con entes certificadores y otras entidades (SENA). Verificación y seguimiento de cumplimiento de requisitos mediante auditorías internas y externas por parte de Entes certificadores Realización de convenios con entes certificadores y otras entidades (SENA).

<p>Oficina de atención al usuario</p>	<p>Brindar una atención clara, oportuna y eficaz en la orientación de los servicios que presta la Alcaldía de Pasto a las partes interesadas.</p>	<p>Pérdida de imagen y credibilidad. Insatisfacción del usuario.</p>	<p>Todos los procesos</p>	<p>Coordinador de Unidad de correspondencia. Líder proceso de gestión de tecnologías de la información. Líder del proceso Participación comunitaria. Líderes de procesos.</p>	<p>Asignar un módulo de fácil acceso para la atención a las partes interesadas para dar orientación de los servicios prestados en la Alcaldía de Pasto. Divulgación a través de los medios radiales, pagina web Institucional y redes sociales sobre el lugar y el procedimiento de atención al usuario.</p>
<p>Rotación de personal</p>	<p>Asignar personal con las competencias y conocimientos requeridos para cumplir con las actividades de los diferentes procesos. El personal de planta no es suficiente por lo que es necesario la contratación de servidores públicos para apoyo a la gestión.</p>	<p>Desgaste administrativo. No continuidad y retraso en la ejecución de las actividades de los procesos. Afectación de la productividad laboral.</p>	<p>Alta Dirección. Proceso Gestión del Talento Humano. Proceso Contratación.</p>	<p>Alcalde. Líder del proceso Gestión del Talento Humano. Líder de proceso Contratación.</p>	<p>Asignar personal competente para cumplir con las actividades de los diferentes procesos. Capacitación al personal de acuerdo a sus necesidades. Inducción y re inducción de manera permanente.</p>

Sistemas de información	Diseñar, implementar herramientas tecnológicas para la eficacia en la prestación de los servicios y atender las quejas y reclamos de las partes interesadas.	Pérdida de imagen y credibilidad. Demandas y sanciones. Inoportunidad en la prestación del servicio.	Subsecretaria de sistemas de información	Líder del proceso de gestión de tecnologías de información.	Diseñar e implementar herramientas tecnológicas para mejorar la eficacia de las actividades de los diferentes procesos.
Cambio de administración	Dar cumplimiento a la normatividad legal.	Desgaste administrativo. No continuidad del SGC. Retrasos en la ejecución de programas y proyectos por empalmes y adaptación.	Todos los procesos	Alcalde. Nivel Directivo.	Asignar los niveles administrativos de acuerdo a los requerimientos del manual de funciones. Capacitación al personal de acuerdo a sus necesidades. Inducción y re inducción de manera permanente.
Normatividad aplicable	Cumplimiento de requisitos legales.	Sanciones. Demandas. Pérdida de imagen y credibilidad.	Todos los procesos	Alcalde Líderes de los procesos.	Actualización de normatividad legal y dar aplicabilidad donde según corresponda. Actualización de nomograma por cada uno de los

					procesos. Actualización de la matriz de partes interesadas necesidades, expectativas y requisitos.
Traslado de dependencias a las diferentes sedes con las que cuenta la Alcaldía	Mejorar el acceso a las partes interesadas para la prestación de los servicios.	Pérdida de imagen. Perdida de información.	Proceso de Apoyo logístico. Proceso Gestión documental. Proceso Gestión de las tecnologías de información.	Alcalde. Subsecretario de apoyo logístico Secretario general. Jefe oficina de Archivo y gestión documental. Subsecretario de Gestión documental.	Adecuación locativa para mejorar la prestación de los servicios. Divulgación a través de los medios radiales, pagina web Institucional y redes sociales sobre la ubicación de las Dependencias de la Alcaldía de Pasto.
Disponibilidad de recursos: los recursos públicos anuales dependen de la gestión de la administración, por tanto estos pueden variar año tras año y se pueden ver comprometidos.	Adecuación de los recursos según la disponibilidad presupuestal.	No cumplir con la ejecución de planes programas y proyectos Institucionales. Insatisfacción del ciudadano.	Todos los procesos	Alcalde, Líderes de los procesos. Jefe Oficina de Planeación Institucional. Subsecretario de Hacienda.	Planeación presupuestal. Aprobación del presupuesto. Viabilizarían de proyectos.

11. ESTADO AVANCE OBJETIVOS DE CALIDAD

A continuación se presenta el estado de avance del cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de Calidad.

