

103-19.79

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Informe Revisión por la Dirección
Vigencia 2015

JOSÉ IGNACIO ARANGO BERNAL
Contralor Departamental Valle del Cauca

Santiago de Cali, 1 de Agosto de 2016

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. PRESENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	3
2. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	4
2.1 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN	4
2.1.1 Análisis	4
3. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL PRODUCTO	17
3.1. Informe de Gestión de los Procesos	17
3.1.1 Análisis	20
3.2 Procesamiento Conformidad del Servicio	20
3.2.1 Participación Ciudadana	23
3.2.1 Análisis	20
3.2.2. Proceso Control Fiscal	23
3.2.2.1 Análisis	22
3.2.3 Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	23
3.2.3.1 Análisis	23
3.3 Procesamiento aplicación de Indicadores de Gestión	23
3.3.1 Descripción de la situación	23
4. GESTIÓN DE RIESGOS (ACTUALIZADOS)	27
4.1 Análisis	32
5. RESULTADOS DE AUDITORIA	33
5.1 Análisis	37
6. PLANES DE MEJORAMIENTO (ACPM'S)	39
6.1 Análisis	45
7. CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	51
8. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	55
9. CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	62

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento del numeral 5.6 de la Norma Técnica de la Calidad para la Gestión Pública NTCGP-1000, la cual considera también componentes relacionados en los Subsistemas Control Estratégico y Control de Evaluación del Modelo Estándar de Control Interno, se presenta el informe de Revisión por la Dirección de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca vigencia 2015, con el fin de registrar el aseguramiento de la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad continuas de nuestro Sistema Integrado de Gestión de la Calidad; así mismo, proporcionar evidencia de su seguimiento al desarrollo y mejora en el tiempo.

La presentación del informe se realiza bajo los parámetros definidos por el llamado enfoque de sistemas (Entrada-Proceso-Salida). De esta manera, se consideran tanto los insumos determinados en el numeral 5.6.2 Información de entrada para la revisión, como los productos del numeral 5.6.3 Resultados de la revisión.

Los insumos para la consolidación del informe, fueron suministrados por el Responsable de cada Proceso, de acuerdo con el formato que ya se tiene definido para tal efecto; el procesamiento y los productos, han sido determinados por la Alta Dirección, de acuerdo con el grado de desarrollo actual del Sistema Integrado de Gestión . SIG-, lo cual conlleva a la estructuración de una nueva herramienta que será adicionada a la documentación de soporte de nuestro Sistema; esto como parte del Insumo: Recomendaciones para la Mejora.

Como queda claro, los productos de este procedimiento de Norma: Revisión por la Dirección, se deben materializar en decisiones de la Dirección y Acciones Operacionales, que mejoren el servicio entregado a la Comunidad Vallecaucana; para tal efecto, se identifica claramente al interior de la Entidad los responsables por dichas acciones, mediante asignación determinada directamente por el Señor Contralor Departamental.

Sólo falta expresar que el presente informe debe ser considerado por los Responsables de los Procesos, como la herramienta de trabajo que proporciona la retroalimentación de la Alta Dirección para todo el Sistema Integrado de Gestión de la CDVC; las próximas entregas como insumos para este ejercicio de Revisión, debe ser estructurado de acuerdo con los resultados aquí consignados para poder mostrar el valor agregado en cada uno de los años evaluados.

La estructura de la presentación de este informe, se ve reflejada en su tabla de contenido, donde se aprecia un orden que inicia con la satisfacción del cliente y termina en Recomendaciones para la Mejora. Una interpretación de este orden es como sigue:

El Sistema Integrado de Gestión se fundamenta en dos pilares claves: la apreciación del cliente de los productos/servicios que recibe y la forma como la Entidad configura esos

productos/servicios a través de la realización de sus Procesos; los cuales para el cumplimiento de sus objetivos, se pueden ver afectados en sus resultados de acuerdo con la calificación de sus riesgos inherentes.

La evaluación que permite apreciar lo anterior, se realiza a través de tres instancias: Auditorías Internas, Auditoría de la Auditoría General de la República y Auditorías de ICONTEC. Los resultados de estas auditorías quedan consignadas en Planes de Mejoramiento con base en las acciones determinadas (correctivas, preventivas, mejoramiento), las cuales son objeto de seguimiento y apreciación de manera integral por la Alta Dirección.

Se cierra este ciclo, identificando de manera general mediante lluvia de ideas, los cambios que pueden afectar el Sistema Integrado de Gestión y las recomendaciones para su mejoramiento.

La Alta Dirección evaluó el desempeño y mejora del Sistema Integrado de Gestión, verificando la conveniencia, adecuación, eficacia continua, eficiencia, efectividad y mantenimiento del sistema, se realiza mejora continua a las desviaciones detectadas y efectuando los cambios necesarios para fortalecer el desempeño y gestión de la Contraloría Departamental.

Los resultados que apuntan al cumplimiento de lo definido en la Plan Estratégico denominado **Í Por la Promoción de una Cultura de Control Fiscal Eficiente, Incluyente y Duradera - 2015Î**, El nuevo plan estratégico 2016 -2019 denominado **ÍControl Fiscal Participativo para la Protección de los Recursos del Valle del CaucaÎ** evidencian el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión (SIG). Este plan está aprobado y entró en vigencia en marzo de 2016.

Es así como en aras de la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión, éste se ha adecuado a las nuevas necesidades y requerimientos organizacionales, realizándose una serie de actividades de fortalecimiento institucional, tanto a nivel de cada proceso como en su direccionamiento estratégico. El re-direccionamiento estratégico en la vigencia 2016 se modificó el Plan Estratégico y se estructuró un ajuste a los indicadores y los riesgos de modo que estos estén vinculados con la medición del plan.

La metodología utilizada para la medición del plan estratégico, establece utilizar los indicadores de los procesos y asociarlos con los resultados del Plan, estos a su vez, miden los objetivos específicos que alimentan los objetivos estratégicos y estos a su vez, agregan hacia los pilares, obteniendo así un resultado global de avance del plan; como valor agregado y si se requiere, se pueden tomar y medir de forma independiente y por vigencia los diferentes componentes del Plan Estratégico (pilares, objetivos estratégicos y objetivos específicos).

1. PRESENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ÈSIG-

En el año 2005 el ICONTEC Certificó el Sistema Integrado de Gestión de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, conforme a la NTC ISO 9001:2000 con el código No. 3002-1 y en el 2009 se otorgó el certificado de la calidad para las entidades del sector público bajo la norma NTCGP 1000:2004, con el código GP-111-1.

En el año 2010, considerando la normatividad legal vigente en materia de sistemas de gestión y control para las entidades del estado, se emite la Resolución No.307 mediante la cual se adopta un Sistema Integrado de Gestión, para integrar las normas anteriormente mencionadas y el Modelo Estándar de Control Interno, ahora bajo la norma NTCGP 1000:2009.

En el mes de Mayo del año 2015 ICONTEC realizó la Auditoría de Renovación, la cual se desarrolló con los siguientes objetivos:

- Determinar la conformidad del Sistema Integrado de Gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.
- Evaluar la capacidad del Sistema Integrado de Gestión para asegurar el cumplimiento de los requisitos. legales y reglamentarios aplicables al alcance del Sistema Integrado de Gestión y a la norma de Requisitos de Gestión
- Determinar la eficaz implementación y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión
- Identificar Oportunidades de Mejora en el Sistema Integrado de Gestión

Cumplido el examen por parte del organismo certificador, se encontró la conformidad del Sistema Integrado de Gestión en la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con los aspectos que apoyan dicha conformidad y su eficacia.

Los resultados en detalle entregados por el Certificador con la denominación de Oportunidades de Mejora, se constituyen en el fundamento de nuestro trabajo frente a la gestión de la Entidad y en ese sentido, serán acatadas en el tiempo para continuar con nuestro mejoramiento continuo que es el principio de actuación del Sistema Integrado de Gestión, en procura del cumplimiento de nuestra razón de ser frente a las partes interesadas y comunidad en general que configuran como un todo a nuestros clientes.

2. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Para dar respuesta y continuidad a lo que determina la Norma en su numeral 5.2, *la alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumple con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente*, la CDVC tiene definido tres aspectos básicos para responder apropiadamente a este requerimiento de manera particular, ellos son: Encuestas de Satisfacción, Peticiones, Quejas y Denuncias (PQD) y Sugerencias.

2.1 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Para realizar el procesamiento de las encuestas de satisfacción la CDVC ha definido desde el periodo 2012 cinco (5) grupos focales: comunidad, sujetos de control, concejos municipales, la asamblea departamental y PQD (Peticiones, Quejas y Denuncias).

Descripción de la situación para las diferentes Clientes de la Entidad.

Grupo focal 1. - Comunidad: Se realizó el acto público de Rendición de Cuentas de la Contraloría Departamental del Valle en el Auditorio de Telepacífico el día 26 de noviembre de 2015, con transmisión en directo por el canal regional de 10 a.m. a 12 p.m, con transmisión en directo por el canal regional.

Al acto público asistieron ciento cincuenta y tres (153) personas. Al terminar el evento se aplicaron 71 encuestas entre los asistentes que incluían funcionarios de las entidades sujetos de control, contralores de la región, alcaldes municipales, gremios, Universidades y fundaciones entre otros.

A continuación se realiza el comparativo de los últimos 4 periodos:

Cuadro # 1 Resultados de Encuesta Rendición de Cuentas

	2012	2013	2014	2015
Tamaño Muestra:	118	124	23	71
Poblacion:	No se identifica	No se identifica	150	153
# actos Públicos: Rendición de cuentas:	3	12	1	1
Sitios:	Santiago de Cali, Cartago y Tuluá,	Alcalá, Cartago, La Victoria, Candelaria, Pradera, Guacarí, Buga, Jamundí, Dagua, Caicedonia, Sevilla y Zarzal.	Transmisión en directo por el canal regional, asisten mas de 150 personas y solo se obtienen 23 encuestas.	Transmisión en directo por el canal regional, asisten mas de 153 personas y se obtienen 71 encuestas.
Resultado	No se determino	88% Califica Entre Muy Buena y Excelente	98% Califica entre Muy Buena y Excelente	83%

Se evidencia un crecimiento en el tamaño de la muestra con respecto al año 2014 de un 31%.

Como aspecto positivo por segundo año se utiliza la herramienta de transmisión por el canal regional lo que reduce el número de actos públicos a 1, en la revisión por la dirección del 2015 se recomendó medir el rating del acto e idearse una manera de conocer la percepción de los televidentes, validando si este medio es efectivo para la comunidad, a la fecha esta recomendación no se ha llevado a cabo.

El resultado general de la encuesta con respecto al año comparable 2014, refleja una disminución de la satisfacción de un 98% (2014) bajamos a 83% (2015) consideramos que este resultado se ve afectado por el incremento en el tamaño de la muestra con respecto al año anterior.

Agendas Ciudadanas: El proceso no reporta información respecto a este punto para el año 2015; se resalta que en la vigencia anterior (2014) se realizaron tres Agendas Ciudadanas en los municipios de Yotoco, Obando y La Cumbre.

Estas agendas tuvieron como objetivo llegar a los municipios que en 2013 y 2014 no presentaron quejas ni denuncias, con el fin de socializar con la comunidad la labor del Ente de Control y los mecanismos de Participación Ciudadana, para motivar a la comunidad a participar activamente del control ciudadano.

