| FND Fondo Nacional de Desarrollo Departamentos | GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL | Código: GIO-PD-04-FT-01 |
|---|---|---|
| | FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO | Versión: 07 |
| | | Fecha: 2023/10/01 |

| ITEM | PROCESO | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO S/n NO CONFORMIDAD REPETITIVO? | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (ADJR, IR...) | ACTIVIDADES CÓMO LO VAMOS HACER/TAREAS | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERRE s/n TERMINACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO POR PERÍODO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA | SEGUIMIENTO OFICINAS: CONTROL INTERNO y/o ASESORA DE PLANEACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | EVIDENCIA | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | LA ACCIÓN CUMPLE OBJETIVAMENTE EL HALLAZGO? | SE ESTABLECIERON ACCIONES CORRECTIVAS? | ESTAN EFICACES? | ACCIÓN VERIFICADA POR LA OFICINA DE PLANEACIÓN? | SE ESTABLECIERON ACCIONES DE MEJORA? | RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO | OBSEVACIONES EN EL PERÍODO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO |
| 1 | AIG - Asesoría Integral a la Gestión Pública Territorial | Auditorías Externas | Otros | Ajustar matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo y agregar riesgos operacionales enfocados en SST, es necesario evaluar eficacia de las acciones tomadas. | El proceso no identifico los riesgos operacionales del SST en la matriz respectiva, por desconocimiento del procedimiento, en cuanto se entiende que los mismos se encontraban descritos en la matriz de riesgos y peligros establecida en el FORMATO MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS codigo GRH-PD-04-FT-01 de SST (Gestión Humana). | Impide que asegure que el sistema integrado en calidad y SST alcance los resultados previstos | NO | Realizar el análisis y determinar los riesgos operacionales asociados en el SST que afectan al proceso | . Definir los riesgos operacionales del SST asociados a la matriz de riesgos.<br><br>2. Valorar los riesgos operacionales del SST asociados a la matriz de riesgos.<br><br>3. Evaluar los riesgos operacionales del SST asociados a la matriz de riesgos. | Inclusión de los riesgos operacionales del SST a la matriz | Matriz de riesgos del proceso ajustada a los requerimientos | Asesoría a la Gestión Pública Territorial | 10/05/2022 | 30/04/2022 | Se realiza ajuste matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo , se incluye nota aclaratoria donde se especifica que los riesgos operacionales de SST, se están gestionado a través de la matriz de identificación peligros, evaluación y control de los riesgos | 100% | Si | Matriz de riesgos | Intraset | Si | Si | Si | Si | Si | Oficina Asesora de Planeación | 100% | |
| 2 | AIG - Asesoría Integral a la Gestión Pública Territorial | Auditorías Externas | Otros | Revisión de matriz de conformidad. | El proceso no identifico las salidas no conformes de las actividades que realiza | Es necesario revisar la matriz de conformidad para asegurar que se este brindado un servicio conforme | NO | Actualizar la matriz de conformidad | Actualizar la matriz de conformidad | 100% matriz de conformidad actualizada | matriz de conformidad | Asesoría Integral a la Gestión Pública Territorial | 10/05/2022 | 30/04/2022 | Se realiza revisión y actualización de la matriz de conformidad | 100% | si | Matriz de Conformidad | Intraset | Si | Si | Si | Si | Si | Oficina Asesora de Planeación | 100% | |
| 3 | AIG - Asesoría Integral a la Gestión Pública Territorial | Auditorías Externas | Otros | En el enlace de asistencia debe tener autorización de protección de datos personales | No se adjunta la autorización de protección de datos personales en los links enviados al chat de las reuniones realizadas por la FND | No se informa a los asistentes de la reunión lo de ley. | NO | Adjuntar la autorización de protección de datos a todas las listas de asistencia que se requieran enviar a las diferentes reuniones realizadas por la FND | Incluir el párrafo de protección de datos en las listas de asistencia y adjunto al link que se envía a los chat de las reuniones | Cumplir con la ley | Metodo para solicitar asistencia, ajustado al requerimiento. | Todas las áreas | 10/05/2022 | 30/04/2022 | En el formato GIO-FT-02 registro asistencia tiene un apartado donde se explica el tratamiento de datos personales | 100% | si | Formato control de asistencia | Intraset | Si | Si | Si | Si | Si | Oficina Asesora de Planeación | 100% | |
| 4 | AIG - Asesoría Integral a la Gestión Pública Territorial | Auditorías Internas | Acción de Mejora | Las actas de reuniones y registros de asistencias deben estar firmadas. | 1. No se realiza la recolección de firmas de las actas y listados de asistencia producto de las reuniones virtuales.<br><br>2. Falta de un mecanismo que permita y garantice que sea soporte de evidencia de firma de dichos documentos. | 1. Perdida de credibilidad del documento<br>2. posibles hallazgos<br>3. Posibles Riesgos<br>4. Llamados de atención | No | 1. Recolectar firmas del acta una vez terminada la reunión.<br><br>2. Recopilar la información de asistencia mediante el registro en formularios online. | 1. Remisión de acta a través de los correos de los participantes de la reunión, para la firma y se garantice la aprobación de la misma.<br><br>2. La lista de asistencia se realiza mediante Google forms. | Obtener las firmas de los asistentes a la reunión y de las personas que firman el acta. | Actas y listados de asistencia firmados | Subdirección de Fortalecimiento Territorial | 10/12/2022 | 30/04/2023 | Se verificara que los documentos se encuentren firmados o con el soporte que valide la firma. | | | | | | | | | | | | |
| 5 | AIG - Asesoría Integral a la Gestión Pública Territorial | Auditorías Internas | Acción de Mejora | Los planes de mejoramiento elaborados en el proceso AIG deben ser enviados a la Oficina Asesora de Planeación. | 1. Desconocimiento del PROCEDIMIENTO DE MEJORA CONTINUA Y SALIDA NO CONFORME GIO-PD-04.<br><br>2. Falta de capacitación para el diligenciamiento de los procedimientos.<br><br>3. Inexistencia del registro de las mejoras tomadas, al no proceder a documentarlas. | 1. Posibles no conformidad por incumplimiento a los requisitos legales de la norma ISO 9001:2015<br>2. Llamados de atención<br>3. Posibles Riesgos | No | 1. Revisar, validar, verificar el PROCEDIMIENTO DE MEJORA CONTINUA Y SALIDA NO CONFORME GIO-PD-04. | Remisión del plan de mejoramiento bajo código GIO-PD-04-FT-01 de la FND informando las acciones de mejora implementadas en el proceso | Registrar el 100% de las acciones de mejoras implementadas en el proceso y que fueron identificadas en el autodiagnóstico. | plan de mejoramiento bajo código GIO-PD-04-FT-01 | Subdirección de Fortalecimiento Territorial | 10/12/2022 | 30/04/2023 | Se validara el correcto funcionamiento del envio del plan de mejora | | | | | | | | | | | | |
| 6 | AIG - Asesoría Integral a la Gestión Pública Territorial | Auditorías Internas | Acción de Mejora | Terminar de realizar los ajustes en los documentos que fueron identificados a través del autodiagnóstico proceso AIG. | 1. Falta de desactualización en la actualización de los formato procedimiento GIO-PD-01 PROCEDIMIENTO CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA.<br><br>2. Inexistencia del registro de las mejoras tomadas, al no proceder a documentarlas. | 1. Posibles no conformidad por incumplimiento a los requisitos legales de la norma ISO 9001:2015<br><br>2. Llamados de atención de la Alta dirección. | No | Verificación y aplicación del PROCEDIMIENTO CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA GIO-PD-01, con el fin de realizar los ajustes enviados en el autodiagnóstico | Remisión de los documentos de procedimiento AIG, caracterización AIG, conforme al procedimiento de control de información documentada y ajustes de las actividades del proceso. | El 100% de la actualización de los documentos asociados al proceso de la Caracterización del proceso AIG y su procedimiento. | La Caracterización del proceso y procedimiento AIG actualizados | Subdirección de Fortalecimiento Territorial | 10/12/2022 | 30/04/2023 | Se validara el correcto funcionamiento del envio del plan de mejora | | | | | | | | | | | | |

| FND Federación Nacional de Departamentos | GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL | Código: GIO-PD-04-FT-01 |
|---|---|---|
| | FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO | Versión: 07 |
| | | Fecha: 10/03/2023 |