OBJETIVOS DE CALIDAD	RESPONSABLE	CUANDO FINALIZARA	COMO SE MEDIRÁ	RESULTADOS HASTA LA FECHA
Aumentar la satisfacción del cliente al 88% mediante la prestación de servicios institucionales de calidad, durante la Administración Municipal (2016 - 2019)	Todos los procesos	2019	Aplicación de encuestas de satisfacción del cliente año 2016.	87%
			Aplicación de encuestas de satisfacción del cliente año 2017.	88%
Incrementar las finanzas públicas en un 10% mediante campañas publicitarias, procesos de cobro coactivo y descuentos por pronto pago, priorizando su uso en inversión social, durante la Administración Municipal (2016 - 2019).	Secretaria de Hacienda Municipal	2019	<p>Porcentaje anual de crecimiento ingresos propios 2016.</p> <p>(Ingresos propios vigencia actual- ingresos propios año base/ingresos año base) *100</p>	<p>\$140.217'894.682,23 10,47%</p> <p>Hasta el año 2016.</p> <p>Nota: para el año 2017 se calculara al finalizar la vigencia.</p>
Mejorar las competencias del Talento Humano 60% mediante procesos de capacitación, incentivo y programa de	Subsecretario de Talento Humano	2019	<p>Porcentaje de cumplimiento de capacitaciones año 2016:</p> <p>(No. De capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones</p>	100%

bienestar social, durante la Administración Municipal (2016 - 2019).			programadas) X 100	
			Porcentaje de cumplimiento de Actividades de Bienestar año 2016: (No. De Actividades realizadas / No. De actividades programadas) X 100	100%
			Eficacia de la jornada de la capacitación 2016: (Σ De preguntas contestadas entre 5 y 4 del total de las encuestas por cada tema de capacitación / Σ de preguntas contestadas del total de encuestas realizadas por tema de capacitación) * 100	91%
			Cobertura de funcionarios capacitados 2016: (Σ No. De funcionarios capacitados / Σ total de Funcionarios de planta * 100	498 100%

			<p>Porcentaje de cumplimiento de capacitaciones año 2017:</p> <p>(No. De capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones programadas) X 100</p>	80%
			<p>Porcentaje de cumplimiento de Actividades de Bienestar año 2017:</p> <p>(No. De Actividades realizadas / No. De actividades programadas) X 100</p>	55%
			<p>Eficacia de la jornada de la capacitación 2017:</p> <p>(\sum De preguntas contestadas entre 5 y 4 del total de las encuestas por cada tema de capacitación / \sum de preguntas contestadas del total de encuestas realizadas por tema de capacitación) * 100</p>	94%

			<p>Cobertura de funcionarios capacitados 2017:</p> <p>(\sumNo. De funcionarios capacitados / \sumtotal de Funcionarios de planta * 100</p>	<p>438 funcionarios 88%</p>
<p>Promover la comunicación interna y externa en un 100% mediante la utilización de herramientas convencionales y tecnologías, para mantener informada a la ciudadanía en forma oportuna y eficiente, durante la Administración Municipal (2016 - 2019).</p>	<p>Líder Proceso Comunicaciones</p>	<p>2019</p>	<p>Número de eventos atendidos 2016:</p> <p>(Número de eventos atendidos / Total de eventos programados) * 100</p>	<p>995 Eventos 100%</p>
			<p>Número de boletines de prensa publicados en la página web 2016:</p> <p>(Número de boletines publicados / número de boletines realizados) * 100</p>	<p>290 Boletines 121%</p>
			<p>Número de productos publicitarios desarrollados 2016:</p> <p>(Número de productos desarrollados/número de productos solicitados) * 100</p>	<p>83 productos 100%</p>
			<p>Número de notas De Prensa 2016:</p> <p>(Número de notas de prensa/ número de notas de prensa</p>	<p>1184 notas 157%</p>

			<p>programadas mensualmente) *100</p>	
			<p>Número de boletines de prensa realizados 2017:</p> <p>(Número de boletines realizados/ número de boletines programados) *100</p>	77%
			<p>Número de boletines de prensa publicados en la página web 2017:</p> <p>(Número de boletines publicados/número de boletines producidos)*100</p>	67%
			<p>Número de notas de prensa 2017:</p> <p>(Número de notas realizadas /número de notas programadas)*100</p>	105%
<p>Mejorar la eficacia de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad al 93% mediante el seguimiento y medición de indicadores, durante la Administración Municipal (2016 -</p>	Todos los procesos	2019	<p>Desempeño de los procesos año 2016:</p> <p>(No. de indicadores en rango sobresaliente / No total de indicadores medidos)*100</p>	80%

2019).			Desempeño de los procesos año 2017: (No. de indicadores en rango sobresaliente / No total de indicadores medidos)*100	39%
Empoderar el Plan de Desarrollo mediante estrategias de información y comunicación, a nivel interno en un 100% y a nivel externo en un 5%, durante la Administración Municipal (2016 - 2019)	Líder proceso Planeación estratégica	2019	Jornadas de socialización 2017	40% Interna 3% Externa

PRINCIPALES LOGROS CON LA IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DEL SGC Y MECI EN LA ALCALDÍA DE PASTO

La Alcaldía de Pasto, obtuvo el mayor puntaje de calificación en el Índice de Transparencia en Capitales de Departamentos, correspondiente al 77.9%, de acuerdo a la evaluación realizada por la Organización No Gubernamental Transparencia por Colombia.