Foros: El proceso no reporta información respecto a este punto para el año 2015; se resalta que en la vigencia 2014 se realizaron dos foros en universidades por parte del Señor Contralor Departamental.

El primero se realizó en la Universidad del Valle sede Cartago y el segundo se realizó en la Universidad del Pacífico en Buenaventura.

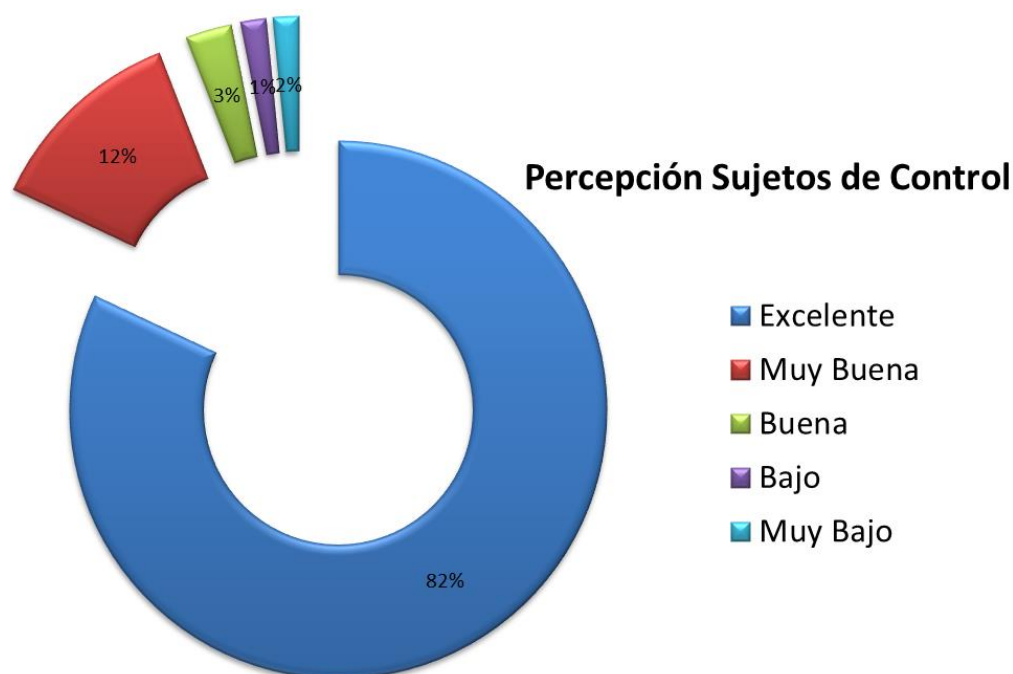
Grupo focal 2. Sujetos de Control.

Durante la vigencia 2015 se ejecutó nuestro Plan General de Auditorías, en el que se programaron y se realizaron setenta y seis (76) Auditorías Regulares en los diferentes sujetos de control.

Por esta razón se aplicó la encuesta de satisfacción en las entidades auditadas, obteniendo 65 respuestas diligenciadas (muestra del 86%). Se estableció un factor de evaluación con cinco preguntas, con el fin de identificar si nuestros clientes están o no satisfechos con el proceso auditor realizado por parte de la CDVC, como resultado tenemos que el 85% otorgan una calificación de excelente.

Se aplicó la encuesta de satisfacción en las entidades auditadas, obteniendo 131 respuestas diligenciadas. Se estableció un factor de evaluación con cinco preguntas, con el fin de identificar si nuestros clientes están o no satisfechos con el proceso auditor realizado por parte de la CDVC, como resultado tenemos que el 76% otorgan una calificación de excelente y el 21% muy buena.

Grafico #1 Resultados Encuestas Sujetos de Control 2015



Los 5 aspectos evaluados obtuvieron un puntaje alto, el menos favorecido por segundo año consecutivo fue la pregunta número 2 con un puntaje de 4,5 %. El equipo auditor solicitó la documentación pertinente de manera previa; es importante identificar actividades que mejoren este aspecto, por parte del proceso de Control Fiscal; en la anterior revisión se resaltó esta recomendación; no se evidencia plan de trabajo al respecto.

Grafico #2 Resultados Aspectos Evaluados Sujetos Control 2014 . 2015

Comparativo



Se realiza el comparativo de los resultados obtenidos en los periodos 2012, 2013, 2014 y 2015; identificando una disminución en el tamaño de la muestra y en el nivel de satisfacción.

Cuadro # 2 Resultados de Encuesta Sujetos de Control

	2012	2013	2014	2015
Tamaño de la Muestra	53	17	131	65
Resultado	91% Percepción Positiva	100% Entre Buena y Excelente	99% Entre Buena y Excelente	94% Entre Buena y Excelente

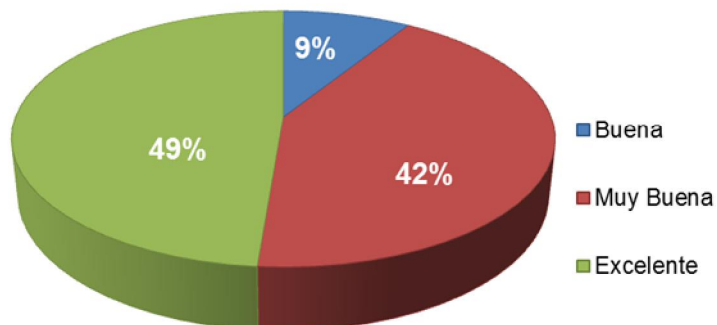
Grupo Focal 3 Concejos Municipales.

En octubre de 2015 se suministró a los treinta y siete (37) Concejos del Valle competencia del ente de Control Departamental, la encuesta de percepción de dichas Corporaciones frente a la Gestión adelantada por la Contraloría del Valle durante lo corrido del 2015, de las cuales retornaron debidamente aplicadas un total de veintiséis (26) Encuestas, es decir un 70%.

Al igual que la encuesta aplicada a la Asamblea Departamental, se busca medir mediante tres preguntas el nivel de satisfacción que tienen los concejales con el que hacer misional de la CDVC.

Grafico #3 Resultados Concejos Municipales 2015

Concejos Municipales



Se realiza el comparativo de los resultados obtenidos en los periodos 2012, 2013, 2014 y 2015; identificando un aumento en el tamaño de la muestra; y en el % de satisfacción de los Concejales de un 81% que se obtuvo en el año 2014 a un 91% obtenido en el 2015.

Cuadro # 3 Resultados de Encuesta Concejos Municipales

	2012	2013	2014	2015
Tamaño de la Muestra	88	118	23	26
Resultado	86% Percepción Positiva	93% Entre Bueno y Excelente	81% Entre Bueno y Excelente	91% Entre Bueno y Excelente

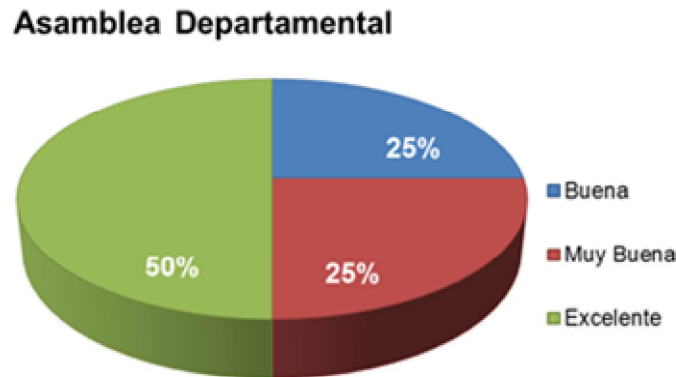
Grupo focal 4. Asamblea Departamental.

Se aplicaron las encuestas de satisfacción a siete (7) de los veintiún (21) Diputados que actuaron en la vigencia 2015 y que para el 2016 fueron reelegidos, las cuales reposan en nuestros archivos debidamente diligenciadas.

El objetivo de la encuesta es medir el nivel de satisfacción de los honorables miembros de la Asamblea Departamental a través de tres preguntas para calificar de uno (1) a cinco (5), con la oportunidad y claridad de los informes producidos por la CDVC, la calidad de la información como insumo para el ejercicio del control político, y con la contribución de la CDVC con el mejoramiento de la calidad de vida de los vallecaucanos.

A continuación encontramos el gráfico de cada pregunta que nos permite de manera porcentual, evidenciar los resultados obtenidos.

Grafico #4 Resultados Encuestas Asamblea Departamental 2015



Se realiza el comparativo de los resultados obtenidos en los periodos 2012, 2013, 2014 y 2015; el tamaño de la muestra es la más pequeña en los 4 periodos y el nivel de satisfacción pasa de un 100% a un 75% entre buena y excelente.

Cuadro # 4 Asamblea Departamental

	2012	2013	2014	2015
Tamaño de la Muestra	21	13	21	7
Resultado	93% Percepción Positiva	100% Percepción Positiva	100% Entre Bueno y Excelente	75% Entre Bueno y Excelente

Grupo focal 5. Quejas y Denuncias

En la vigencia 2015 se recibieron en la entidad 177 PQD y se atendieron 153 con informe final a 31 de diciembre de las cuales solo 3 diligenciaron la encuesta, pese a que cada informe final lleva adjunto dicho anexo.

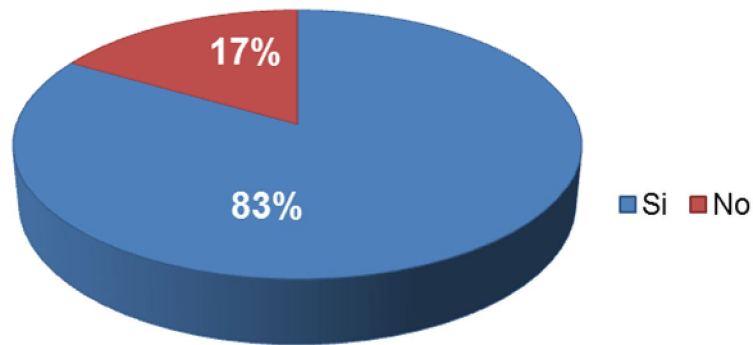
La encuesta está estructurada a partir de cuatro preguntas, que pretenden medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos con el trámite y atención de las quejas y denuncias.

El nivel de satisfacción es un 78% positivo, el tamaño de la muestra no es representativo y disminuye con respecto al año anterior; solo 3 ciudadanos contestaron la encuesta que

corresponde a un 2% de los PQD atendidos por la CDVC; cabe anotar que la muestra es muy baja pese a los esfuerzos realizados para obtener y ampliar la misma

Grafico #5 Resultados Encuestas Satisfacción de Quejas 2015

Satisfacción Quejas y Denuncias 2015



Cuadro # 5 Comparativo Satisfacción de Quejas

	2012	2013	2014	2015
Población	Sin Información	Sin Información	166	153
Tamaño de la Muestra			7	3
Resultado			93% Satisfecho	83% Satisfecho

2.1.1 Análisis.

No se evidencian las acciones tomadas frente a las recomendaciones para la mejora indicadas en este informe en el año pasado; dichas situaciones son recurrentes, afectando negativamente el resultado del proceso.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el año 2014 y 2015, se evidencia que la tendencia continua siendo positiva en los grupos de interés encuestados; este resultado no es confiable dado que el tamaño de la muestra ha disminuido; se debe aplicar el tamaño de la muestra indicada en el procedimiento M2P4-04 y dejar esta información detallada en los informes así: Rendición pública de cuentas anual, foros y/o audiencias el 60% de los asistentes; 30% de los concejales de cada Municipio, 50% de la Asamblea Departamental y el 60% de los sujetos de control auditados+

Se debe realizar la retroalimentación de los resultados de las encuestas a los procesos respectivos, y realizar seguimiento de las acciones que estos implementen, según lo establecido en el procedimiento.