| ITEM | PROCESO | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO y/o NO CONFORMIDAD REPETITIVO? | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (AR,ER, IR,..) | ACTIVIDADES COMO LO VAMOS HACER/TAREAS | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERRE y/o TERMINACION | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO POR PERÍODO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Relacionamiento y Articulación con Grupos de Interés | Auditorías Externas | Otros | No se identifica en la matriz de riesgos del proceso, lo siguiente: 1. Los riesgos operacionales asociados al SST, 2. Evaluar de la eficacia de las acciones tomadas | El proceso no identifico los riegos operacionales del SST en la matriz respectiva, por desconocimiento del procedimiento, en cuanto se entendía que los mismos se encontraban descritos en la matriz de riesgos y peligros establecida en el FORMATO MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS codigo GRH-PD-04-FT-01 de SST (Gestión Humana). | La no identificación de los riesgos operacionales en el SST 1.Impide que asegure que el sistema integrado en calidad y SST alcance los resultados previstos 2.Aumente los efectos deseados. y 3. Prevenga o reduzca los impactos para el proceso | NO | 1. Definir los riesgos operacionales del SST asociados a la matriz de riesgos. 2. Valorar los riesgos operacionales del SST asociados a la matriz de riesgos. 3. Evaluar los riesgos operacionales del SST asociados a la matriz de riegos. | realizar el análisis y determinar los riesgos operacionales asociados en el SST que afectan al proceso, con el fin de valorarlos y realizar la evaluación de la eficiacia de los mismos | Matriz de riesgos del proceso | Relacionamiento y artículación con grupos de interés | 20/04/2022 | 30/06/2022 | El proceso RAG realiza revisión de matriz de riesgos y envia a la oficina de planeación el 13 de abril de 2022, La Oficina de Planeación realiza unificación de matriz de riesgos de calidad con la de gestión por procesos e incluye nota aclaratoría donde se especifica que los riesgos | Se realiza la verificación de la matriz de riesgos ajustada del proceso RAG | 100% |
| 2 | Relacionamiento y Articulación con Grupos de Interés | Auditorías Externas | Otros | No se identifica en la matriz de conformidad actividades asociadas al proceso (salida no conforme) | El proceso no identifico las salidas no conformes de las actividades que realiza | La no identificación correcta en la matriz de conformidad impide garantizar el adecuado servicio para nuestras partes interesadas | NO | 1.Definir las salidas no conformes asociadas al proceso 2.Establecer los demás servicios para garantizar la conformidad de los mismos | Realizar el análisis y determinar las salidas no conformes asociadas a la matriz de conformidad | Matriz de conformidad | Relacionamiento y artículación con grupos de interés | 20/04/2022 | 30/06/2022 | El proceso RAG realiza revisión de matriz de conformidad y envia a la oficina de planeación el 13 de abril de 2022. | Se realiza la verificación de la matriz de conformidad ajustada del proceso RAG | 100% |
| 3 | RAG - Relacionamiento y Articulación con | Auditorías Internas | Observación | Diligenciamiento del uso exclusivo del proceso solicitante del formato de inscripción de proveedores código GAF-PD-01-FT-02. | 1.El proceso no diligencio el formato de inscripción de proveedores códigoGAF-PD-01-FT-02. , por desconocimiento del procedimiento DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOSGAF-PD-01 , en cuanto no se tenia claridad la forma correcta de reportar la informacion solicitada. 2.Falta de mecanismos de control 3. Falta de capacitación para el diligencionamiento de los formatos. | 1. Posibles no conformidad por incumplimiento a los requisitos legales de la norma ISO:9001:2015 2. LLamados de atención de la Alta dirección. 3. Indebido control de la informacion documentada al no contar con el diligenciamiento correcto del documento. | No | Realizar la verificacion del procedimiento de procedimiento DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOSGAF-PD-01, con el fin de realizar el correcto diligencionamiento del formato de inscripción de proveedores código GAF-PD-01-FT-02. | 1. Realizar el diligencionamiento correcto del formato de inscripcion de proveedores CODIGO GAF-PD-01-FT-02 2. Almacenamiento de los soportes de las inscripciones de proveedor, a fin de dar cumpimineto a lo establecido en el numeral 7.5.3 y 8.4.3 de la ISO 45001 de 2018. | el 100 % diligencionamiento correcto de los formatos de inscripcion de proveedor. | El formato de inscripción de proveedores código GAF-PD-01-FT-02 debidamente diligenciado. | Subdirección Gobierno y Regiones | 16/12/2022 | 30/01/2023 | Se validara el correcto funcionamiento del formato de inscripcion de proveedor. | 100% |
| 4 | RAG - Relacionamiento y Articulación con | Auditorías Internas | Observación | *Se recomienda seguir aplicando encuestas de satisfacción al cliente externo para aumentar la muestra obtenida que | Desconocimiento del proceso con relacion a la muestra para la retroalimentación del cliente. | 1. Posibles no conformidad por incumplimiento a los requisitos legales de la norma ISO:9001:2015 | No | Realizar mesas de trabajo con la oficina de Planeacion y la subdireccion de Gobierno y regiones con el fin de revisar las estrategias | Citar al equipo de Planeacion con el equipo de la subdireccion de gobierno y regiones con el fin de revisar las estrategias para la vigencia | Registrar el 100% de las acciones en el acta de reunion con los equipos de Planeacion y Subdireccion de Gobierno y regiones con el fin de | Acta de reunion. | Subdirección Gobierno y Regiones | 16/12/2022 | 30/01/2023 | Se validara la realización de la mesa de trabajo entre las areas con el fin de lograr un articulación para la participacion activa de las encuentas de satisfacción a los gobernadores. | 100% |
| 5 | RAG - Relacionamiento y Articulación con | Auditorías Internas | Observación | Realizar ajuste y actualización del normograma del proceso RAG publicado en la página web de la Federación | 1.Falta de mecanismos de control 2. Falta de capacitación para la revision del normograma | 1. Posibles no conformidad por incumplimiento a los requisitos legales de la norma ISO:9001:2015 | No | Realizar la verificacion de las normas aplicables al proceso para la actualizacion del nomograma | Realizar el ajuste en normograma y co | El 100% de la actualizacion del normog | NORMOGRAMA DEL PROCESO R | Subdirección Gobierno y Regiones | 16/12/2022 | 30/01/2023 | Se validara el ajuste realizado del normograma del proceso RAG | 100% |
| 6 | RAG - Relacionamiento y Articulación con | Auditorías Internas | Observación | Consolidar la evidencia de la matriz de seguimiento que se realiza de forma mensual y realizar el registro de asistencia a las capacitaciones realizadas a los asesores regionales. | El proceso no realiza el seguimiento de las matriz RAG-FT-01, por desconocimiento del seguimiento que debe realizar. | 1. Posibles no conformidad por incumplimiento a los requisitos legales de la norma ISO:9001:2015 2. LLamados de atención de la Alta dirección. 3. materialización de los riesgos | NO | Realizar la actualizacion de la MATRIZ RAG-FT-01 incluyendo un seguimientro trimestral del matriz donde se evidencie el seguimiento de las actividades realizadas por los asesores regionales. | Realizar la modificacion de la MATRIZ R | MATRIZ RAG-FT-01 donde se incluye el | MATRIZ RAG-FT-01 | Subdirección Gobierno y Regiones | 16/12/2022 | 30/01/2023 | Se validara la actualizacion del formato MATRIZ DE SEGUIMIENTO RAG-FT-01 | 100% |
| 7 | 2. RAG - Relacionamiento y Articulación | Desarrollo Diario de las actividades | Oportunidad de Mejora | Registrar los requerimientos que realicen las Gobernaciones mediante llamada telefonica, mensaje de texto, whatsapp, mesas tecnicas entre otros y generar el seguimiento para la solución de los temas departamentales. | La interlocucion con los entes territoriales permite la consolidación de politicas publicas, razon por la cual, el seguimiento de los requerimientos es de vital importancia para la materializacion de los planes y programas de gobiernos | inadecuado seguimiento de los requerimientos de los entes territoriales. Hallazgos en las auditorias por falta de soportes documentales. Falta de cumplimiento de los procedimientos asociados al | NO | implementar el formato de registro de requerimientos codigo RAG-PD-01-FT-02 | solicitar al SIG el registro del formato de registro de requerimientos y posterior dar aplicabilidad para los registros de los entes territoriales. | Diligenciar el 100% de los requerimientos realizados por los entes territoriales de forma verbal, en reuniones de seguimiento, whastaapp | formato de registro de requerimientos codigo RAG-PD-01-FT-02 | Subdirectora de Gobierno y Regiones | 04/04/2023 | 30/04/2023 | La subdireccion de Gobierno y Regiones a traves de la coordinación de articulaci+on regional, revisara la implementacion del formato de requerimiento RAG-PD-01.FT.02 con el fin de registrar las solicitudes requeridas por los entes territoriales. | 100% del diligenciamiento de los requerimientos realizadas por los entes territoriales |
| 8 | 2. RAG - Relacionamiento y Articulación | Desarrollo Diario de las actividades | Oportunidad de Mejora | La planificación de los eventos requiere de la organización, estructuracion y analisis de cada uno de los requerimientos de las areas con el fin de lograr la celebracion eficiente de los mismos. | La organización de los eventos de forma adeucada permite la celebración adecuada de lo mismo. | no se cumple con los expectativas de las areas. No se realiza la planificacion adecuada de los eventos. No se organiza las actividades para la celebración de los eventos. | | implementar el formato de solicitudes de eventos RAG-PD-01-FT-05 | solicitar al SIG el registro del formato de solicitudes de eventos y posterior dar aplicabilidad para la planificacion de los eventos. | Diligenciar el 100% de las solicitudes de eventos con el fin de realizar la organización, planeacion y estructuracion de las necesidades de las diferentes areas | formato de solicitudes de eventos RAG-PD-01-FT-05 | Subdirectora de Gobierno y Regiones | 12/04/2023 | 30/04/2023 | La subdireccion de Gobierno y Regiones a traves del coordinador de eventos, revisara la implementacion del formato de solicitudes de eventos RAG-PD-01-FT-05 con el fin de planear y estructurar los requerimientos de las aresas. | 100% del diligencionamiento de las solicitudes para la elaboracion de los eventos. |

SEGUIMIENTO OFICINAS: CONTROL INTERNO y/o ASESORA DE PLANEACIÓN

| ITEM | EVIDENCIAS | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | REPORTO OPORTUNAMENTE | EJECUTO ACCIÓNES DE MEJORA | ESTA DOCUMENTADO COMO EVIDENCIA | SUBSANA EL HALLAZGO y/o OBSERVACIÓN y/o NO CONFORMIDAD | SE DEBE CERRAR EL HALLAZGO DETECTADO? | RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PERIODO | OBSEVACIONES EN EL PERIODO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Matriz de Riesgos | SI | https://drive.google.com/drive/folders/17OtcrsLfJzMIRtPWzx5p1wVHFKw4qA2T | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora de Planeación | | |
| 2 | Matrz de Conformidad | SI | https://drive.google.com/drive/folders/1gJl0yvHuTpR2qj-zurGxp0Sry3x6zpgR | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora de Planeación | | |
| 3 | SI | CORREO ELECTRÓNICO CIRRE PLAN DE MEJORAMIENTO GIC Y RAG | https://drive.google.com/drive/folders/15f9-GifMLw5NfcTICePKN46zifR1VEze | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora de Planeación | 100% | |
| 4 | SI | CORREO ELECTRÓNICO CIRRE PLAN DE MEJORAMIENTO GIC Y RAG | https://drive.google.com/drive/folders/15f9-GifMLw5NfcTICePKN46zifR1VEze | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora de Planeación | 100% | |
| 5 | SI | NORMOGRAMA RAG PUBLICADO PÁGINA WEB | https://www.fnd.org.co/docs/transparencia/normograma/Normograma%20RAG.pdf | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora de Planeación | 0% | |
| 6 | SI | MATRIZ DE SEGUIMIENTO ACTUALIZADA | https://docs.google.com/spreadsheets/d/1X6rCc-3c1naJDulVNnCFXVhZZ1tZPSW1/edit#gid=887907447 | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora de Planeación | 100% | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |

| FND Fondo Nacional de Desarrollo de Departamentos | GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL | Código: GCI-PO-04-FT-01 |
|---|---|---|
| | FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO | Versión: 07 |
| | | Fecha: 2022/12/21 |