El 77.9% que obtuvo Pasto en los resultados del Índice de Transparencia de Entidades Públicas, corresponde a un nivel de riesgo moderado frente a la corrupción administrativa territorial.

RANKING	ALCALDÍA	VELOCIDAD		INSTITUCIONALIDAD		CONTROL Y SANCIÓN		2015 - 2016	
		2015 - 2016	2015 - 2016	2015 - 2016	2015 - 2016	ITD	NIVEL DE RIESGO		
1	Alcaldía Pasto	69,9	75,3	89,4	77,9	77,9	MODERADO		
2	Alcaldía Pereira	67,9	78,1	79,7	75,5	75,5			
3	Alcaldía Barranquilla	72	75,2	77,3	74,9	74,9			
4	Alcaldía Armenia	72,8	68,3	82,6	74,0	74,0			
5	Alcaldía Villavicencio	75,3	75,1	65,9	72,4	72,4			
6	Alcaldía Manizales	81,1	68,3	66,7	71,6	71,6			
7	Alcaldía Montería	72,7	66	75,6	70,9	70,9	MEDIO		
8	Alcaldía San José del Guaviare	69,9	70,3	66,8	69,1	69,1			
9	Alcaldía Tunja	68,5	65,5	74,4	69,1	69,1			
10	Alcaldía Neiva	73,2	53,1	63	62,1	62,1			
11	Alcaldía Bucaramanga	65,5	56,9	65,1	61,9	61,9			
12	Alcaldía Quibdó	75,6	50,5	57,9	60,2	60,2			
13	Alcaldía Yopal	66	57,5	56,4	59,7	59,7	ALTO		
14	Alcaldía Cartagena	59,2	59,5	58,4	59,1	59,1			
15	Alcaldía Florencia	68,2	51,5	54,9	57,5	57,5			
16	Alcaldía Ibagué	44,9	60,6	61,1	56,0	56,0			
17	Alcaldía Popayán	62,2	38,5	61,6	52,5	52,5			
18	Alcaldía Sincelejo	52,6	53,1	40,8	49,2	49,2			
19	Alcaldía Inirida	43,8	43,7	48,6	45,2	45,2			
20	Alcaldía Riohacha	52,8	34	52,1	45,1	45,1			
21	Alcaldía Valledupar	53,4	44,1	34,9	44,1	44,1			
22	Alcaldía Mocoa	43,7	61,1	38,1	43,0	43,0			



Reconocimiento por el Presidente de la Republica: La Alcaldía de Pasto obtuvo un reconocimiento por parte del Señor Presidente y el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP a la oficina de Control interno por la integridad en el servicio público y por el compromiso permanente de recalcar e impulsar el código de ética con los valores de transparencia, honestidad, compromiso, justicia en bien de todos los ciudadanos.



Modelo Estándar de Control Interno

La Alcaldía de Pasto presenta un grado de madurez del 94,55%, referente a la implementación del MECI,. Los elementos del MECI Interno, se encuentran implementados conforme a las disposiciones legales y reglamentarias, bajo la coordinación de la Oficina de Control Interno, se están desarrollando diferentes actividades de trabajo para dar continuidad al mantenimiento de dicho modelo, como se puede observar en el informe del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, la Alcaldía de Pasto, ocupa el segundo (2) lugar en la evaluación del MECI, lo que demuestra la madurez, compromiso y responsabilidad en la implementación y seguimiento a este modelo.

Tabla Resultados Alcaldías Capitales 2016

● Avanzado
 ● Satisfactorio
 ● Intermedio
 ● Básico
 ● Inicial

Municipios	Indicador MECI	Municipios	Indicador MECI
ARMENIA	97.45	IVIRIDA	68.65
PASTO	94.55	SAN JOSE DEL GUAVIARE	67.79
MANIZALES	90.05	QUIBO	64.74
BARRANQUILLA	87.72	ARAUCA	62.07
PEREIRA	85.11	FLORENCIA	59.70
TUNJA	84.93	POPAYAN	59.15
BUCUTA	82.75	MOCOA	49.99
SINCELEJO	82.15	VALLEDPAR	47.12
CARTAGENA	81.95	PROVIDENCIA	47.03
MONTERIA	77.02	ITITU	43.79
VILLA VICENCIO	76.68	RIOHACHA	42.51
MEDELLIN	75.26	NEIVA	41.25
BUCARAMANGA	74.82	PUERTO CARRENO	40.63
BAGUE	74.66	SANTA MARTA	33.39
CALI	69.85	Total general	62.04
BOGOTÁ D.C.	69.28		

Fuente: Función Pública (Aplicativo FURAG). Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2017

Con la exposición y conclusión de los anteriores temas se da por terminada la revisión por la Dirección del estado del Sistema de Gestión de Calidad.

Firman,

DR. PEDRO VICENTE OBANDO

Alcalde de Pasto

DR. JAIME ALBERTO SANTACRUZ

Secretario Técnico Comité de calidad