Como aspecto relevante se identifica el uso de la transmisión en directo, se debe considerar validar la efectividad de este medio e idear una forma que permita calificar al televidente la calidad de la información recibida.

En el año 2014 se amplió la medición de la percepción a los participantes de las agendas ciudadanas y foros, a través de la aplicación de la encuesta de satisfacción que se realiza al Acto Público de Rendición de Cuentas; para el año 2015 no se presenta dicha información como lo indica el procedimiento M2P4-04.

Se debe incluir en el procedimiento la frecuencia de aplicación de la encuesta a los sujetos de control y a las quejas.

3. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO

El Desempeño de los Procesos y la conformidad de los servicios de la CDVC; se han dividido en cuatro categorías, así:

- **Informe de Gestión de los Procesos;** el consolidado de resultados de seguimiento a Planes de Acción.
- **Conformidad del Servicio,** los procesos misionales que tienen relación directa con los Clientes de la CDVC.
- **Aplicación de Indicadores de Gestión,** específicamente el Informe de Autoevaluación de la Gestión, como una forma de lograr el cumplimiento del Plan Estratégico.
- **Efectividad del SIG:** con alcance solo a los procesos misionales.

3.1. Informe de Gestión de los Procesos Æ Planes de Acción

Como lo determina la Norma en su requisito 4.1, el Sistema Integrado de Gestión se fundamenta en la gestión de todos los Procesos de la Entidad; por esta razón como una medida de su funcionamiento, se trata en este informe lo relativo a la ejecución de sus Planes de Acción por cada proceso.

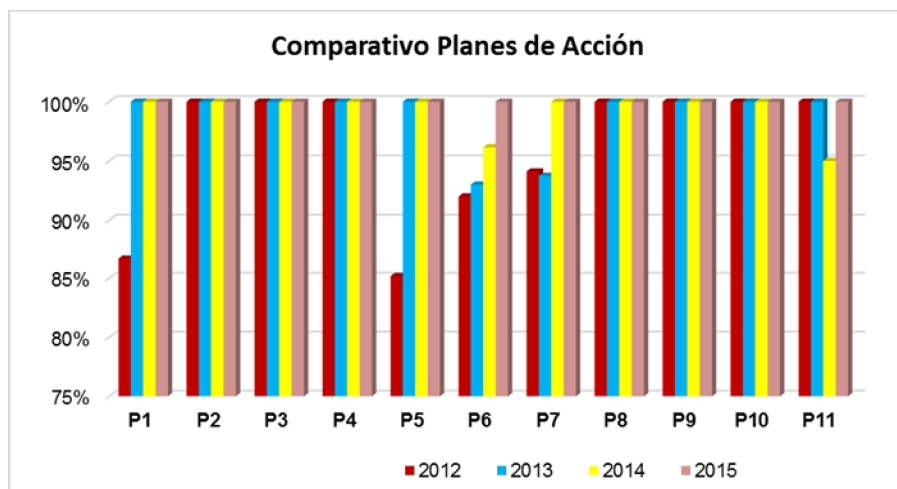
Al realizar la revisión de los planes de acción se decidió comparar los periodos 2012, 2013 y 2014 y 2015; identificando que en el año 2012 tres procesos obtuvieron cumplimiento entre el 87% y 94%, en el 2013 dos procesos entre el 93% y 94%; en el 2014 dos procesos entre el 94 y 95%; y para el año 2015 todos los procesos alcanzaron el 100% logrando un alcance final muy favorable del 98%.

Cuadro # 6 Resultados de Planes de Acción

CODIGO	PROCESO	2012	2013	2014	2015	
		% CUMP.	% CUMP.	% CUMP.	% CUMP.	
P1	Planeación y Direccionamiento Gerencial	87%	100%	100%	100%	97%
P2	Gestión Jurídica	100%	100%	100%	100%	100%
P3	Comunicación Pública	100%	100%	100%	100%	100%
P4	Participación ciudadana	100%	100%	100%	100%	100%
P5	Control Fiscal	85%	100%	100%	100%	96%
P6	Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	92%	93%	96%	100%	95%
P7	Gestión Humana	94%	94%	100%	100%	97%
P8	Recursos Físicos y Financieros	100%	100%	100%	100%	100%
P9	Recursos Informáticos	100%	100%	100%	100%	100%
P10	Gestión Documental	100%	100%	100%	100%	100%
P11	Evaluación y Mejora	100%	100%	95%	100%	99%
		96%	99%	99%	100%	98%

La apreciación gráfica del cuadro anterior es la siguiente:

Grafico # 6 Comparativo Cumplimiento Planes de Acción



3.1.1. Análisis.

Al revisar las actividades que se describen en los planes de acción se identifica claramente que estas hacen referencia a actividades propias del proceso, incluso se pueden identificar en los procedimientos y demás documentos de la CDVC; el uso de esta herramienta no es el adecuado.

Los planes de acción deben reunir las estrategias que nos ayudaran a conseguir los objetivos del plan estratégico, identificando actividades robustas, responsables y fechas. Así las cosas, los planes de acción de los diferentes procesos se deben trabajar por estrategias y no por actividades propias de la función institucional.

Cuando miramos los % de cumplimiento son realmente favorables y esto se debe a las actividades planteadas, que se resumen en el diario actuar del proceso. Es decir que ese grado de cumplimiento no es un dato relevante para la CDVC.

3.2 Procesamiento Conformidad del Servicio.

La conformidad de los Servicios de la CDVC, se observa de acuerdo con el desempeño de sus Procesos Misionales, a saber: Participación Ciudadana, Control Fiscal y Proceso de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva.

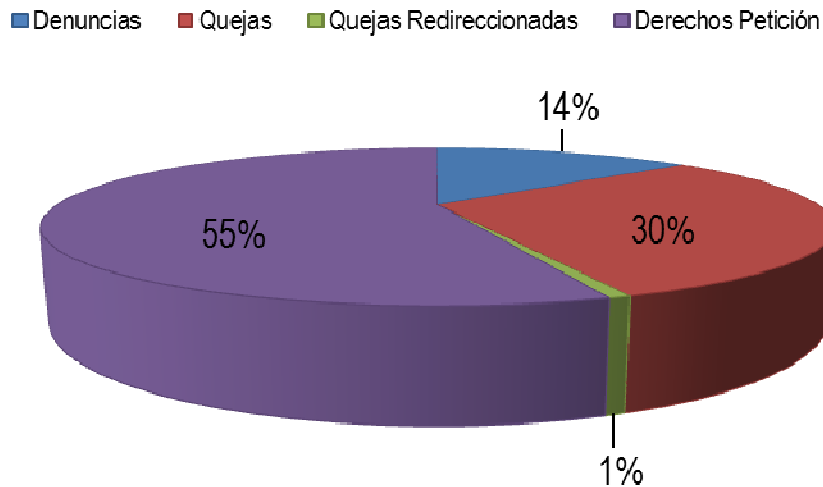
La descripción de la situación se presenta entonces de acuerdo con el resultado alcanzado para los procesos en mención, según el ejercicio de análisis para la Autoevaluación de la Gestión realizado por la Oficina Asesora de Planeación y registrado en el documento Informe Consolidado Autoevaluación de la Gestión, Vigencia 2015+

3.2.1 Participación Ciudadana.

Los requerimientos que llegan a este proceso son Quejas, Denuncias y Derechos de Petición, en lo corrido del año 2015 se recibieron en total de 421 requerimientos distribuidos así:

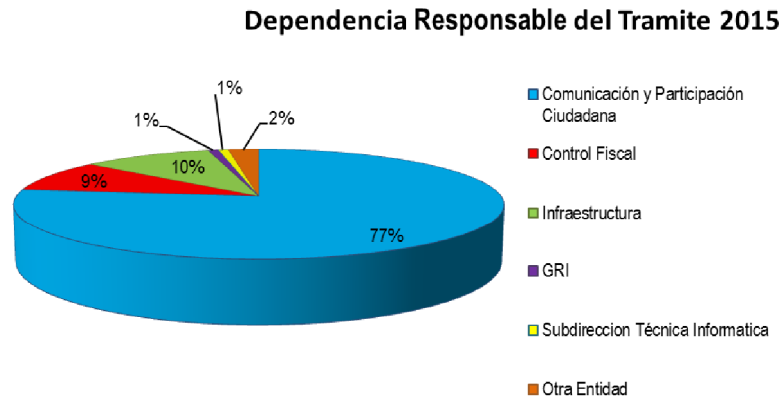
Grafico # 7 Distribución Atención de Requerimientos 2015

Tipos de Requerimientos 2015



En el año 2015 se recibieron 130 quejas; 3 fueron trasladadas y 127 fueron tramitadas por la contraloría; a la fecha existen 17 quejas que están en proceso de atención.

Grafico #8 Distribución Atención de las Quejas Tramitadas 2015

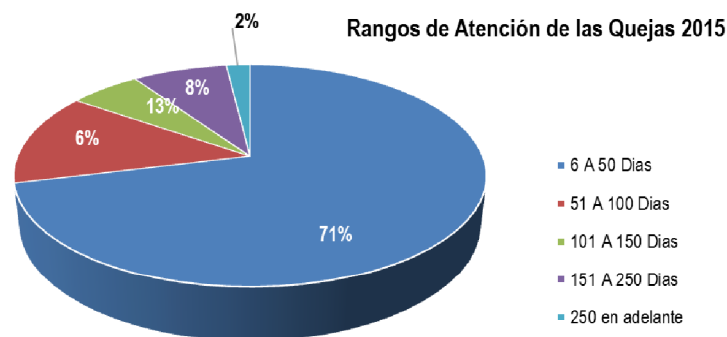


Una vez el Responsable del proceso de Participación Ciudadana recibe las quejas realiza un análisis de la solicitud y decide cuales quejas se atenderán por trámite directo y cuales por trámite indirecto.

En resumen el Proceso atendió por trámite directo 100 quejas que equivalen a 77%, por trámite indirecto a través de Control Fiscal 12; por Infraestructura 13 I GRI 1 Subdirección Técnica Informática 1 y 1 por otra entidad, un total de 30 quejas que equivalen al 23%.