| ITEM | PROCESO | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO q/o NO CONFORMIDAD REPETITIVO? | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (AS,IR, IE...) | ACTIVIDADES CÓMO LO VAMOS HACER/TAREAS | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERRE y/o TERMINACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO POR PERÍODO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA | SEGUIMIENTO OFICINAS: CONTROL INTERNO y/o ASESORA DE PLANEACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | EVIDENCIA | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | LA ACCIÓN SE ENCUENTRA OPORTUNAMENTE? | SE ENCUENTRA ABIERTA? | SE ENCUENTRA VENCIDA? | ACTIVIDAD CERRADA? | ACTIVIDAD VENCIDA? | SE ENCUENTRA EN TIEMPO? | RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | PORCENTAJE DEL PROCESO | OBSEVACIONES EN EL PERÍODO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO |
| 1 | Gestión de Fondos y Recursos de Cooperación | Auditorías Externas | Otros | Ajustar matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo y agregar riesgos operaciones enfocados en SST, es necesario evaluar eficacia de las acciones tomadas. | El proceso no identifico los riesgos operacionales del SST en la matriz respectiva, por desconocimiento del procedimiento, en cuanto se entendía que los mismos se encontraban descritos en la matriz de riesgos y peligros establecida en el FORMATO MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS codigo GRH-PO-04-FT-01 de SST (Gestión Humana). | Que no se cuente con un plan de contingencia y controles necesarios para la correcta implementación y aplicabilidad de la norma ISO 45001 | NO | Actualizar la matriz de riesgo | Analizar la matriz y las posibles modificaciones y/o actualizaciones a que haya lugar con el fin de dar cumplimiento a las normas que la FND se encuentra certificada | 100% matriz de riesgo actualizada | Matriz de riesgo | Gestión de Fondos y Recursos de cooperación | 19/04/2022 | 19/04/2022 | Se realiza ajuste matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo , se incluye nota aclaratoria donde se especifica que los riesgos operacionales de SST, se están gestionando a través de la matriz de identificación peligros, evaluación y control de los riesgos | 100% | Si | Matriz de riesgos | Intranet | Si | Si | Si | Si | Si | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 2 | Gestión de Fondos y Recursos de Cooperación | Auditorías Externas | Otros | Revisión de matriz de conformidad. | El proceso no identifico las salidas no conformes de las actividades que realiza | El necesario revisar la matriz de conformidad para asegurar que se este brindado un servicio conforme | NO | Actualizar la matriz de conformidad | Actualizar la matriz de conformidad | 100% matriz de conformidad actualizada | matriz de conformidad | Gestión de Fondos y Recursos de Cooperación | 19/04/2022 | 19/04/2022 | Se ajusta matriz de conformidad | 100% | Si | Matriz de Conformidad | Intranet | Si | Si | Si | Si | Si | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 3 | GFR - Gestión de Fondos y Recursos de Cooperación | Auditorías Internas | Recomendación | Ajustar en la caracterización del proceso GFR-CR-01, el título del Numeral 7 que corresponde a matriz de comunicaciones. | Desconocimiento de la caracterización del proceso o sus componentes. | Diligenciamiento erroneo o no se completar información importante | No | Ajustar el proceso GFR-CR-01 numeral 7 | Se enviara un comunicado (correo) solicitando se subsane esta información a la oficina del sistema integrado de Gestión | Caracterizacion del proceso actualizado | Caracterización actualizada | Subdirección Acuerdos y Convenios | 12/12/2022 | 15/12/2022 | Correo de solicitud enviada el 15 de diciembre de 2022 | 100% | Si | CORREO EL 15/12/2022 A LA GAP CON LAS EVIDENCIAS CON EL FIN DE DAR CIERRE AL PLAN DE MEJORAMIENTO | https://drive.google.com/drive/folders/15ZR-1PMLvcZ0ETCzFNUdzFRzzEEW | Si | Si | Si | Si | Si | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 4 | GFR - Gestión de Fondos y Recursos de Cooperación | Auditorías Internas | Recomendación | Los planes de mejoramiento elaborados en el proceso GFR deben ser enviados a la Oficina Asesora de Planeación | Desconocimiento del procedimiento | Recomendaciones en auditorías internas y externas | No | Enviar formato diligenciado a la oficina Asesora de Planeación | Se enviara un comunicado (correo) adjuntando el formato totalmente diligenciado | Formato Diligenciado y enviado | Formato actualizado | Subdirección Acuerdos y Convenios | 12/12/2022 | 15/12/2022 | Correo de solicitud enviada el 15 de diciembre de 2022 | 100% | Si | CORREO EL 15/12/2022 A LA GAP CON LAS EVIDENCIAS CON EL FIN DE DAR CIERRE AL PLAN DE MEJORAMIENTO | https://drive.google.com/drive/folders/15ZR-1PMLvcZ0ETCzFNUdzFRzzEEW | Si | Si | Si | Si | Si | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 5 | GFR - Gestión de Fondos y Recursos de Cooperación | Auditorías Internas | Recomendación | Terminar de realizar los ajustes en los documentos que fueron identificados a través del autodiagnóstico proceso GFR | Implementacion de un nuevo sistema de Gestión documental. Actualización de la normatividad actual y la obligación de reportar financración en Secop. | Recomendaciones en auditorías internas y externas. Ejecución de actividades de manera incorrecta. | No | Realizar mesas de trabajo para actualizar los documentos pendientes. | Se realizaran mesas de trabajo de los responsables de cada documento al interior de la Subdirección de Acuerdos y Convenios, posteriormente se presentara a la subdirectora, para su revisión y aprobación | Documentos actualizados | Documentos actualizados y formalizados | Subdirección Acuerdos y Convenios | 12/12/2022 | 31/01/2023 | Se cuenta con un total de 34 documentos en el SIG, de los cuales 10 se encuentran actualizados y el resto está en proceso de revisión y verificación por los responsables. | 100% | Si | DOCUMENTACIÓN SIG | https://drive.google.com/drive/folders/1wcqVnLTLzrWM1mpnVvbbVqb_Ftzw7k | Si | Si | Si | Si | Si | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 6 | GFR - Gestión de Fondos y Recursos de Cooperación | Auditorías Internas | Observación | En la auditoría interna realizada al proceso GFR el 9 de diciembre de 2022, no se evidencia un procedimiento asociado a las actividades realizadas en Fondo cuenta. | Desconocimiento ISO 9001:2015 y del procedimiento de información documentada | Recomendaciones en auditorías internas y externas. Ejecución de actividades de manera incorrecta. | NO | Realizar el procedimiento de Fondo Cuenta | Se realizara mesas de trabajo con los responsables del documento al interior de la Subdirección de Acuerdos y Convenios, posteriormente se presentara a la subdirectora, para su revisión y aprobación | Documentos actualizado | Documentos actualizados y formalizados | Subdirección Acuerdos y Convenios | 12/12/2022 | 31/01/2023 | Se realiza el procedimiento de Fondo Cuenta | 100% | Si | CORREO PROCEDIMIENTO FONDO CUENTA | https://drive.google.com/drive/folders/15ZR-1PMLvcZ0ETCzFNUdzFRzzEEW | Si | Si | Si | Si | Si | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FND Federación Nacional de Departamentos | GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL | | Código:GO-M-01-F-05 |
| | FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO | | Versión:02 |
| | | | Fecha:16/05/2019 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO A LA OFICINA DE PLANEACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ITEM | PROCESO | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO s/o NO CONFORMIDAD REPETITIVO? | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (ALTA, IR...) | ACTIVIDADES COMO LO VAMOS HACER/TAREAS | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERRE s/o TERMINACION | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMINTO POR HALLAZGO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA | EVIDENCIA(S) | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | SE ENTREGO LOS ENTREGABLES EL PLAN DE MEJORAMIENTO? | SE EJECUTO ACCIONES DE MEJORA | SE EN DOCUMENTADO COMO EVIDENCIA | SERVIRAN EL HALLAZGO A ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS | SE CIERRA EL HALLAZGO | RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL PERIODO | OBSEVACIONES EN EL PERIODO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO |
| 1 | Gestión de la Innovación, Conocimiento y Políticas Públicas | Auditorías Externas | OTROS | Ajustar matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo y agregar riesgos operaciones enfocados en SST, es necesario evaluar eficacia de las acciones tomadas. | El proceso no identifico los riesgos operacionales del SST en la matriz respectiva, por desconocimiento del procedimiento, en cuanto se entiendo que los mismos se encontraban descritos en la matriz de riesgos y peligros establecida en el FORMATO MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS codigo GIH-PO-04-FT-01 de SST (Gestión Humana). | Impide que asegure que el sistema integrado en calidad y SST alcance los resultados previstos | NO | Realizar el análisis y determinar los riesgos operacionales asociados, en el SST que afectan al proceso | 1. Identificar los riesgos operacionales del SST asociados a la matriz de riesgos.<br>2. Valorar los riesgos operacionales del SST asociados a la matriz de riesgos.<br>3. Evaluar los riesgos | Inclusión de los riesgos operacionales del SST a la matriz | Matriz de riesgos del proceso ajustada a los requerimientos | Gestión Innovación, conocimiento y política pública | ######## | ######## | matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo , se incluye nota aclaratoria donde se especifica que los riesgos | 100% | SI | MATRIZ DE RIESGOS | INTRANET | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 2 | GIC - Gestión de la Innovación, Conocimiento y Políticas Públicas | Auditorías Internas | Observación | Revisión de matriz de conformidad. | El proceso no identifico las salidas no conformes de las actividades que realiza | Es necesario revisar la matriz de conformidad para asegurar que se este brindado un servicio conforme | NO | Actualizar la matriz de con | Actualizar la matriz de | 100% matriz de conformidad actualizada | matriz de conformi | Gestión Innovación, conocimiento y política pública | ######## | ######## | Se realiza revisión y actualización de la matriz de conformidad | 100% | SI | MATRIZ DE RIESGOS | INTRANET | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 3 | GIC - Gestión de la Innovación, Conocimiento y Políticas Públicas | Auditorías Internas | Observación | Diligenciamiento del uso exclusivo del proceso solicitante del formato de inscripción de proveedores código GAF-PD-01-FT-02. | 1.El proceso no diligencia el formato de inscripción de proveedores codigoGAF-PD-01-FT-02 , por desconocimiento del procedimiento DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOSGAF-PD-01 , en cuanto no se tenia claridad la forma correcta de reportar la información solicitada .<br>2.Falta de mecanismos de control<br>3. Falta de capacitación para el diligenciamiento de los formatos. | 1. Procesos no conformidad por incumplimiento a los requisitos legales de la norma ISO:9001:2015<br>2. Llamadas de atención de la Alta dirección.<br>3. Indebido control de la informacion documentada al no contar con el diligenciamiento correcto del documento | No | Realizar la verificacion del procedimiento de procedimiento DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS GAF-PD-01, con el fin de realizar el correcto diligenciamiento del formato de inscripción de proveedores código GAF-PD-01-FT-02. | 1. Realizar el diligenciamiento correcto del formato de inscripcion de proveedores CÓDIGO GAF-PD-01-FT-02<br>2. Almacenamiento de los soportes de las inscripciones de proveedor, a fin de dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5.3 y 8.4.3 de la ISO-9001 de 2015 | el 100 % diligenciamiento correcto de los formatos de inscripcion de proveedor. | El formato de inscripción de proveedores código GAF-PD-01-FT-02 debidamente diligenciado. | Subdirección Gobierno y Regiones | ######## | ######## | Se validara el correcto funcionamiento del formato de inscripcion de proveedor. | 100% | SI | CORREO ELECTRÓNICO SOBRE PLAN DE MEJORAMIENTO GIC Y RAG | https://drive.google.com/drive/folders/1ERb-CZ9dLvQbb7ICzPN3ALzBUJ5Ga | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 4 | GIC - Gestión de la Innovación, Conocimiento y Políticas Públicas | Auditorías Internas | Observación | Los planes de mejoramiento | 1.El proceso no envio los planes de mejoramiento a la oficina de planeación por desconocimiento del PROCEDIMIENTO DE MEJORA CONTINUA Y SALIDA NO CONFORME GIO-PO-04<br>2.Falta de mecanismos de control<br>3. Falta de capacitación para el diligenciamiento de los procedimientos | 1. Procesos no conformidad por incumplimiento a los requisitos legales de la norma ISO:9001:2015<br>2. Llamadas de atención de la Alta dirección.<br>3. Indebida eficacia, de las mejoras tomadas al no proceder a documentarlas. | No | Realizar la verificacion del PROCEDIMIENTO DE MEJORA CONTINUA Y SALIDA NO CONFORME GIO-PO-04, con el fin de realizar el correcto plan de mejoramiento informando las mejoras continuas del proceso | Remision del plan de mejoramiento bajo código GIO-PO-04-FT-01 de la FND informando las acciones de mejora implentadas en el proceso | Registrar el 100% de las acciones de mejoras implementadas en el proceso y que fueron identificadas en autodiagnostico del proceso. | plan de mejoramiento bajo código GIO-PO-04-FT-01 | Subdirección Gobierno y Regiones | ######## | ######## | Se validara el correcto funcionamiento del envio del plan de mejora | 100% | SI | CORREO ELECTRÓNICO PLAN DE MEJORAMIENTO GIC Y RAG | https://drive.google.com/drive/folders/1ERb-CZ9dLvQbb7ICzPN3ALzBUJ5Ga | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 5 | GIC - Gestión de la Innovación, Conocimiento y Políticas Públicas | Auditorías Internas | Observación | Terminar de realizar los ajus | 1.El proceso no realizó los ajustes conforme al autodiagnostico enviado a la oficina de planeacion por falta de desconocimiento en la actualización de los formato procedimiento GIO-PD-01 PROCEDIMIENTO CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA<br>2.Falta de mecanismos de control<br>3. Falta de capacitación para el diligenciamiento de los procedimientos | 1. Procesos no conformidad por incumplimiento a los requisitos legales de la norma ISO:9001:2015<br>2. Llamadas de atención de la Alta dirección.<br>3. Indebido control de la informacion documentada al encontrarse | No | Realizar la verificacion del PROCEDIMIENTO CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA GIO-PD-01, con el fin de realizar los ajustes enviados en el autodiagnostico | Remisión de los documentos de procedimiento GIC, caracterización GIC, conforme al procedimiento de control de información documentada y ajustes de las actividades del proceso. | El 100% de la actu | la Caracterizacion del proceso y procedimiento GIC actualizadas | Subdirección Gobierno | ######## | ######## | DE ACUERDO A LA NUEVA ARQUITECTURA EMPRESARIAL EL PROCESO GIC DESAPARECE | 100% | N/A | NO | | SI | NO | NO | NO | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |

**GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL**

**FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO**

**Código:** GIO-PD-04-FT-01
**Versión:** 07
**Fecha:** 10/03/2023

| ITEM | PROCESO | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO y/o NO CONFORMIDAD REPETITIVO? | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (AR,ER, IR,..) | ACTIVIDADES COMO LO VAMOS HACER/TAREAS | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERRE y/o TERMINACION | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO POR PERÍODO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA | SEGUIMIENTO OFICINAS: CONTROL INTERNO y/o ASESORA DE PLANEACIÓN | | | | | | | | | | | <<<< |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | EVIDENCIAS | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | SE REPORTO OPORTUNAMENTE EL PLAN DE MEJORAMIENTO? | EJECUTO ACCIONES DE MEJORA | ESTA DOCUMENTADO COMO EVIDENCIA | SUBSANA EL HALLAZGO y/o OBSERVACIÓN y/o NO CONFORMIDAD | SE DEBE CERRAR EL HALLAZGO DETECTADO? | RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PERIODO | OBSEVACIONES EN EL PERIODO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| 1 | Planeación Estratégica Organizacional | Auditorías Externas | Otros | Codificar matriz DOFA | Desconocimiento Procedimiento control de información documentada | Al no tener códificación, la matriz pierde control documental en el marco del SIG, adicionalmente es un documento que consilda información relevante para el DE | NO | Generar la codificación y control de la matriz en el SIG | * Asociar la matriz al proceso POE<br>* Generar el código respectivo<br>* Socializar la matriz codificada y controlada | Matriz controlada - codificada | Matriz codificada y socializada | Planeación estratégica Organizacional | 08/04/2022 | 30/08/2022 | se revisa la codificación de la matriz DOFA | 100% | SI | MATRIZ DOFA CODIFICADA | https://drive.google.com/drive/folders/0B2Bqw0mmwuSKWVBjQU5GY3NNdG8?resourcekey=0-DBRQxaTJgZ-H9L2jObLKLw | SI | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 2 | Planeación Estratégica Organizacional | Auditorías Externas | Otros | Realizar metodología de calificación mat riz PESTEL | es subjetiva la calificación de la matriz PESTEL | El análisis de los factores (políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ecológicos y legales) se puede convertir en una análisis subjetivo al no contar con una metodología y un estandar para su gestión. | NO | Establecer una metodología definida para el análisis pestel al interior de la FND | * Definir metodología<br>* Socializar metodología | Metodologia estandarizada definida | Metodologia estandarizada definida | Planeación estratégica organizacional | 08/04/2022 | 30/08/2022 | Se realiza la revisión de la metodología de la matriz PESTEL | 100% | SI | MATRIZ PESTEL MATRIZ DE RIESGO MATRIZ DE CONFORMIDAD | https://drive.google.com/drive/folders/0B2Bqw0mmwuSKWVBjQU5GY3NNdG8?resourcekey=0-DBRQxaTJgZ-H9L2jObLKLw | SI | SI | SI | SI | SI | SI | OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN | 100% | |
| 3 | Planeación Estratégica Organizacional | Auditorías Externas | Otros | Ajustar matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo y agregar riesgos operaciones enfocados en SST, es necesario evaluar eficacia de las acciones tomadas. | El proceso no identifico los riegos operacionales del SST en la matriz respectiva, por desconocimiento del procedimiento, en cuanto se entendia que los mismos se encontraban descritos en la matriz de riesgos y peligros establecida en el FORMATO MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS codigo GRH-PD-04-FT-01 de SST (Gestión Humana). | Que no se cuente con un plan de contingencia y controles necesarios para la correcta implementación y aplicabilidad de la norma ISO 45001 | NO | Apoyo a los procesos GIO y GRH en la actualizar la matriz de riesgo de proceso y procedimiento | Mediante mesas de trabajo conjunta en tre los procesos GIO,GRH y GAF , generación de propuestas para la cvtualizacion de las matrices y el procedimiento. | 100% matriz de riesgo actualizada | Matriz de riesgo | Planeación estratégica Organizacional | 05/04/2022 | 30/08/2022 | Se realiza ajuste matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo , se incluye nota aclaratoría donde se especifica que los riesgos operacionales de SST, se están gestionado a través de la matriz de identificación peligros, evaluación y control de los riesgos | 100% | SI | MATRIZ DE RIESGOS | https://drive.google.com/drive/folders/151hc5lqgfbtDJjs1Gqg-45AuOfCtYOEt | SI | SI | SI | SI | SI | SI | OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN | 100% | |
| 4 | Planeación Estratégica Organizacional | Auditorías Externas | Otros | Revisión de matriz de conformidad. | El proceso no identifico las salidas no conformes de las actividades que realiza | Es necesario revisar la matriz de conformidad para asegurar que se este brindado un servicio conforme | NO | Actualizar la matriz de conformidad | Revisión y ajuste matriz conformidad | 100% matriz de conformidad actualizada | Matriz de conformidad | Planeación estratégica organizacional | 05/04/2022 | 30/08/2022 | Se revisa y actualiza matriz de conformidad | 100% | SI | MATRIZ DE CONFORMIDAD | https://drive.google.com/drive/folders/0B2Bqw0mmwuSKRmNoWnZxc2t2UGM?resourcekey=0-JsVjTwPo781TcCLbhghFhw | SI | SI | SI | SI | SI | SI | OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN | 100% | |
| 5 | POE - Planeación Estratégica Organizacional | Auditorías Internas | Recomendación | Incluir en un informe la evidencia de la retroalimentación realizada por parte de los Gobernadores de la encuesta de satisfacción identificada bajo el código POE-PD-02-FT-02, donde se verifique las acciones emprendidas en pro de la satisfacción del cliente. | Desconocimiento de la norma ISO 9001 del 2015. | Hallazgo de auditoria, posibles llamados de atención, baja satisfacción del cliente externo, posible materialización de riesgos. | No | Realizar un informe en el se encuentre el resultado del analisis a las recomendaciones que realizaron los Gobernadores con el fin de presentar las acciones que se van a llevar a cabo desde el proceso POE en pro de la satisfacción del cliente. | (I) Consolidación de las encuestas.<br>(II) Revisión de las recomendacione sy/o observaciones del cliente externo.<br>(III) Realización de un análisis a profundidad de las respuestas emitidas por los Gobernadpores a traves de las encuestas de satisfacción al cliente. | 100% | DOCUMENTO ANÁLISIS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE | Planeación estratégica Organizacional | 14/02/2023 | 15/03/2023 | El líder del proceso POE verifica que se haya elaborado el documento de análisis de las encuestas de satisfacción, teniendo en cuenta las recomendaciones y obervaciones de los Gobernadores. | 100% dando cumplimiento a las metas establecidas. | SI | DOCUMENTO ANÁLISIS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE | Drive Proceso POE | SI | SI | SI | SI | SI | SI | OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN | 100% | MATRIZ DE CONFORMIDAD |
| 6 | POE - Planeación Estratégica Organizacional | Auditorías Internas | Recomendación | Revisar el GIO-MR-03 MATRIZ DE RIESGOS DE GESTIÓN OCI -OAP II CUATRIMESTRE 2022 donde se alineen los riesgos descritos en la matriz con las actividades descritas según POE-CR-01 - Caracterizacion de Proceso. | Desconocimiento del Procedimiento de Gestión y Administración del Riesgo GIO - PD - 02.<br>Falta de capacitación. | Posible materialización de riesgos.<br>Hallazgos en las auditorias internas y externas.<br>Reproceso y posible pérdida de la recertificación externa de nuestro ente certificado. | No | Actualizar los riesgos de la matriz GIO-MR-03 MATRIZ DE RIESGOS DE GESTIÓN OCI -OAP II CUATRIMESTRE 2022 según POE-CR-01 - Caracterizacion de Proceso. | (I) Revisión de la caracterización<br>(II) Revisión de la matriz de riesgos<br>(III) Alineación de los riesgos de GIO-MR-03 MATRIZ DE RIESGOS DE GESTIÓN OCI -OAP II CUATRIMESTRE 2022, según las actividades establecidas en POE-CR-01 - Caracterizacion de Proceso.<br>(IV) Solicitar al SIG la publicación mediante correo electrónico. | Actualizar los riesgos de la matriz | GIO-MR-03 MATRIZ DE RIESGOS DE GESTIÓN OCI -OAP II CUATRIMESTRE 2022 | Planeación estratégica organizacional | 14/02/2023 | 15/03/2023 | El líder del proceso POE verifica que se haya alineado GIO-MR-03 MATRIZ DE RIESGOS DE GESTIÓN OCI -OAP II, de acuerdo a las actividades descritas en POE-CR-01 - Caracterizacion de Proceso. | 100% dando cumplimiento a las metas establecidas. | SI | GIO-MR-03 MATRIZ DE RIESGOS DE GESTIÓN OCI -OAP II | https://drive.google.com/drive/u/3/folders/1f89CnVf-wXVC4nYwzrWOLUgZbtYhL0Dw | SI | SI | SI | SI | SI | SI | OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN | 100% | |
| 7 | POE - Planeación Estratégica Organizacional | Auditorías Internas | Recomendación | Revisar el POE-MR-02 - MATRIZ DE CONFORMIDAD donde se alinee los productos, salidas y controles descritos en la matriz, con las actividades descritas según POE-CR-01 - Caracterizacion de Proceso. | Desconocimiento de la norma ISO 9001 del 2015. | Posible materialización de riesgos.<br>Hallazgos en las auditorias internas y externas.<br>Reproceso y posible pérdida de la recertificación externa de nuestro ente certificado. | No | Actualizar los productos, salidas y controles de POE-MR-02 - MATRIZ DE CONFORMIDAD según POE-CR-01 - Caracterizacion de Proceso. | (I) Revisión de la caracterización<br>(II) Revisión de la matriz de riesgos<br>(III) Alineación y actualización de los productos, salidas y controles de POE-MR-02 - MATRIZ DE CONFORMIDAD, según las actividades establecidas en POE-CR-01 - Caracterizacion de Proceso.<br>(IV) Solicitar al SIG la publicación mediante correo electrónico. | Actualizar los productos, salidas y controles de POE-MR-02 - MATRIZ DE CONFORMIDAD | POE-MR-02 - MATRIZ DE CONFORMIDAD | Planeación estratégica organizacional | 14/02/2023 | 15/03/2023 | El líder del proceso POE verifica que se haya alineado POE-MR-02 - MATRIZ DE CONFORMIDAD de acuerdo a las actividades descritas en POE-CR-01 - Caracterizacion de Proceso. | 100% dando cumplimiento a las metas establecidas. | SI | POE-MR-02 - MATRIZ DE CONFORMIDAD | https://docs.google.com/spreadsheets/d/1G-4z_N_n1g6i-yBOeXOVoORrAZUHSxkB/edit#gid=91493781 | SI | SI | SI | SI | SI | SI | OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN | 100% | |

**GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL**

**FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO**

**Código:** GIO-PD-04-FT-01
**Versión:** 07
**Fecha:** 10/03/2023

| ITEM | PROCESO | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO y/o NO CONFORMIDAD REPETITIVO? | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (AR,ER, IR,..) | ACTIVIDADES COMO LO VAMOS HACER/TAREAS | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERRE y/o TERMINACION | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO POR PERÍODO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA | SEGUIMIENTO OFICINAS: CONTROL INTERNO y/o ASESORA DE PLANEACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | EVIDENCIAS | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | SE REPORTO OPORTUNAMENTE EL PLAN DE MEJORAMIENTO? | EJECUTO ACCIONES DE MEJORA | ESTA DOCUMENTADO COMO EVIDENCIA | SUBSANA EL HALLAZGO y/o OBSERVACIÓN y/o NO CONFORMIDAD | SE DEBE CERRAR EL HALLAZGO DETECTADO? | RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PERIODO | OBSERVACIONES EN EL PERIODO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO |
| 1 | Gestión Integral Organizacional | Auditorías Externas | Otros | Incluir nota aclaratoria en el procedi miento de formulación y seguimiento al plan operativo donde se especifique que l as oportunidades son evaluadas en el plan operativo, artícular las oportunidades con el Plan Operativo Anual | No hay un documento donde se especifique la evaluación de oportunidades | Al no tener documentado el manejo e identificación de las oportunidades de mejora, puede no aprovecharse estas acciones que pueden generar valor agregado a los proceso y su gestión. | NO | Establecer una metodología para documentar y gestionar las oprotunidades de mejora en el marco del SIG. | Definir metodología<br>* Socializar metodología<br>* Identificar y documentar las opotunidades asociadas a las actividades del PO<br>* Ajustar el procedimiento de PO | Metodologia estandarizada definida documentada en el procedimiento | Metodologia estandarizada y socializada | Oficina asesora de planeación | 08/04/2022 | 30/06/2022 | procedimiento de formulación y seguimiento al plan operativo | 100% | SI | procedimiento de formulación y seguimiento al plan operativo | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 2 | Gestión Integral Organizacional | Auditorías Externas | Otros | Modificar el Formato de Plan de mej oramiento incluir si las NC han sido repetitivos. | No se identifican la NC repetitivas | La entidad no realiza seguimiento e identificación de NC que se hayan presntado de manera repetitiva, lo cual puede llegar a convertirse en una NC mayor para el SIG | NO | Identificar y documentar a través del plan de mejoramiento si los hallazgos son repetitivos. | * Ajustar el formato de plan de mejoramiento para la identificación de hallazgos repetitivos<br>* Documentar aquellos casos que se consideren repetitivos<br>* Ajustar el procedimiento de mejora continua y servicio no conforme incluyendo en acciones correctivas y preventivas los hallazgos y/o no conformidades repetitivas | Formato ajustado a lo requerido procedimiento ajustado de mejora continua y servicio no conforme | Formato de plan de mejoramiento ajustado y socializado procedimiento ajustado de mejora continua y servicio no conforme | Oficina asesora de planeación | 08/04/2022 | 30/06/2022 | Se incluye en el formato de seguimiento a la mejora una casilla de NC repetitivas | 100% | si | Formato de seguimiento a la mejora | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 3 | Gestión Integral Organizacional | Auditorías Externas | Otros | Ajustar matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y ad ministración del riesgo y agregar riesgos operaciones enfocados en SST, es necesario evaluar eficacia de las acciones tomadas | El proceso no identifico los riegos operacionales del SST en la matriz respectiva, por desconocimiento del procedimiento, en cuanto se entendía que los mismos se encontraban descritos en la matriz de riesgos y peligros establecida en el FORMATO MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS codigo GRH-PD-04-FT-01 de SST (Gestión Humana). | Si no se garantiza la información y lineamientos sober la administración de riesgos, no se puede llegar a gestionar de manera eficiente esta variable. | NO | Actualizar la información de gestión de riesgos e identificar los mismos asociados al SGSST | * Validar la conformidad del procedimiento acorde a los lineamientos para administración del riesgo<br>* Realizar la identificación de riesgos de proceso asociados al SGSST<br>* Socializar la información definida | Lineamiento ajustado y riesgos de SGSST identificados | Procedimiento ajustado Matriz de riesgo actualizada | Oficina asesora de planeación | 08/04/2022 | 30/06/2022 | Se realiza ajuste matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo , se incluye nota aclaratoría donde se especifica que los riesgos operacionales de SST, se están gestionado a través de la matriz de identificación peligros, evaluación y control de los riesgos | 100% | SI | Matriz de riesgos | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 4 | Gestión Integral Organizacional | Auditorías Externas | Otros | Ajustar el manual del SIG aclarando q ue la inaplicabilidad delrequisito 7.1. 5 es sólo para ISO 9001:20215 | No hay claridad de la inaplicabilidad del requisito 7.1.5 | Al no tener documentado de manera adecuada las inaplicabilidades de algunos requisitos al SIG y sus sistemas, se pueden llegar a presnetar incumplimientos a los requisitos de norma que pudene redundar en hallazgos críticos para el SIG. | NO | Ajustar el manual del SIG identificando las inaplicabilidades de cada sistema que componen el SIG. | Verificar las inaplicabilidades a cada sistema del SIG<br>* Actualizar la información contenida en el manual integrado del SIG<br>* Socializar la actualización del manual | Manual Integrado actualizado | Manual Integrado actualizado | Oficina asesora de planeación | 08/04/2022 | 30/08/2022 | Se realiza ajuste del Manual del SIG, | 100% | si | Manual de SIG | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 5 | Gestión Integral Organizacional | Auditorías Externas | Otros | Agregar al procedimiento de mejora continua, en salida no conforme incumpliendo de matriz de conformidad | No hay claridad suficiente de cusndo se presenta una salida no conforme | Se debe documentar la información y lineamientos sobre la gestión y tratamiento del PySNC en el marco del SIG | NO | Actualizar los lineamientos para la identificación y tratamiento del PySNC | Ajustar el procedimiento de mejora y PySNC<br>* Actualizar el formato de mejoramiento | Procedimiento de mejora y PySNC y formato de mejoramiento ajustado ajustado | Procedimiento y formato ajustad | Oficina asesora de planeación | 08/04/2022 | 30/06/2022 | Se Agrega al procedimiento de mejora continua, en salida no conforme el incumplimiento de la matriz de conformidad | 100% | SI | Procedimiento de mejora continua y servicio no conforme | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 6 | Gestión Integral Organizacional | Auditorías Externas | Otros | Revisión de matriz de conformidad. | El proceso no identifico las salidas no conformes de las actividades que realiza | Es necesario revisar la matriz de conformidad para asegurar que se este brindado un servicio conforme | NO | Actualizar la matriz de conformidad | Actualizar la matriz de conformidad | 100% matriz de conformidad actualizada | matriz de conformidad | Oficina asesora de planeación | 08/04/2022 | 30/06/2022 | Se realiza revisión y actualización de la matriz de conformidad | 100% | si | Matriz de Conformidad | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 7 | Gestión Integral Organizacional | Auditorías Externas | Otros | Validación competencia auditor | Desconocimiento procedimiento auditorías internas al SIG | La entidad debe garantizar las evidencias de competencias y formaciones de auditores líderes e internos del SIG. | NO | Evidenciar competencias de auditores de FND en el espacio requerido | Validar base de datos de auditores líderes e internos de la FND.<br>* Actualizar y centralizar la información de auditores de FND por parte de la oficina de planeación | Base de datos de auditores FND actualizada | Información actualizada y centralizada sobre auditores internos y líderes de la FND | Oficina asesora de planeación | 08/04/2022 | 30/06/2022 | Se crea base de datos auditores | 100% | SI | Base de datos auditores | Drive Oficina de planeación | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 8 | GIO - Gestión Integral Organizacional | Auditorías Internas | Recomendación | La Auditoría Interna evidenció la necesidad de revisar los procedimienos asociados al proceso GIO para unificarlos de forma integral | 1. Falta de mecanismos de control.<br>2. Falta de capacitaciíon en el SIG | 1.Posible pérdida de la recertificación<br>2.Materialización de riesgos<br>3.Llamados de atención<br>4.Hallazgos | No | Revisar, validar y unificar los procedimientos asociados al proceso GIO | 1. Revisión de las matrices de conformidad, riesgos y caracterización del proceso.<br>2.validación y ajustess de los procedimientos asociados, en la matriz de riesgos y de conformidad.<br>3.Remisión al SIG para el cargue el respectivo<br>4. Socialización y divulgación los documentos unificados | Documentos actualizados en cumplimiento de las normas ntc: ISO 9001/2015 y 45001/2015 | Manuales, formatos, procedimientos, instructivos, caracterización, entre otros; actualizados y cargados en el SIG- proceso GAF. | Oficina Asesora Planeación | 21/12/2022 | 31/03/2023 | Revisión de los procedimienos asociados al proceso GIO, se realiza la validación y ajustes correspondientes en la documentación del proceso | 100% | SI | DOCUMENTOS PROCESO GIO | https://drive.google.com/drive/folders/0B2Bqw0mmwuSKZHlaZWM1eEtsck0?resourcekey=0-O7TQDe_ajATT71a6e7pgAQ | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 9 | GIO - Gestión Integral Organizacional | Auditorías Internas | Recomendación | Se recomienda al proceso GIO revisar el procedimento de información documentada Código: GIO-PD-01 Versión: 13 Fecha: 25/11/2022 e incluir la revisión de los documentos asociados SIG cada cuatrimestre, en especial de las matrices de cacterizacion, riesgos, conformidad. | 1. Falta de revisión de los procedimienos asociados al proceso GIO | 1.Posible pérdida de la recertificación<br>2.Materialización de riesgos<br>3.Llamados de atención<br>4.Hallazgos | No | Revisar, validar y unificar los procedimientos asociados al proceso GIO | 1. Revisión de las matrices de conformidad, riesgos y caracterización del proceso.<br>2.validación y ajustess de los procedimientos asociados, en la matriz de riesgos y de conformidad.<br>3.Remisión al SIG para el cargue el respectivo | Documentos actualizados en cumplimiento de las normas ntc: ISO 9001/2015 y 45001/2016 | Manuales, formatos, procedimientos, instructivos, caracterización, entre otros; actualizados y cargados en el SIG- proceso GAF. | Oficina Asesora Planeación | 21/12/2022 | 31/03/2023 | Se revisa y ajusta el procedimiento de control de información documentada para dar una mayor claridad sobre como se deben estructurar los documentos del SIG | 100% | SI | PROCEMIENTO DE CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA | https://drive.google.com/drive/folders/149LDEA6-KE8repyWWwXq5XBfiDqSKpXa | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 10 | GIO - Gestión Integral Organizacional | Auditorías Internas | Recomendación | Se recomienda la revisión de los documentos asociados al proceso para que todos se ajusten al procedimiento de control de información documentada Código: GIO-PD-01 Versión: 13 Fecha: 25/11/2022 | 1.Falta de mecanismos de control<br>2.Falta de capacitación | 1.Posible pérdida de la recertificación<br>2.Materialización de riesgos<br>3.Llamados de atención<br>4.Hallazgos | No | Dar aplicabilidad a la norma NGTC ISO 9001:2015, en cada uno de los sitemas del proceso | 1. Revisión de las matrices de conformidad, riesgos y caractierización del proceso<br>2.Unificación y jaustes de los procedimientos asociados, en la matriz de riesgos y de conformidad<br>3.Socializar y divulgar los documentos unificados | Documentos actualizados en cumplimiento de las normas ntc: ISO 9001/2015 y 45001/2017 | Manuales, formatos, procedimientos, instructivos, caracterización, entre otros; actualizados y cargados en el SIG- proceso GAF. | Oficina Asesora Planeación | 21/12/2022 | 31/03/2023 | Se revisan los documentos del proceso GIO y se ajustan de acuerdo al procedimiento de control de información documentada | 100% | SI | DOCUMENTOS PROCESO GIO | https://drive.google.com/drive/folders/0B2Bqw0mmwuSKZHlaZWM1eEtsck0?resourcekey=0-O7TQDe_ajATT71a6e7pgAQ | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 11 | GIO - Gestión Integral Organizacional | Auditorías Internas | Recomendación | Se recomienda el diligencionamiento de forma integral del formato de proveedor identificado con el código GAF-PD-01-FT-02 Fecha: 12/02/2019 Versión 2, en razón a que se identifico durante la revisión de la auditoria que el proveedor GRUPOS S.A.S en el el ítem 4 no se diligenciaron la opciones establecidas, sin embargo, se | 1.Falta de mecanismos de control<br>2.Falta de capacitación | 1.Posible pérdida de la recertificación<br>2.Materialización de riesgos<br>3.Llamados de atención<br>4.Hallazgos | No | 1.Diligenciar adecuadamente y en su totalidad el formato, con cada uno de los puntos descritos en el mismo. | Revisión del diligenciamiento del formato GAF-PD-01-FT-02 Fecha: 12/02/2019 Versión 2, | Documentos actualizados y diligenciados en cumplimiento de las normas vigentes. | Formato ajustado y diligenciados debidamente | Oficina Asesora Planeación | 21/12/2022 | 31/03/2023 | Se raliza la revisión del diligenciamiento del formato inscripción del proveedor Código: GAF-JA-CRF-PD-02-FT-01 | 100% | NO | | | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 12 | GIO - Gestión Integral Organizacional | Auditorías Internas | Recomendación | Se recomienda actualizar en la pagina web de forma expedita los cierres del plan de mejora y el seguimiento de los mismos, en razón a que revisado el plan de mejoramiento identificado bajo código GIOPD-04-FT-01 publicado en la página web de la entidad bajo la ruta https://fnd.org.co/docs/transparencia/plan-de-mejoramiento/Plan%20de%20mejo | 1.Falta de mecanismos de control<br>2.Falta de seguimiento a los cierres, de los planes de mejoramiento | 1.Posible pérdida de la recertificación<br>2.Materialización de riesgos<br>3.Llamados de atención<br>4.Hallazgos | No | 1. Revisar, validar y cerrar a los planes de mejoramiento abiertos, producto de las auditorías internas, realizadas durante el 2022. | 1.Seguimiento a los planes de mejoramiento abiertos por proceso.<br>2.Verificación del estado de avance de los planes<br>3.Remisión de correo electrónico informando a los procesos sobre los planes abiertos<br>4.Ajuste de los planes para su respectivo cierre<br>5.verificación y cierre de los planes de mejoramiento por el proceso GIO-OAP. | CIERRE de planes abiertos vigencias | Planes actualizados y cerrados | Oficina Asesora Planeación | 21/12/2022 | 30/04/2023 | se realiza publicación de los plandes de mejoramiento en la página web de la FND | 100% | SI | PLANES DE MEJORAMIENTO | https://www.fnd.org.co/transparencia/7-control.html | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 13 | GIO - Gestión Integral Organizacional | Auditorías Internas | Recomendación | Revisar por parte de la Oficina de Planeación el SIG, de cada proceso con el fin de unificar la información cargada en el mismo, cuyo objetivo es conseguir una mejora continua y la satisfacción de todos los colaboradores de la FND a través de la calidad; capacitando, sensibilizando y dar las pautas para estructurar (objetivo, alcance, procedimientos, entre otros) | 1. Falta depuración del SIG del proceso GIO y demás procesos | 1. Hallazgos y/o observaciones y/o oportunidades de mejoras de los entes de control<br>2. Posible pérdida de la recertificación | No | 1. Revisar, validar y ajustar los documentos cargados en el SIG del proceso GAF y demás proceso | 1. Validación de la información cargada en el SIG-PROCESO GAF.<br>2. actualización y ajustes de la información cargado en el SIG_GAF.<br>3. Solicitud al SIG de los documentos ajustados y actualizados | Documentos actualizados en cumplimiento de las normas ntc: ISO 9001/2015 y 45001/2017 | Manuales, formatos, procedimientos, instructivos, caracterización, entre otros; actualizados y cargados en el SIG- proceso GAF. | Subdirección Administrativa y Financiera | 16/12/2022 | 31/04/2023 | Los responsables de las áreas del proceso en coordinación y apoyo de la Oficina de Planeación, realizaran la validación de los documentos cargados en el SIG para su revisión y ajustes respectivos antes del proceso de certificación anual que realiza en el Ente externo Bureau Veritas. | 100% | SI | DOCUMENTOS SIG | INTRANET | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |

| FND Fondo Nacional de Desarrollo Departamentos | GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL | Código: GEC-PC-01-FT-01 |
|---|---|---|
| | FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO | Versión: 07 |
| | | Fecha: 2023/10/11 |

| ITEM | PROCESO | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO S/n NO CONFORMIDAD REPETITIVO? | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (AR,BR, IR...) | ACTIVIDADES CÓMO LO VAMOS HACER/TAREAS | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERRE y/o TERMINACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO POR PERÍODO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA | SEGUIMIENTO OFICINAS: CONTROL INTERNO y/o ASESORA DE PLANEACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | EFICIENTE | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | LA ACCIÓN SE ENCUENTRA OPORTUNAMENTE? | SE ENCUENTRA ABIERTA? | ACCIÓN CERRADA EFICAZMENTE? | ACTIVIDAD CERRADA? | ACCIÓN VENCIDA NO CERRADA? | ACCIÓN ABIERTA DENTRO DE TIEMPO? | RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR PERÍODO | OBSEVACIONES EN EL PERÍODO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO |
| 1 | GEC - Gestión Estratégica de las Comunicaciones | Auditorías Externas | Otros | Ajustar matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo y agregar riesgos operaciones enfocados en SST, es necesario evaluar eficacia de las acciones tomadas. | El proceso no identifico los riesgos operacionales del SST en la matriz respectiva, por desconocimiento del procedimiento, en cuanto se entenda que los mismos se encontraban descritos en la matriz de riesgos y peligros establecida en el FORMATO MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS codigo GRH-PD-04-FT-01 de GST (Gestión Humana). | Que no se cuente con un plan de contingencia y controles necesarios para la correcta implementación y aplicabilidad de la norma ISO 45001 | NO | Actualizar la matriz de riesgo | Analizar la matriz y las posibles modificaciones y/o actualizaciones a que haya lugar con el fin de dar cumplimiento a las normas que la FND se encuentra certificada | 100% matriz de riesgo actualizada | Matriz de riesgo | Gestión Estratégica de las comunicaciones | 08/04/2022 | 30/04/2022 | Se realiza ajuste matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo , se incluye nota aclaratoria donde se especifica que los riesgos operacionales de GST, se estén gestionando a través de la matriz de identificación peligros, evaluación y control de los riesgos | 100% | Si | Matriz de riesgos | Intraset | Si | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 2 | GEC - Gestión Estratégica de las Comunicaciones | Auditorías Externas | Otros | Revisión de matriz de conformidad. | El proceso no identifico las salidas no conformes de las actividades que realiza | 1. Hallazgos entes de control.<br>2. Materializacion de riesgos.<br>3. Mala imagen | NO | Actualizar la matriz de conformidad | Actualizar la matriz de conformidad | 100% matriz de conformidad actualizada | matriz de conformidad | Gestión estratégica de las comunicaciones | 08/04/2022 | 30/04/2022 | Se realiza revisión y actualización de la matriz de conformidad | 100% | Si | Matriz de Conformidad | Intraset | Si | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 3 | GEC - Gestión Estratégica de las Comunicaciones | Auditorías Internas | Observación | En la auditoría realizada el 2 de diciembre de 2022 no se presentó la evidencia de las reuniones de seguimiento y mantenimiento de la página web que aparece como control propuesto o acciones a tomar en la Matriz de Riesgos del Proceso GEC código GIO-MR-03 Versión 3 del 25/11/2022. | *Desconocimiento del procedimiento de mejora continua de la Matriz de Riesgo de Procesos de acuerdo al procedimiento y administración del riesgo.<br>*Ausencia de archivo de evidencias de las reuniones de seguimiento y mantenimiento de la página web. | 1. Hallazgos entes de control.<br>2. Materializacion de riesgos.<br>3. Mala imagen | No | · Implementar seguimiento mensual a los contenidos publicados en la página web, reportando desde la Oficina de Comunicaciones a la Coordinación de tecnología, cualquier posible riesgo o necesidad de ajuste preventivo en los contenidos, la línea gráfica, entre otras responsabilidades específicas de la experticia de la Oficina de Comunicaciones. Esta acción reemplazaría las reuniones antes establecidas como acción para la prevención de riesgo.<br>· Tomar con el informe de la matriz | * Validar la información sobre las acciones que se realizan para mitigar el riesgo *Apertura de archivo de evidencias y designación de responsable o responsables de alimentarlo.<br><br>* Enviar a la Oficina de Planeación la matriz de Riesgo de Proceso con los avances requeridos. | 1) Tener un archivo de evidencia de las acciones de seguimiento y mejoramiento de la página web 2) Realizar el reporte cuatrimestral del control y sus evidencias conforme a la Matriz de Riesgos del Proceso GEC Código GIO-MR-03 | 1) Drive de evidencias<br>2) Reporte cuatrimestral del control propuesto | Jefatura de Comunicaciones | 2/12/2022 | 1/3/2023 | 1) Se reportó el control en la la Matriz de Riesgos del Proceso.<br>2) Se organizó archivo documental con los resultados de las reuniones de mantenimiento de la página web FND (Reuniones dadas verbalmente y telefónicamente)<br><br>https://drive.google.com/drive/folders/1CuGLUvrXqrmTcuzJ21NFZbKLcRbKaJh | 100% | Si | Matriz de Riesgos del Proceso<br>Se organizó archivo documental con los resultados de las reuniones de mantenimiento de la página web FND (Reuniones dadas verbalmente y telefónicamente | https://drive.google.com/drive/folders/1CuGLUvrXqrmTcuzJ21NFZbKLcRbKaJh | NO | Si | Si | Si | Si | Si | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 4 | GEC - Gestión Estratégica de las Comunicaciones | Auditorías Internas | Otro | La Subdirección de Gestión Humana solicitó a tecnología crear un acceso directo en la página web de la FND que direccionaba a una biblioteca virtual, desde la Oficina de Comunicaciones, se identifica la creación de este acceso y se solicita su dada de baja ya que el contenido no cumplía con los parámetros exigidos y con el propósito de garantizar la calidad y autorización de terceros de los contenidos publicados, como la cesión de los derechos de autor, entre otros. | Desconocimiento del procedimiento de publicación de contenidos por parte de la Oficina de Tecnología | 1. Materializacion de riesgos.<br>2. Demandas legales por derechos de autor | No | 1) Crear un rol del 'profesional de contenidos', que cumpliró roles de "Webmaster", adscrito a la Oficina de Comunicaciones y quien tendrá a su cargo el monitoreo de los contenidos de la página web de la FND de tal forma que se garantice el cumplimiento de los parametros y procedimientos establecidos por la Oficina de Tecnología y la Oficina de comunicaciones.<br><br>2) Crear una formato de Solicitudes de Publicaciones donde se deré el visto bueno en conjunto entre la Oficina de Comunicaciones y la coordinación de Tecnología, para | 1) Solicitud de la creacion del rol de" Profesional de Contenidos" para realizar las actividades de recepción, revisión, corrección y seguimientos de los contenidos de la pagina web en cumplimiento con los parámetros legales e institucionales.<br>2) Realizar el formato de Solicitudes de Publicaciones. | 1) Si contratar el rol del "Profesional de Contenidos" para recibir, revisar, corregir e informar las actividades de la pagina web y sus contenidos que cumplan con los parametros y procedimientos establecidos.<br>2) Activar en la intraset el formato de 'Solicitud de Publicación de contenidos en la página web' que evidencie, permita hacer seguimiento minucioso y prevea aprobación de contenidos desde las dependencias responsables de la administración de la página web: la Oficina de Comunicaciones y la coordinación de Tecnología. | 1) Formato de Solicitudes de Pagina Web.<br>2) Reporte e informes de las actividades realizadas por "Webmaster" | Jefatura de Comunicaciones<br>Coordinación de Tecnologia | 6/3/2023 | 31/12/2023 | Se solicitó la creación del formato de Solicitudes de Pagina Web y asi mismo, se logró que en la mengeniería corporativa se incluyera el rol descrito como acción de mejora. Por parte de la Jefatura de Comunicaciones se ha solicitado a Talento Humano la contratación de la persona encargada, ya se abrió la convocatoria y se han hecho entrevistas. Aun no se elige el profesional. **NOTA: Se deja hasta el 31 de diciembre de 2023 la fecha de cierre porque la Oficina de comunicaciones esta a la espera de la convocación del profesional para cumplir con el rol. Este perfil se está buscando desde octubre del 2022 como OPS, y desde enero 2023 como Empleado** | 40% | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL | Código: GIO-PD-04-FT-01 |
|---|---|---|
| | FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO | Versión: 07<br>Fecha: 10/03/2023 |