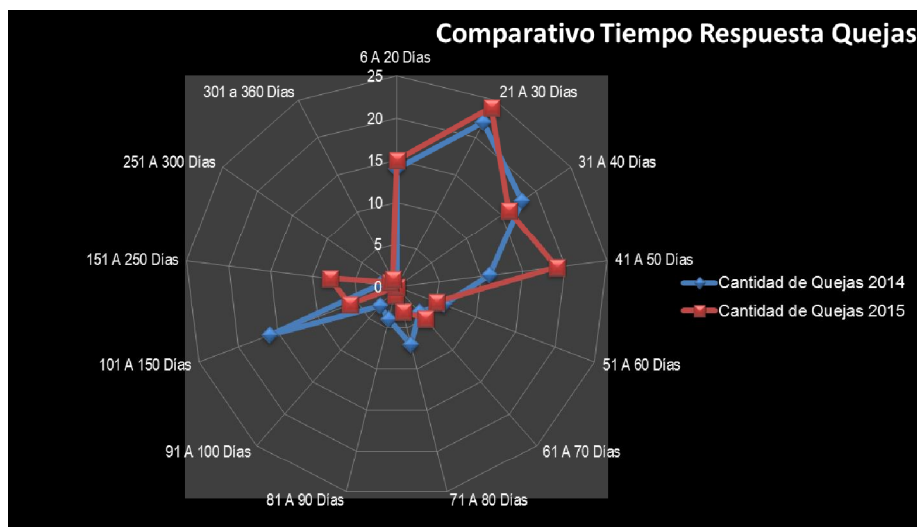
El tiempo de atención de las quejas es demasiado disperso afectando la confiabilidad de la medición, se realizó una estadística del promedio de atención de las quejas, como criterio se tomó la fecha de inicio del trámite y la fecha de finalización. Matriz en Excel denominada Consolidado PQD 2015+

Grafico # 9 Tiempo Promedio de Atención de Quejas 2015



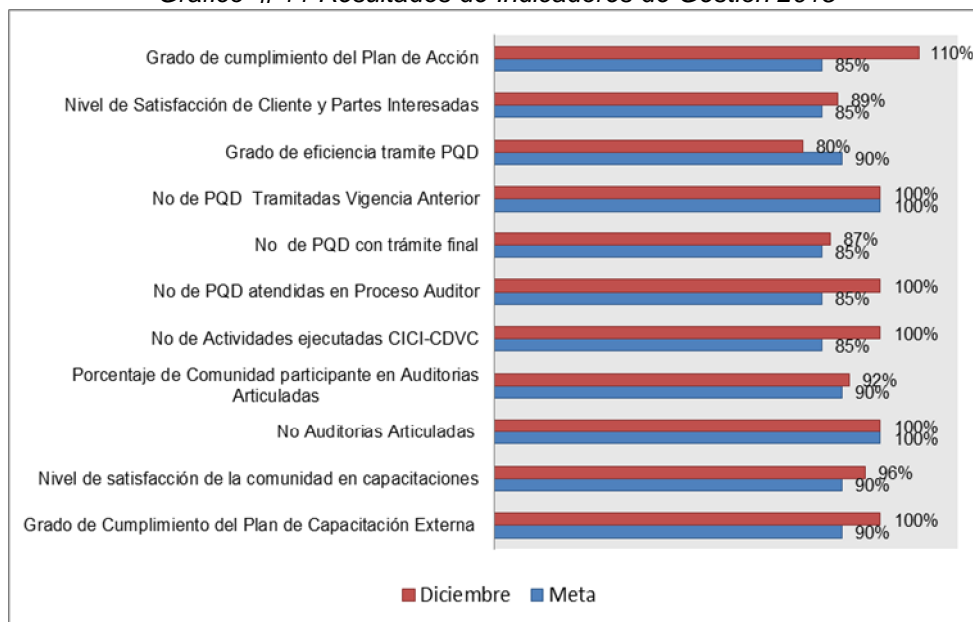
En resumen en el año 2014 el 61% y en el 2015 el 71% de las quejas se atendieron en un promedio de 50 días.

Grafico #10 Tiempo Promedio de Atención de Quejas 2014 -2015



Respecto al cumplimiento de los indicadores de gestión del proceso, los resultados son los siguientes:

Grafico # 11 Resultados de Indicadores de Gestión 2015



3.2.1.1 Análisis.

Al solicitar la información para el análisis se identificó que la Matriz en Excel %consolidado de datos PQD 2015+estaba diligenciada parcialmente, el método de trazabilidad y control del proceso se realiza a través de este registro; se evidencia falla en el control y en la oportunidad de consulta de los datos.

No existe un indicador que pueda medir la oportunidad en la respuesta de los requerimientos (Quejas . denuncias . derechos de petición), ni se identifica fácilmente los tiempos máximos para la atención cuando es trámite directo o indirecto.

Durante los últimos tres años la oportunidad en la atención de las queja es un riesgo que se ha materializado y se ha identificado en los diferentes informes de auditoría, se debe generar un análisis de causa raizal y su respectivo plan de mejoramiento.

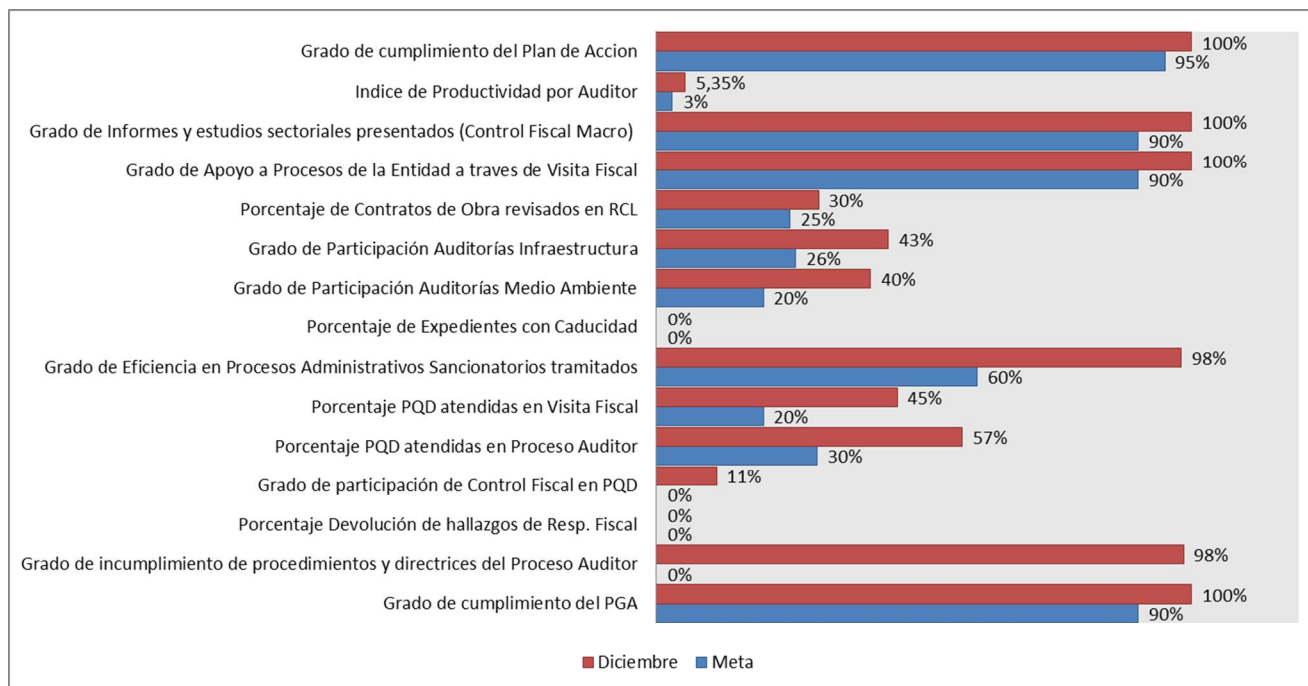
La atención de los PQD es un proceso que consta de diferentes etapas, tales como: la recepción, el análisis, el tramite (visita fiscal . proceso auditor), la revisión del informe y la respuesta final; no se identifica un mecanismo que permita realizar rápidamente trazabilidad a cada una de estas etapas y los controles; actualmente existe una %Matriz en Excel solo consolida la fecha de radicación vs la fecha de respuesta+.

El producto no conforme se solicitó como una entrada para la revisión por la dirección, dicho insumo no fue entregado; se recuerda que este requisito es de carácter obligatorio y en años anteriores el ICONTEC levanto No conformidad Mayor a los procesos misionales por la ausencia de cumplimiento de dicho requisito.

3.2.2 Proceso de Control Fiscal

Los resultados obtenidos en los indicadores de gestión para el periodo 2015 son favorables; se establecieron 15 indicadores, se cumplió con las metas establecidas y las actividades definidas en su plan de acción, obteniendo una autoevaluación a la gestión y cumplimiento de metas del 100%.

Grafico #12 Cumplimiento Indicadores Control Fiscal 2015

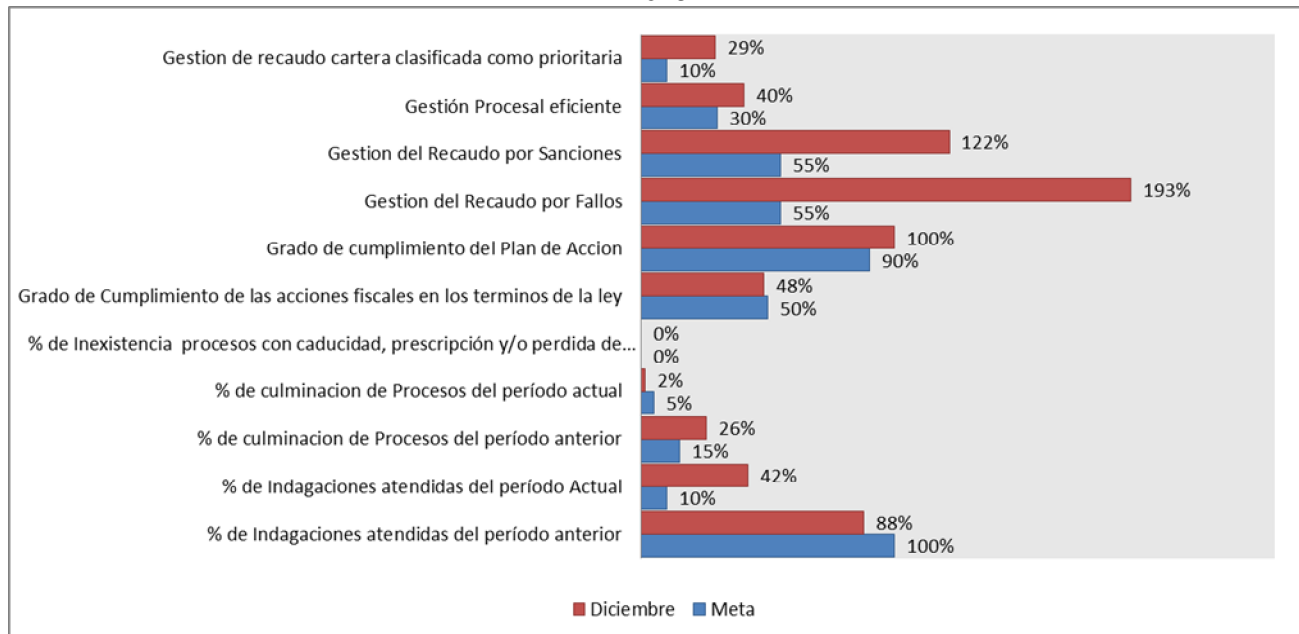


3.2.3 Proceso de Responsabilidad Fiscal y Cobro Coactivo

Para el periodo 2015 se establecieron un total de once (11) indicadores; el proceso cumplió las metas establecidas en sus indicadores de gestión y las actividades definidas en su plan de acción, obteniendo una autoevaluación a la gestión y cumplimiento de metas del 100%.

La gestión del recaudo presentó una mejora evidente superando ampliamente las metas de sus indicadores.

Grafico #13 Cumplimiento Indicadores Responsabilidad Fiscal 2015



3.3 Procesamiento Aplicación de Indicadores de Gestión Ë Plan Estratégico

El requisito 4.1 de la Norma, también determina que el Sistema incluye de manera integral a todos los Procesos de la Entidad que le permiten cumplir su función; es por esto que se presenta entonces de manera integral, el resultado del Desempeño de todos los Procesos medidos a través de sus indicadores que apuntan a la ejecución del Plan Estratégico (PE).

En principio, aquí también se toma como referente el análisis realizado por la Oficina Asesora de Planeación, que presentó los resultados de la siguiente forma:

El plan estratégico se mide en avance por año, teniendo para el primer año un peso ponderado de diez puntos, para el segundo de treinta, para el tercero de cuarenta y para el último año de gestión de veinte; los pesos se determinan tomando como análisis que el primer año es de implementación, por lo tanto, su peso debe ser bajo, que el segundo y tercer año son de ejecución, por lo tanto, su peso debe ser alto y que el cuarto año es el resultado del trabajo de los años anteriores, por lo tanto, su peso es relativamente bajo, pero más alto que el primer año.

Los resultados del plan serán medidos en proporción de resultado del (los) indicador(es) asociado(s) frente a la meta propuesta.

Durante el 2015 el Plan Estratégico se realizó el seguimiento y monitoreo al cumplimiento de los resultados esperados en cada objetivo y para la vigencia se alcanzó el 98%, así

Cuadro # 7 Cumplimiento Plan Estratégico 2015

Plan Estratégico medición año 2015											
	Peso Año	Resultado	Avance	Pilares	Peso Pilar	Resultado Vigencia	Avance Año	Objetivos estratégicos	Peso Objetivo	Resultado Vigencia	Avance
Plan Estratégico	20	98%	19,6%	EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	50	100%	50%	Ejercer el Control Fiscal de forma oportuna y con calidad	50	100%	50%
								Fomentar una Cultura de Participación Ciudadana	50	100%	50%
				RESPONSABILIDAD FISCAL	25	100%	25%	Realizar el Proceso de Responsabilidad Fiscal de forma eficiente, eficaz y oportuna	100	100%	100%
				POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	25	93%	23%	Fortalecer el desarrollo del Talento Humano	50	85%	43%
								Generar las condiciones para la ejecución del Plan	50	100%	50%

El Proceso de Gestión Humana presentó incumplimiento en la meta relacionada con el grado de percepción de los funcionarios frente a los valores éticos y el porcentaje arrojado por la encuesta fue del -3% y se esperaba mejorar en un 10%, en consecuencia, el Objetivo Estratégico No. 4 se vio afectado y alcanzó un cumplimiento del 85%.

El Plan Estratégico para el periodo 2012 Æ 2015, denominado **Por la promoción de una cultura de control fiscal eficiente, incluyente y duradera**, alcanzó un alto cumplimiento del 94%.

Cuadro # 8 Cumplimiento Plan Estratégico Cuatrenio 2012 - 2015

Plan Estratégico Consolidado									
	Resultado	Pilares	Peso Pilar	Resultado Consolidado	Avance	Objetivos estratégicos	Peso Objetivo	Resultado Consolidado	Avance
Plan Estratégico	94%	EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	50	99%	49%	Ejercer el Control Fiscal de forma oportuna y con calidad	50	99,6%	50%
						Fomentar una Cultura de Participación Ciudadana	50	97,8%	49%
		RESPONSABILIDAD FISCAL	25	80%	20%	Realizar el Proceso de Responsabilidad Fiscal de forma eficiente, eficaz y oportuna	100	80%	80%
		POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	25	99%	25%	Fortalecer el desarrollo del Talento Humano	50	97,00%	49%
						Generar las condiciones para la ejecución del Plan	50	100,00%	50%

Los dos primeros objetivos que corresponden a la ejecución de los procesos misionales de Control Fiscal y Participación ciudadana, alcanzaron en el período un alto cumplimiento con el 99.6% y 97.8%, respectivamente, en razón a la gestión, cumplimiento de metas y actividades propuestas.

El tercer objetivo, corresponde al también proceso misional de Responsabilidad Fiscal, el cual en el tercer año de la vigencia presentó un cumplimiento mediano de sus metas y por lo cual su cumplimiento promedio se vio afectado, no obstante, y gracias al esfuerzo realizado en el cuarto y último año del período alcanzó el objetivo un cumplimiento satisfactorio del 80%.

Finalmente, los dos últimos objetivos relacionados con Gestión Humana y Procesos Estratégicos, de Apoyo y evaluación y mejora, presentaron en los resultados definitivos cumplimiento alto del 97% y 100%, respectivo

Cuadro # 9 Resumen Cumplimiento de PE

Plan Estratégico 2012-2015			
Año	Peso Año	Resultado Vigencia	Avance
2012	10	94%	9%
2013	30	97%	29%
2014	40	90%	36%
2015	20	98%	19,6%
Total Avance	100		94%

3.3.1 Análisis.

El plan estratégico 2012-2015 alcanzo el objetivo en un 94%; ya se tiene establecido el plan estratégico 2016-2019 aprobado y vigente desde el mes de marzo de 2016; los indicadores de seguimiento y medición se encuentran en proceso de construcción.

4. GESTIÓN DE RIESGOS (ACTUALIZADOS)

Uno de los requisitos generales de la NTCGP 1000 está determinado como *establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad.*+ En este sentido, la Contraloría Departamental continuó con su trabajo en el año 2015.

Durante los últimos cuatro años (2012 . 2013 . 2014 -2015) el tema de los riesgos en la CDVC ha mejorado; en el año 2012 se tenían identificados, se medían pero no se consolidaba la información; en el 2013 se inició con esta buena práctica y se mantiene a la fecha.

La Entidad inicio con la identificación de 33 riesgos, en el año 2013 y 2014 se realizó una evaluación dando como resultado un total de 60 riesgos, en el año 2015 se identificaron 64; el enfoque fue evaluar el impacto como criterio para reclasificar los riesgos en extrema, alta, media y baja.

Grafico #14 Categoría de Riesgos

CATEGORIA DE LOS RIESGOS: 2012 - 2013 - 2014 - 2015

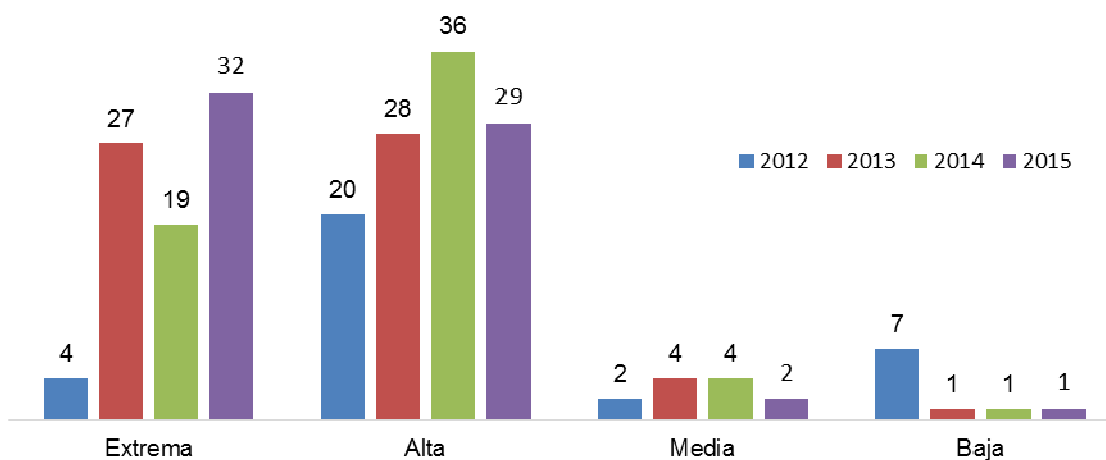
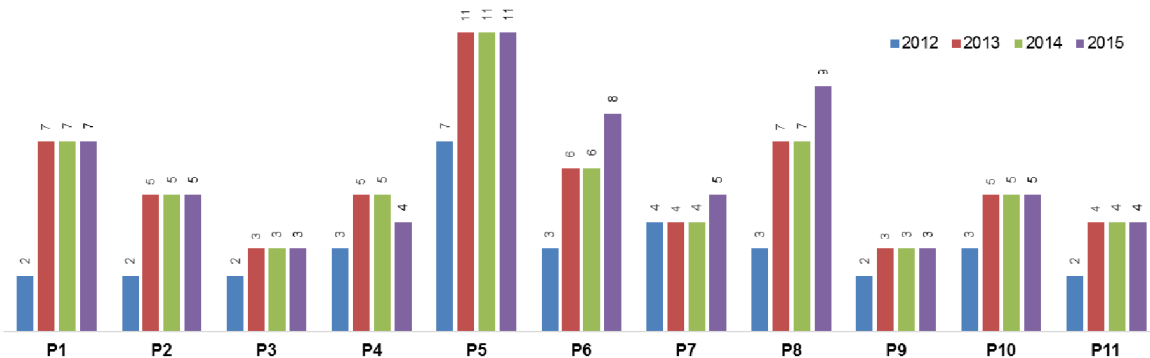


Grafico #15 Cantidad de Riesgos Identificados por Procesos

CANTIDAD DE RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESOS



Respecto a la materialización esta aumenta del año 2014 al 2015; en la cantidad de riesgos de tres (3) riesgos pasamos a cinco (5); la frecuencia de materialización disminuye de 23 a 15.

El % de riesgos materializados vs los riesgos identificados en promedio el 8% en los últimos tres años.

Cuadro # 10 Consolidado de Riesgos

Periodo	# de Riesgos Identificados	Materializados	Frecuencia	%
2012	33	No se consolidaban los datos		
2013	60	7	162	12%
2014	60	3	23	5%
2015	64	5	15	8%

Para el periodo 2015 como se observa en el cuadro el riesgo ~~alta~~ de oportunidad en el trámite y respuestas de las quejas+proceso responsable Participación Ciudadana; reincide con una frecuencia de 5 veces y en el proceso de Control Fiscal ~~informes~~ de auditoría de baja calidad, por no aplicación de normas y métodos para el ejercicio del control fiscal, en especial la Guía de Auditoría de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca . GACDVC+

Cuadro # 11 Tipo de Riesgos Materializados

Riesgo No.	Descripción del Riesgo	2013	2014	2015
1	Falta de oportunidad en el trámite y respuesta de las quejas	116	2	5
2	Informes de auditoría de baja calidad, por no aplicación de normas y métodos para el ejercicio del control fiscal, en especial la Guía de Auditoría de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca - GACDVC.	18	18	3
3	Inadecuada conformación de hallazgos	22	3	
4	Caducidad y prescripción de la acción fiscal	1	0	
5	Incumplimiento con las transferencias documentales por cada	1	0	
6	Extemporaneidad en la presentación de los informes a entes de control, responsables de proceso, jefes de dependencia o Alta Dirección.	3	0	
7	No realización oportuna del ciclo de auditoría del Sistema Integrado	1	0	
8	Rendición en línea a la AGR, con requerimientos posteriores			4
9	Información desactualizada en el Observatorio			2
10	Desactualización normativa y conceptual de los funcionarios de la entidad			1
		162	23	15

4.1. Análisis

Se evidencia que la CDVC está fortaleciendo su cultura respecto a la identificación y mitigación de los riesgos de la entidad; es importante identificar y documentar en que momento del proceso se materializa el riesgo y bajo qué criterio.