| ITEM | PROCESO | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO y/o NO CONFORMIDAD REPETITIVO? | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (AR,ER, IR,..) | ACTIVIDADES COMO LO VAMOS HACER/TAREAS | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERRE y/o TERMINACION | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO POR PERÍODO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA | SEGUIMIENTO OFICINAS: CONTROL INTERNO y/o ASESORA DE PLANEACIÓN<br>EVIDENCIAS | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | SE REPORTO OPORTUNAMENTE EL PLAN DE MEJORAMIENTO? | EJECUTO ACCIÓNES DE MEJORA | ESTA DOCUMENTADO COMO EVIDENCIA | SUBSANA EL HALLAZGO y/o | SE DEBE CERRAR EL HALLAZGO DETECTADO? | RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO OFICINA DE PLANEACIÓN | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PERIODO | OBSEVACIONES EN EL PERIODO CONTROL INTERNO y/o PLANEACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Gestión Administrativa y Financiera | Auditorías Externas | Otros | En la matriz de riesgos colocar fechas de cuando se van a ejecutar los controles.. | No se tiene definido la fecha para ejecutar los controles | Materializacion del riesgos | NO | Actualizar la matriz de riesgo de proceso | 1. Analizar los riesgo existentes que fueron identificados por el proceso.<br>2. Validación de los riesgos de calidad frente a los riesgos de proceso para su consolidacion.<br>3. Unificacion de los riesgos en la matriz de riesgos de proceso.<br>4 Se haran reportes en forma cuatrimestral de las acciones implementadas para evitar la materializacion del riesgo | 100% | Matriz de riesgo | Subdirección Administrativa y Financiera | 30/03/2022 | 30/05/2022 | Actualización de la matriz de riesgos del proceso | 100% | SI | Matriz de riesgos | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora de Planeación | 100% | |
| 2 | Gestión Administrativa y Financiera | Auditorías Externas | Otros | En el procedimiento de Adquisición de bienes y servicios, en vehículos, es necesario incluir el registro de habilitación del transporte. | En vehiculos no se tiene el registro de habilitación del transporte | Al no existir, se podria dar incumplimiento de la norma ISO 45001 | NO | Actualizar el Procedimiento de Adquisición de Bienes y Servicios | Ajustando los controles del proceso por contratistas, especificamente Actividades de servicio de transporte (vehículos) | 100% | Procedimiento Adquisición de Bienes y Servicios | Jefe de Presupuesto | 30/03/2022 | 30/05/2022 | Actualizacioón Procedimiento de adquisición de bienes y servicios | 100% | SI | Procedimiento de adquisición de bienes y servicios | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora de Planeación | 100% | |
| 3 | Gestión Administrativa y Financiera | Auditorías Externas | Otros | En el procedimiento de Adquisición de bienes y servicios en vehículos es necesario aclarar que es una certificación del SOAT y de la revisión tecno mecánica. | No está claro como se realiza la revisión del SOAT yy de la revisión tecnomecánica de los vehículos | Al no existir claridad, el contratista podría no estar allegando la información correcta | NO | Actualizar el Procedimiento de Adquisición de Bienes y Servicios | Ajustando los controles del proceso por contratistas, especificamente Actividades de servicio de transporte (vehículos) | 100% | Procedimiento Adquisición de Bienes y Servicios | Jefe de Presupuesto | 30/03/2022 | 30/05/2022 | Actualizacioón Procedimiento de adquisición de bienes y servicios | 100% | SI | Procedimiento de adquisición de bienes y servicios | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora de Planeación | 100% | |
| 4 | Gestión Administrativa y Financiera | Auditorías Externas | Otros | En el procedimiento de Adquisición de bienes y servicios, en los requisitos en SST de los contratistas, incluir a las IPS y los requisitos que debe cumplir. | No se incluye los requisitos que debe cumplitr las IPS | Al no existir los requisitos y controles se podría dar incumplimiento de la norma ISO 45001 y Decreto 1072 | **NO** | Actualizar el Procedimiento de Adquisición de Bienes y Servicios | Actulizando e incluyendo los requisitos para la contratación del contratista que presta servicios de IPS en la FND | 100% | Procedimiento Adquisición de Bienes y Servicios | Jefe de Presupuesto | 30/03/2022 | 30/05/2022 | Actualizacioón Procedimiento de adquisición de bienes y servicios | 100% | SI | Procedimiento de adquisición de bienes y servicios | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora de Planeación | 100% | |
| 5 | Gestión Administrativa y Financiera | Auditorías Externas | Otros | Ajustar matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo y agregar riesgos operaciones enfocados en SST, es necesario evaluar eficacia de las acciones tomadas. | El proceso no identifico los riegos operacionales del SST en la matriz respectiva, por desconocimiento del procedimiento, en cuanto se entendía que los mismos se encontraban descritos en la matriz de riesgos y peligros establecida en | Que no se cuente con un plan de contingencia y controles necesarios para la correcta implementación y aplicabilidad de la norma ISO 45001 | NO | Apoyo a los procesos GIO y GRH en la actualizar la matriz de riesgo de proceso y procedimiento | Mediante mesas de trabajo conjunta en tre los procesos GIO,GRH y GAF , generación de propuestas para la cvtualizacion de las matrices y el procedimiento | 100% | Matriz de riesgo | Subdirección Adminitrativa y Financiera | 30/03/2022 | 30/05/2022 | Se realiza ajuste matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo , se incluye nota aclaratoría donde se especifica que los riesgos operacionales de SST, se están gestionado a través de la matriz de identificación peligros, | 100% | SI | Matriz de riesgos | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora de Planeación | 100% | |
| 6 | Gestión Administrativa y Financiera | Auditorías Externas | Otros | Revisión de la matriz de conformidad | El proceso no identifico las salidas no conformes de las actividades que realiza | Es necesario revisar la matriz de conformidad para asegurar que se este brindado un servicio conforme | NO | Actualizar la matriz de conformidad | Con cada una de las jefaturas analizar la matriz y las posibles modifacaciones y/o actualizaciones a que haya lugar con el fin de dar cumplimiento a las normas que la FND se encuentra certificada | 100% | Matriz de conformidad | Subdirección Adminitrativa y Financiera | 30/03/2022 | 30/05/2022 | se ajusta la matriz de conformidad | 100% | SI | Matriz de conformidad | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora de Planeación | 100% | |
| 7 | GAF - Gestión Administrativa y Financiera | Auditoria interna | Observación | 1. No se evidencia en el alcance y documentos asociados (procedimientos y manuales) la inclusión de las normas NTC: ISO aplicables a la FND.<br>2. Se observación que los proceso no revisaron la caracterización frente a lo detallado en la matriz de riesgos de proceso y matriz de conformidad. (Alineación) | 1. Falta depuración del SIG del proceso GAF | 1. Hallazgos y/o observaciones y/o oportunidades de mejoras de los entes de control<br>2. Posible pérdida de la recertificación | No | 1. Revisar, validar y ajustar los documentos cargados en el SIG del proceso GAF | 1. Validación de la información cargada en el SIG-PROCESO GAF.<br>2. actualización y ajustes de la información cargado en el SIG_GAF.<br>3. Solicitud al SIG de los documentos ajustados y actualizados | Documentos actualizados en cumplimiento de las normas ntc: ISO 9001/2015 y 45001/2015 | Manuales, formatos, procedimientos, instructivos, caracterización, entre otros; actualizados y cargados en el SIG- proceso GAF. | Subdirección Administrativa y Financiera | 16/12/2022 | 31/01/2023 | SE REALIZA AJUSTE DOCUMENTOS PROCESOS GAF | 100% | SI | DOCUMENTOS PROCESO GAF | INTRANET | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 8 | GAF - Gestión Administrativa y Financiera | Auditoria al SIG | Observación | No se evidencia la unificación de la definición de las normas NTC:ISO<br>en los documentos cargados en el SIG correspondientes al proceso. | 1. Falta depuración del SIG del proceso GAF | 1. Hallazgos y/o observaciones y/o oportunidades de mejoras de los entes de control<br>2. Posible pérdida de la recertificación | No | 1. Revisar, validar y ajustar los documentos cargados en el SIG del proceso GAF | 1. Validación de la información cargada en el SIG-PROCESO GAF.<br>2. actualización y ajustes de la información cargado en el SIG_GAF.<br>3. Solicitud al SIG de los documentos ajustados y actualizados | Documentos actualizados en cumplimiento de las normas ntc: ISO 9001/2015 y 45001/2016 | Manuales, formatos, procedimientos, instructivos, caracterización, entre otros; actualizados y cargados en el SIG- proceso GAF. | Subdirección Administrativa y Financiera | 16/12/2022 | 31/01/2023 | SE REALIZA AJUSTA DOCUMENTOS PROCESO GAF | 100% | SI | DOCUMENTOS PROCESO GAF | INTRANET | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 9 | GAF - Gestión Administrativa y Financiera | Auditoría de Gestión | Observación | No se evidencio en el drive del proceso la directiva de adopción formalizada en referencia a la implementación de los siguientes instrumentos: registro de activos de información, esquema de publicación de información, índice de información clasificada y reservada e instructivo de registró de activos de información e índice de información clasificada y reservada para la gestión de la información pública en la FND, conforme a lo establecido en el decreto 103 de 2015 | 1. Falta depuración del SIG del proceso GAF | 1. Hallazgos y/o observaciones y/o oportunidades de mejoras de los entes de control<br>2. Posible pérdida de la recertificación | No | 1. Revisar, validar y ajustar los documentos cargados en el SIG del proceso GAF | 1. Validación de la información cargada en el SIG-PROCESO GAF.