Por tercer año el riesgo %alta de oportunidad en el trámite y respuestas de las quejas+e %nformes de auditoría de baja calidad, por no aplicación de normas y métodos para el ejercicio del control fiscal, en especial la Guía de Auditoría de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca . GACDVC+se materializa, El proceso de Participación Ciudadana y Control Fiscal deben realizar el respectivo análisis de causa y plan de acción dando tratamiento como una no conformidad.

5. RESULTADOS DE AUDITORIA

La NTCGP 1000, estipula en su numeral 8.2.2 que *la entidad debe llevar a cabo, a intervalos planificados, auditorías internas para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad:*

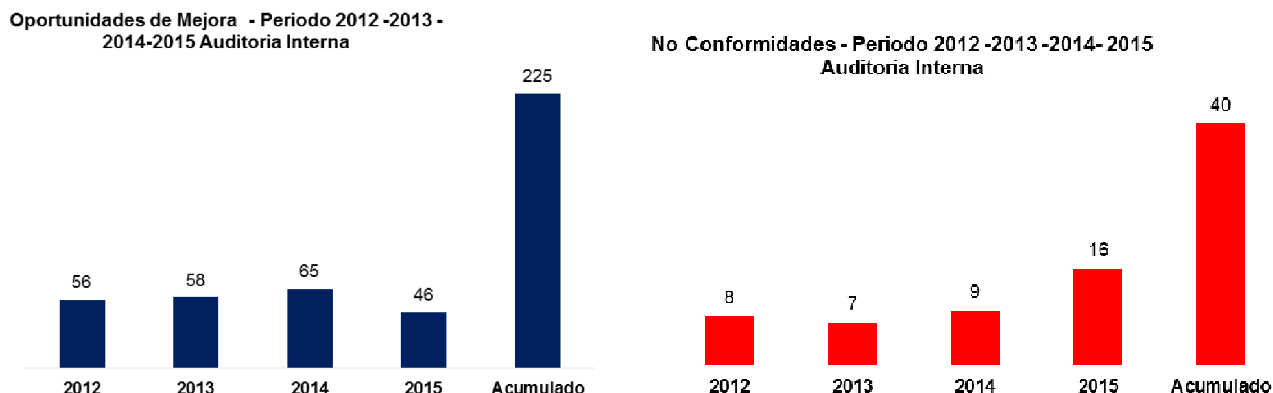
a) es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de esta norma y con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad establecidos por la entidad, y

b) se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.+

La CDVC considera en su organización el funcionamiento de la Oficina de Control Interno responsable del Proceso Evaluación y Mejora, mediante el cual se responde a los requerimientos exigidos a este respecto.

Para el análisis de esta herramienta para la mejora se decidió revisar los últimos cuatro (4) años; identificado en los procesos de auditoria interna al Sistema Integrado de Gestión un total de 40 no conformidades y 225 oportunidades de mejora, es decir que el 15% de los hallazgos corresponden a Ncm y el 85% restante a OM.

Grafico #16 Consolidado Cantidad de Ncm y OM



Se identifican que los procesos con mayor número de No Conformidades Menores (Ncm) y oportunidades de mejora (OM) identificados en los últimos cuatro (4) años corresponden a los procesos misionales (Participación Ciudadana . Control Fiscal . Responsabilidad Fiscal y Cobro Coactivo . Gestión Humana).

Grafico #17 Consolidado Número de Ncm por Proceso

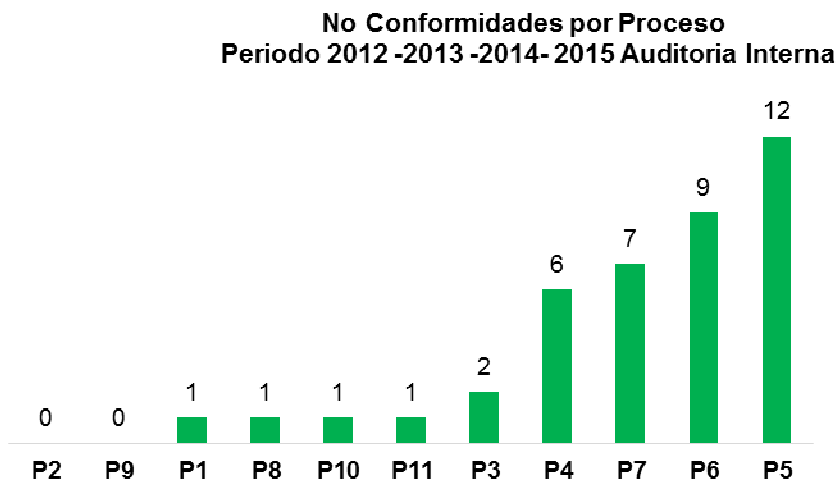
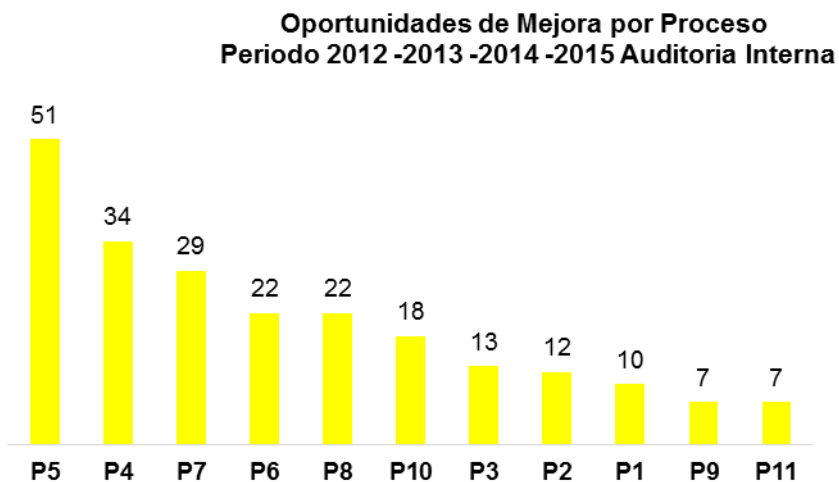


Grafico #18 Consolidado Número de OM por Proceso



Se clasificaron los requisitos de la norma identificados como No conformidades Menores durante estos últimos cuatro años y los hallazgos con mayor frecuencia registrada son:

Grafico #19 Consolidado de Requisitos identificados ISO

Frecuencia Ncm Requisitos ISO (2012-2013-2014-2015) Auditoría Interna

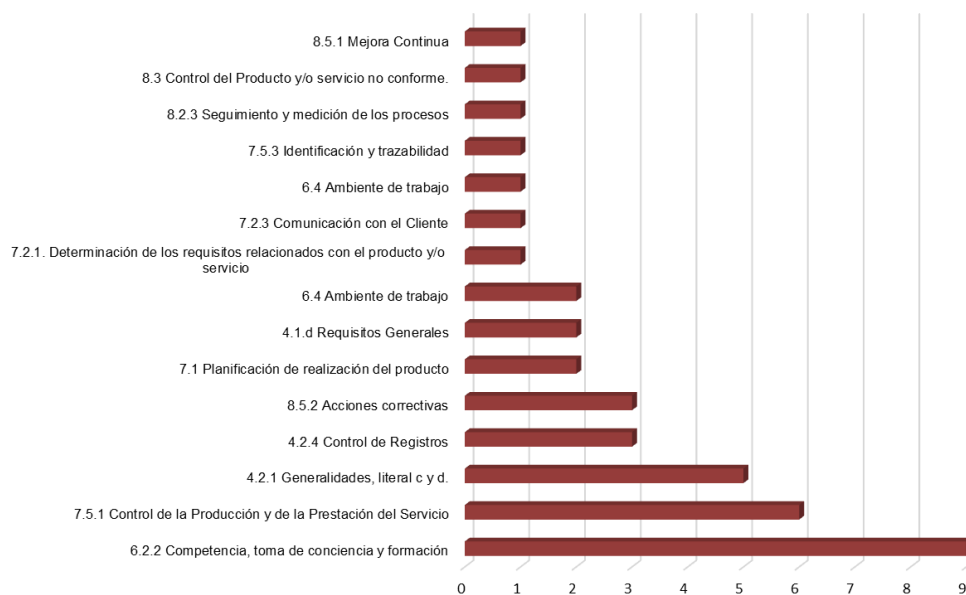
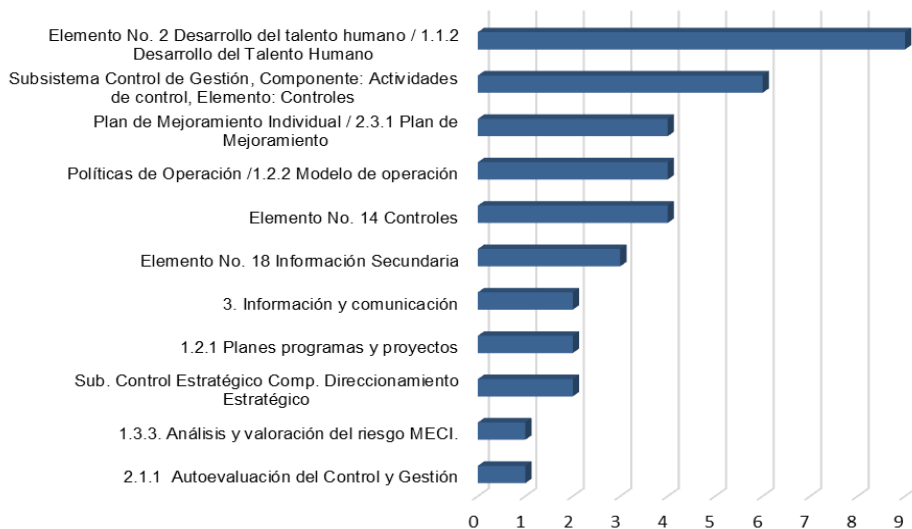


Grafico #20 Consolidado de Requisitos identificados MECI

Frecuencia Ncm Requisitos MECI (2012-2013-2014-2015) Auditoría Interna



5.1. Análisis

Al comparar el ítem %Confiable+ en el Informe de Auditoría Interna este cita el mismo texto en los últimos cuatro años: %El equipo auditor se encuentra certificado por el Icontec para realizar auditorías al Sistema Integrado de Gestión a los procesos auditados, cumple con el perfil establecido para la realización de las auditorías, conoce y maneja el procedimiento de Auditorías al Sistema Integrado de Gestión . ASIG+; es importante hacer referencia al perfil de los auditores y las actividades realizadas para mejorar su competencia, es decir número de hora en auditoría, capacitaciones realizadas, etc.

Se revisaron las listas de chequeo identificando que estas son muy generales y no describen en detalle la evidencia recolectada.

Las Oportunidades de Mejora (OM) superan 5.6 veces las No Conformidades Menores (Ncm); al realizar una revisión de la OM se identifican en su redacción que son No conformidades y se han clasificado inadecuadamente.

La Auditoría no identifica algunos problemas que los procesos han presentado reiterativamente y que otras fuentes las han reportado, como: auditoría ICONTEC, AGR, Informe de Riesgos, Revisión por la Dirección, Producto No conforme; etc.

La intensidad que se le da a los procesos y la frecuencia en que se realiza las auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión deben considerar como criterio las alertas que dan los diferentes informes de la Entidad y el histórico dentro de los diferentes ciclos de auditoría; caso preciso Responsabilidad Fiscal quien reportó el hallazgo %falta de impulso procesal+por la AGR, ICONTEC, Auditoría Interna Vigencia 2014 y se detecta nuevamente en la auditoría interna realizada en el 2016.

Los hallazgos son reiterativos tanto en requisitos como en procesos, es decir que los planes de mejoramiento establecidos presentan debilidades en el análisis de causas y por ende en el establecimiento del plan.

6. PLANES DE MEJORAMIENTO - ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

La CDVC ha identificado diferentes fuentes para la identificación de planes de mejoramiento documento que consolida la ACPM'S; de estas 18 fuentes las que presentan actividad corresponden al 50%, es decir 18 fuentes de 18.

Las fuentes que no citan ningún tipo de actividad durante los últimos años son:

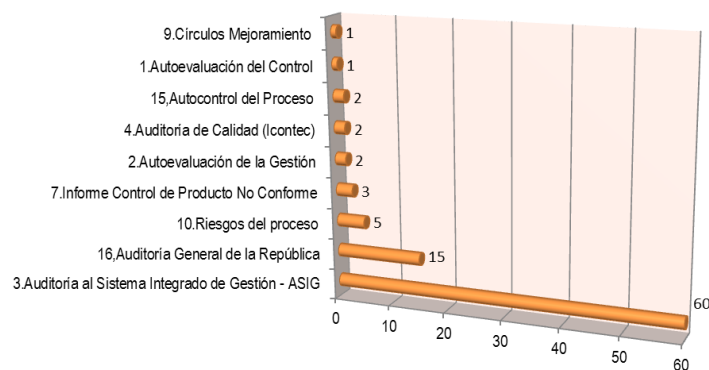
Cuadro # 12 Fuentes de ACPM'S no Utilizadas

5.Peticiones Quejas y Reclamos	0	0%
6.Seguimiento y Medición de procesos (Indicadores)	0	0%
8.Revisión por la Dirección	0	0%
11.Retroalimentación producto de la coordinación, cooperación y articulación con otras instituciones.	0	0%
12. Revisión del Proceso de Gestión Documental	0	0%
13.Sistema de Control Interno	0	0%
14.Sistema de Control Interno Contable	0	0%
17.Auditoría al Proceso Administrativo Sancionatorio	0	0%
18.Otros, especifique	0	0%

El 65% de las acciones tomadas corresponde a las auditorías externas realizadas por el Icontec y la AGR, el 20% de la Auditoría Interna y el 15% restante a otras fuentes.

Grafico #21 Consolidado Fuentes de ACPM'S

Participación Fuentes 2015



La distribución de las ACPM'S para el año 2015 no fue suministrada por Control Interno, a continuación se deja el histórico hasta el 2014.

Cuadro # 13 Consolidado ACPM'S

	2012	2013	2014	TOTAL
AM	83	34	71	188
AC	33	113	31	177
AP	0	10	2	12
	116	157	104	377

La Oficina de Control Interno como líder del Proceso Evaluación y Mejora, realizó el procesamiento correspondiente a las acciones presentadas por los Responsables de los demás Procesos, así como también, los resultados de los trabajos de auditorías tanto internas como externas de la Entidad.

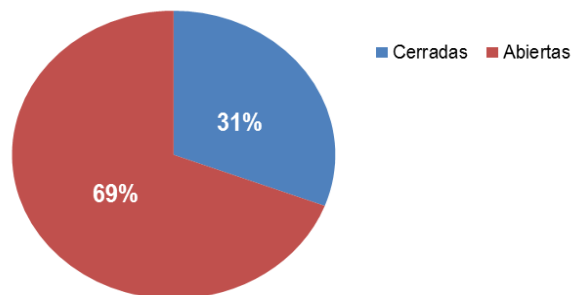
El estado actual de las acciones registradas en el plan de mejoramiento es:

Cuadro # 14 Estado de ACPM'S 2015

	AB	CE	TT
Planeación y Direccionamiento Gerencial	2	7	9
Gestión Jurídica	2	4	6
Comunicación Pública	2	2	4
Participación Ciudadana	0	2	2
Control Fiscal	10	22	32
Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	9	10	19
Gestión Humana	1	4	5
Recursos Físicos y Financieros	2	3	5
Administración de Recursos Informáticos	0	4	4
Gestión Documental	0	2	2
Evaluación y Mejora	0	3	3
	28	63	91

Grafico #22 Estado ACPM'S

Estado Plan Mejoramiento 2015



6.1. Análisis

El 85% de las ACPM'S que ha gestionado la entidad corresponde a la fuente de auditorías, el SGC cuenta con la planificación e implementación de las herramientas que permiten la toma de acciones, los procesos no generan acciones voluntariamente; se deben identificar mecanismos que fortalezcan el autocontrol y generar una cultura preventiva.

Las Acciones de Mejora y las Acciones Correctivas identificadas a la CDVC durante los últimos tres años corresponden al 97% vs un 3% en acciones preventivas, la cultura hacia la prevención debe ser fortalecida en la CDVC.

Las Acciones Correctivas son reiterativas en los últimos tres años, esto evidencia debilidades en la determinación de las causas raizales, no hay eficacia en los planes de mejoramiento ni en el seguimiento para el cierre de los hallazgos; caso puntual el proceso de Responsabilidad Fiscal que se detalla a continuación:

DESCRIPCION	FUENTE
<p>Se Presenta falta de impulso al expediente No. SOIF-055-14, Hospital Cartago, del 26 de junio de 2014 al 04 de mayo de 2015.</p> <p>El expediente No. SOIF-055-14, HOSPITAL CARTAGO Se apertura de responsabilidad fiscal el 30 de mayo de 2014.</p> <p>Se notifica por aviso el 11 de junio y se desfija el 17 de junio de 2014.</p> <p>No hay acta de no comparecencia del gerente del hospital a la versión libre programada para el 26 de junio de 2014.</p> <p>El 04-may-2015, el gerente hospital otorga poder y se reconoce personería.</p> <p>El 28 de mayo de 2015, el abogado cita a versión libre a los presuntos responsables.</p> <p>El 29 de mayo de 2015, Solicita información al presunto responsable.</p>	ICONTEC

Redacción del Hallazgo: el 30% de los s seleccionados presentaron inactividades procesales como son CAIF-010, CAIF-011, CAIF-012, SOIF-013, SOIF-014, SOIF-015, SOIF-016.	CGN
Se evidenció en los procesos a saber SOIF- 071-14, 193-12; falta de impulso procesal , teniendo en cuenta las etapas del proceso descritas en la Ley 610 de 2000 y la 1474 de 2011, las cuales establecen términos para el ejercicio de la acción fiscal y teniendo en cuenta que la CDVC es una entidad certificada en calidad situación que conlleva adelantar actuaciones eficientes, eficaces y efectivas.	Auditoria Interna 2015
Revisados los expedientes, SOIF 238-12, SOIF 251 -12, SOIF 274-12, 053-14, SOIF-156-12, SOIF 103-12 ; SOIF 088-12; Se evidencia la falta de control en el proceso por cuanto en los mismos se encontró inactividad procesal , falta de acto de reasignación de los expedientes y violación de los términos que decreta el auto comisorio para la apertura de los procesos. Expedientes sin actividad en la secretaria común.	Auditoria Interna AI 2014

7. CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La Norma Técnica de la Calidad determina en su numeral 5.6. *“La revisión debe realizarse por lo menos una vez al año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos la política de la calidad y los objetivos de la calidad.”*

En este sentido y como el Sistema de Gestión de la Calidad de la Entidad se encuentra certificado, se hace necesario identificar cualquier cambio que pueda afectar el alcance y validez de dicha certificación. En este punto entonces, se procede a relacionar los cambios que a criterio de los responsables de los procesos, pueden llegar a afectar el SIG de la Calidad de la Contraloría.

COD	PROCESO	TIPO	CAMBIOS
P6	Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	Externos	<p>El cambio de normatividad tanto para el trámite y desarrollo de los procesos de responsabilidad fiscal como de los procesos administrativos de cobro coactivo.</p> <p>Los cambios impuestos por las leyes 1474 y 1437 de 2011. La primera orientada a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de los actos de corrupción y la efectividad de la gestión pública. Y la segunda, que expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.</p> <p>Lo que conlleva a cambiar los procedimientos, actualizarlos y ajustarlos a las nuevas exigencias de las normas.</p>
P6	Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	Externos	<p>Los proyectos de ley que se están presentando o cursando en el Congreso, para modificar el ejercicio del control fiscal y la forma de prestarlo. Lo que conllevaría a la supresión de las contralorías o a una nueva forma de prestación del servicio, que cambiaría totalmente la forma en que en la actualidad se presta.</p>
P6	Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	Externos	<p>La clasificación del Departamento en categoría especial, que disminuye los ingresos de fiscalización para la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, y esto restringe los gastos de funcionamiento de la institución, como comisiones, desplazamientos, auxiliares de la justicia, visitas fiscales, entre otros.</p>

P6	Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	Internos	Dada la rebaja ostensible en el presupuesto de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, no se pudo mantener la planta temporal de cargos, por lo que se precisó reducir el número de personal de apoyo.
	Secretario General	Internos	A nivel interno, existe la necesidad que una vez adoptado el logo institucional y el slogan se tomen las directrices del caso por parte del Comité Coordinador de Control Interno y Calidad para su implementación y en general para adecuar el SIG al mismo. Los mencionados cambio afectaría todos los formatos y Modelos del Sistema Integrado de Gestión, teniendo en cuenta que se deben ajustar y subir a la intranet para uso del cliente interno. Esta situación, requiere de una planificación adecuada del personal que ejecutará las tareas y el tiempo que se utilizará en las mismas.
P8	Administración de Recursos Informáticos	Internos	Resolución Comité de Gobierno en Línea
P8	Administración de Recursos Informáticos	Internos	Resolución de uso de correo electrónico e internet
P8	Administración de Recursos Informáticos	Internos	Manual Guía de Recursos Informáticos
P8	Administración de Recursos Informáticos	Internos	Plan Estratégico de Sistemas
P8	Administración de Recursos Informáticos	Internos	Plan de Contingencia
P8	Administración de Recursos Informáticos	Internos	Resolución Cero Papel
P8	Administración de Recursos Informáticos	Internos	Plan de Desarrollo Tecnológico
P8	Administración de Recursos Informáticos	Externos	Decreto 2573 de 2014 - Gobierno en línea.

P8	Administración de Recursos Informáticos	Externos	Ley 1341 DE 2009 - Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs).
P8	Administración de Recursos Informáticos	Externos	Automatización de las actividades, con la creación de Sistemas de Información que agilicen los diversos procesos de acuerdo a la normatividad vigente
P8	Administración de Recursos Informáticos	Externos	Ley 1712 de 2014 . Transparencia y Derecho de Acceso a la Información.
P1	Planeación	Externos	El cambio administrativo afecta el SIG y la operación de la entidad.

8. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS

La Revisión por la Dirección se cierra presentando las recomendaciones para la mejora de una manera general y de acuerdo con una conceptualización y apreciación de los Responsables de los Procesos; esto en su conjunto se puede ver como la forma que la Entidad busca mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad mediante el uso de la política y los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la misma Revisión por la Dirección, tal como lo determina el numeral 8.5.1 de la NTCGP 1000 y su ubicación en el componente Planes de mejoramiento del Subsistema Control de evaluación del MECI.

#	DESCRIPCION	FUENTE	PROCESO RESONSABLE
1	No se evidencian las acciones tomadas frente a las recomendaciones para la mejora indicadas en este informe en el año pasado; dichas situaciones son recurrentes, afectando negativamente el resultado del proceso.	Planes de Mejoramiento	Participación Ciudadana Comunicación Pública Planeación y Direccionamiento Gerencial Control Fiscal Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva Evaluación y Mejora
2	De acuerdo con los resultados obtenidos en el año 2014 y 2015, se evidencia que la tendencia continua siendo positiva en los grupos de interés encuestados; este resultado no es confiable dado que el tamaño de la muestra ha disminuido; se debe aplicar el tamaño de la muestra indicada en el procedimiento M2P4-04 y dejar esta información detallada en los informes así: Rendición publica de cuentas anual, foros y/o audiencias el 60% de los asistentes; 30% de los concejales de cada Municipio, 50% de la Asamblea Departamental y el 60% de los sujetos de control auditados+	Medición Satisfacción del Cliente	Comunicación Pública
3	Se debe realizar la retroalimentación de los resultados de las encuestas a los procesos respectivos, y realizar seguimiento de las acciones que estos implementen, según lo establecido en el procedimiento	Medición Satisfacción del Cliente	Comunicación Pública
4	Como aspecto relevante se identifica el uso de la transmisión en directo, se debe considerar validar la efectividad de este medio e idear una forma que permita calificar al televidente la calidad de la información recibida.	Medición Satisfacción del Cliente	Comunicación Pública

5	En el año 2014 se amplió la medición de la percepción a los participantes de las agendas ciudadanas y foros, a través de la aplicación de la encuesta de satisfacción que se realiza al Acto Público de Rendición de Cuentas; para el año 2015 no se presenta dicha información como lo indica el procedimiento M2P4-04.	Medición Satisfacción del Cliente	Comunicación Pública
6	Se debe incluir en el procedimiento la frecuencia de aplicación de la encuesta a los sujetos de control y a las quejas.	Medición Satisfacción del Cliente	Comunicación Pública
7	Al revisar las actividades que se describen en los planes de acción se identifica claramente que estas hacen referencia a actividades propias del proceso, incluso se pueden identificar en los procedimientos y demás documentos de la CDVC; el uso de esta herramienta no es el adecuado.	Informe de Gestión de los Procesos . Planes de Acción	Planeación y Direccionamiento Gerencial
8	Los planes de acción deben reunir las estrategias que nos ayudaran a conseguir los objetivos del plan estratégico, identificando actividades robustas, responsables y fechas. Así las cosas, los planes de acción de los diferentes procesos se deben trabajar por estrategias y no por actividades propias de la función institucional.	Informe de Gestión de los Procesos . Planes de Acción	Planeación y Direccionamiento Gerencial
9	Cuando miramos los % de cumplimiento son realmente favorables y esto se debe a las actividades planteadas, que se resumen en el diario actuar del proceso. Es decir que ese grado de cumplimiento no es un dato relevante para la CDVC.	Informe de Gestión de los Procesos . Planes de Acción	Planeación y Direccionamiento Gerencial
10	Revisando las metas de cumplimiento que se le dan a los procesos, estas no están estandarizadas, cada proceso tiene una meta diferente, en el Informe de Revisión por la Dirección y en otros informes se señala el % que se alcanzó pero este no se compara con la meta propuesta para cada proceso.	Informe de Gestión de los Procesos . Planes de Acción	Planeación y Direccionamiento Gerencial
11	Al solicitar la información para el análisis se identificó que la Matriz en Excel no consolidado de datos PQD 2015+ estaba diligenciada parcialmente, el método de trazabilidad y control del proceso se realiza a través de este registro; se evidencia falla en el control y en la oportunidad de consulta de los datos.	Informe de Gestión de los Procesos . Participación Ciudadana	Participación Ciudadana
12	No existe un indicador que pueda medir la oportunidad en la respuesta de los requerimientos (Quejas . denuncias . derechos de petición), ni se identifica fácilmente los tiempos máximos para la atención cuando es trámite directo o indirecto.	Informe de Gestión de los Procesos . Participación Ciudadana	Participación Ciudadana

13	Durante los últimos tres años la oportunidad en la atención de las queja es un riesgo que se ha materializado y se ha identificado en los diferentes informes de auditoría, se debe generar un análisis de causa raizal y su respectivo plan de mejoramiento.	Informe de Gestión de los Procesos . Participación Ciudadana	Participación Ciudadana
14	La atención de los PQD es un proceso que consta de diferentes etapas, tales como: la recepción, el análisis, el tramite (visita fiscal . proceso auditor), la revisión del informe y la respuesta final; no se identifica un mecanismo que permita realizar rápidamente trazabilidad a cada una de estas etapas y los controles; actualmente existe una %Matriz en Excel solo consolida la fecha de radicación vs la fecha de respuesta+.	Informe de Gestión de los Procesos . Participación Ciudadana	Participación Ciudadana
15	El producto no conforme se solicitó como una entrada para la revisión por la dirección, dicho insumo no fue entregado; se recuerda que este requisito es de carácter obligatorio y en años anteriores el ICONTEC levanto No conformidad Mayor a los procesos misionales por la ausencia de cumplimiento de dicho requisito.	Informe de Gestión de los Procesos . Participación Ciudadana	Participación Ciudadana Control Fiscal Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva
16	Se evidencia que la CDVC está fortaleciendo su cultura respecto a la identificación y mitigación de los riesgos de la entidad; es importante identificar y documentar en que momento del proceso se materializa el riesgo y bajo qué criterio.	Gestión de Riesgos	Planeación y Direccionamiento Gerencial
17	Por tercer año el riesgo %alta de oportunidad en el trámite y respuestas de las quejas+ e %nformes de auditoría de baja calidad, por no aplicación de normas y métodos para el ejercicio del control fiscal, en especial la Guía de Auditoría de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca . GACDVC+ se materializa, El proceso de Participación Ciudadana y Control Fiscal deben realizar el respectivo análisis de causa y plan de acción dando tratamiento como una no conformidad.	Gestión de Riesgos	Participación Ciudadana Control Fiscal
18	Al comparar el ítem %Confiabilidad+en el Informe de Auditoría Interna este cita el mismo texto en los últimos cuatro años: %El equipo auditor se encuentra certificado por el Icontec para realizar auditorías al Sistema Integrado de Gestión a los procesos auditados, cumple con el perfil establecido para la realización de las auditorías, conoce y maneja el procedimiento de Auditorías al Sistema Integrado de Gestión . ASIG+; es importante hacer referencia al perfil de los auditores y las actividades realizadas para mejorar su competencia, es decir número de hora en auditoria, capacitaciones realizadas, etc.	Resultados de Auditoria	Evaluación y Mejora

19	Se revisaron las listas de chequeo identificando que estas son muy generales y no describen en detalle la evidencia recolectada.	Resultados de Auditoria	Evaluación y Mejora
20	Las Oportunidades de Mejora (OM) superan 5.6 veces las No Conformidades Menores (Ncm); al realizar una revisión de la OM se identifican en su redacción que son No conformidades y se han clasificado inadecuadamente, se debe realizar el análisis de causas y las acciones pertinentes.	Resultados de Auditoria	Evaluación y Mejora
21	La Auditoria no identifica algunos problemas que los procesos han presentado reiterativamente y que otras fuentes las han reportado, como: auditoria ICONTEC, AGR, Informe de Riesgos, Revisión por la Dirección, Producto No conforme; etc.	Resultados de Auditoria	Evaluación y Mejora
22	Se debe de validar la intensidad horaria que se le da a los procesos y la frecuencia en que se realiza las auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión; deben considerar como criterio las alerta que dan los diferentes informes de la Entidad y el histórico dentro de los diferentes ciclos de auditoria; caso preciso Responsabilidad Fiscal quien reporto el hallazgo %alta de impulso procesal+ por la AGR, ICONTEC, Auditoria Interna Vigencia 2014 y se detecta nuevamente en la auditoria interna realizada en el 2016.	Resultados de Auditoria	Evaluación y Mejora
23	Los hallazgos son reiterativos tanto en requisitos como en procesos, es decir que los planes de mejoramiento establecidos presentan debilidades en el análisis de causas y por ende en el establecimiento del plan.	Resultados de Auditoria	Evaluación y Mejora
24	El 85% de las ACPM'S que ha gestionado la entidad corresponde a la fuente de auditorías, el SGC cuenta con la planificación e implementación de las herramientas que permiten la toma de acciones, los procesos no generan acciones voluntariamente; se deben identificar mecanismos que fortalezcan el autocontrol y generar una cultura preventiva.	Planes de Mejoramiento	Evaluación y Mejora
25	Las Acciones de Mejora y las Acciones Correctivas identificadas a la CDVC durante los últimos tres años corresponden al 97% vs un 3% en acciones preventivas, la cultura hacia la prevención debe ser fortalecida en la CDVC.	Planes de Mejoramiento	Evaluación y Mejora
26	Las Acciones Correctivas son reiterativas en los últimos tres años, esto evidencia debilidades en la determinación de las causas raizales, no hay eficacia en los planes de mejoramiento ni en el seguimiento para el cierre de los hallazgos; caso puntual el proceso de Responsabilidad Fiscal que se detalla a continuación:	Planes de Mejoramiento	Evaluación y Mejora

27	Se debe incluir como riesgo la materialización de las oportunidades de mejora en potenciales No Conformidades.	Planes de Mejoramiento	Planeación y Direccionamiento Gerencial
28	Se debe incluir como riesgo el cambio de administración.	Planes de Mejoramiento	Planeación y Direccionamiento Gerencial

9. CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Los resultados del ejercicio de Revisión por la Dirección, permiten conceptuar sobre la conformidad del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, en los siguientes términos:

- ✓ **Conveniente.** Se evidencia la alineación de los objetivos de los Procesos con los Objetivos Estratégicos de la Entidad, los cuales se han estructurado de tal manera que están enfocados directamente hacia el cumplimiento del Plan Estratégico 2012-2015.
- ✓ **Adecuado para la entidad.** Los resultados presentados en esta Revisión por la Dirección 2013, muestran la consistencia de cada uno de los aspectos fundamentales de la Calidad en pro del mejoramiento continuo de la Organización.
- ✓ **Eficiente.** Se ha trabajado en la optimización de los recursos en cada una de las actividades identificadas en el SIG; adicionalmente, la inversión en las capacitaciones brindadas por la entidad ha permitido la participación activa y el empoderamiento de los Responsables de Proceso, de los funcionarios y de los auditores internos en el desarrollo de las auditorías y en la calidad de la información brindada a nuestros partes interesadas.
- ✓ **Eficaz.** Se tiene el logro de los Objetivos Estratégicos, lo cual se evidencia en medición de la autogestión de cada proceso, a través de sus indicadores de gestión y resultados.
- ✓ **Efectivo.** Se muestra un impacto positivo generado a través de la gestión, lo cual se evidencia en los resultados de la Rendición de Cuentas que el contralor presenta a la comunidad vallecaucana y se muestra en los resultados de las diferentes encuestas aplicadas a las partes interesadas y comunidad en general.

ÍLa Alta Dirección invita a los miembros de la Contraloría Departamental, a trabajar articuladamente en el cumplimiento de los resultados descritos en el punto 8 Recomendaciones para la Mejora de este informe, y continuar de manera orientada en el proceso de mejoramiento continuo en el cual están comprometidos todos, desde sus respectivos niveles y posiciones dentro de la Organización.Î