<br>2. actualización y ajustes de la información cargado en el SIG_GAF.<br>3. Solicitud al SIG de los documentos ajustados y actualizados | Documentos actualizados en cumplimiento de las normas ntc: ISO 9001/2015 y 45001/2017 | Manuales, formatos, procedimientos, instructivos, caracterización, entre otros; actualizados y cargados en el SIG- proceso GAF y en en el DRIVE de GAF | Subdirección Administrativa y Financiera | 16/12/2022 | 31/01/2023 | SE ORGANIZA EN EL DRIVE DEL PROCESO GAF la directiva de adopción formalizada en referencia a la implementación de los siguientes instrumentos: registro de activos de información, esquema de publicación de información, índice de información clasificada y | 100% | SI | DRIVE PROCESO GAF | SI | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 10 | GAF - Gestión Administrativa y Financiera | Auditoría interna | Observación | Revisar por parte de la Oficina de Planeación el SIG, de cada proceso con el fin de unificar la información cargada en el mismo, cuyo objetivo es conseguir una mejora continua y la satisfacción de todos los colaboradores de la FND a través de la calidad; capacitando, sensibilizando y dar las pautas para estructurar (objetivo, alcance, procedimientos, entre otros), para obtener:<br>a. Optimización de los recursos.<br>b. Reducción de costes.<br>c. Simplificación de los requerimientos del sistema.<br>d. Mejora de la motivación de los colaboradores.<br>e. Mejora de la eficiencia y la productividad.<br>f. Realización de auditorías<br>g. Reducción de la documentación.<br>H. reducción de duplicidades entre políticas y procedimientos.<br>i. Incremento de la satisfacción de los Stakeholders | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | NO | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 10 | GAF - Gestión Administrativa y Financiera | auditoría interna | Observación | ACOMPAÑAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.<br>1. No se evidencia en el proceso GAF soportes de la re inducción recibida por parte de GRH en la norma ISO 45001:2018.<br>2. No se evidencia en el proceso GAF soportes de inducción recibida por parte del proceso GIO /OAP en coordinación con el proceso GRH en las normas NTC: ISO aplicables a la FND.<br>3. En el plan de capacitaciones de GRH no se contempló lo referente a capacitaciones a los colaboradores en las normas NTC:ISO aplicables a la FND excepto en la norma NTC:ISO 9001 | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GRH, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GRH, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GRH, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GRH, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GRH, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GRH, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GRH, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GRH, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GRH, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GRH, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GRH, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GRH, por ser de su competencia** | NO | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | **OBSERVACION TRASLADADA AL PROCESO GIO-OAP, por ser de su competencia** | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | **Oficina Asesora Planeación** | 0% | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | GAF - Gestión Administrativa y Financiera | Auditoría interna | Observación | No se evidencio el listado de proveedores externos consolidado de toda la FND. | 1. Falta depuración del SIG del proceso GAF | 1. Hallazgos y/o observaciones y/o oportunidades de mejoras de los entes de control<br>2. Posible pérdida de la recertificación | No | 1. Revisar, validar y ajustar los documentos cargados en el SIG del proceso GAF | 1. Validación de la información cargada en el SIG-PROCESO GAF.<br>2. actualización y ajustes de la información cargado en el SIG_GAF.<br>3. Solicitud al SIG de los documentos ajustados y actualizados | Documentos actualizados en cumplimiento de las normas ntc: ISO 9001/2015 y 45001/2017 | Manuales, formatos, procedimientos, instructivos, caracterización, entre otros; actualizados y cargados en el SIG- proceso GAF. | Subdirección Administrativa y Financiera | 16/12/2022 | 31/01/2023 | Los responsables de las áreas del proceso en coordinación y apoyo de la Oficina de Planeación, realizaran la validación de los documentos cargados en el SIG para su revisión y ajustes respectivos antes del proceso de certificación anual que realiza en el Ente externo Bureau Veritas. | 100% | NO | | | SI | NO | NO | NO | NO | Oficina Asesora Planeación | 0% | |
| 12 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financier | JA -Jefe Administrativo | JA- Coordinación de Gestión Documental | Auditorías Internas | Recomendación | Se recomienda realizar capacitaciones de manera independiente por cada jefatura y/o área referente al Sistema de gestión de documentos electrónicos de archivos - SGDEA. | 1. Falta de mecanismos de control. | 1. llamados de atención<br>2. Posibles hallazgos<br>3. Posible materialización de riesgos | NO | Realizar capacitaciones a los colaboradores por áreas en lo referente SGDEA | 1. Convocatorias<br>2. Capacitaciones<br>3. Formato de google form | Capacitacitar a los usuarios del SGDEA | 1. Formato de Google Form<br>2. Presentaciones | JA- Coordinador de Gestión Document | 01/01/2023 | 30/04/2023 | La Coordinación de Gestión Documental ha ido capacitando a los colaboradores de acuerdo al requerimiento y necesidad por área y a medida que se van creando los usuarios. | 90% | SI | 1. Formulario WEB<br>2. Presentaciones | 1. https://forms.gle/CwCguQSsmL6gmgPs6<br>2. https://drive.google.com/drive/folders/1 | | | | | | |
| 13 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financier | JA -Jefe Administrativo | JA- Coordinación de Gestión Documental | Auditorías Internas | Recomendación | Se recomienda que la Coordinación de Gestión Documental realice capacitaciones a los colaboradores de la FND con el fin de organizar y archivar los expedientes de acuerdo a las tablas de retención documental una vez se haya cumplido el tiempo de retención en el archivo de gestión. | 1. Desconocimiento de la norma y los procedimientos por parte de los usuarios y/o Colaboradores.<br>2. Falta de controles. | 1. Llamados de atención<br>2. Posibles hallazgos<br>3. Posible materialización de riesgos | NO | Realizar capacitaciones a los colaboradores por áreas en lo referente a la TRD, administración, custodia y conservación. | 1. Convocatorias<br>2. Capacitaciones<br>3. Formato de Google form<br>4. Levantamiento del Instructivo para la conformación, organización y control documental de los expedientes contractuales. | Socialización de los instructivos y la aplicación de las TRD. | 1. Instructivo | JA- Coordinador de Gestión Document | 01/01/2023 | 30/04/2023 | Capacitar a los colaboradores de la FND en la aplicación de las TRD y organización de los Archivos de Gestión. | 90% | SI | 1 y 2. Grabaciones de capacitaciones<br>3. Tablas de Retención Documental<br>4. Instructivos | 1. https://drive.google.com/file/d/1drqqf-KZuQOjzQ5KjtgAI2NgEvfReFC6/view?usp=share_link<br>2. https://drive.google.com/drive/folders/1gB2itSKL6aLT | | | | | | |
| 14 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financier | JA -Jefe Administrativo | JA- Coordinación de Gestión Documental | Auditorías Internas | Recomendación | Solicitar encuestas de satisfacción de acuerdo a las diferentes capacitaciones del Sistema de gestión de documentos electrónicos de archivos - SGDEA. | 1. No registro de los colaboradores capacitados.<br>2. Falta de mecanismos de control. | 1. Llamados de atención<br>2. Posibles hallazgos<br>3. Posible materialización de riesgos | NO | Creaar una encuesta de satisfacción que a su vez aplica para controlar la asistencia a las capacitaciones. | 1. Aplicar encuestas a cada uno de los colaboradores capacitados | Aplicar la encuesta a todos los colaboradores capacitados | 1. Formato de Google Form | JA- Coordinador de Gestión Document | 01/01/2023 | 30/04/2023 | La Coordinanción de Gestión Documental procedio a crear la encuesta de evaluación y toma de asistencia para los colaboradores participantes | 90% | SI | 1. Formulario WEB | https://forms.gle/CwCguQSsmL6gmgPs6 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL | Código: GIO-PD-04-FT-01 |
|---|---|---|
| | FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO | Versión: 07 |
| | | Fecha: 10/03/2023 |

| ITEM | PROCESO | JEFATURA | ÁREA | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO y/o NO CONFORMIDAD REPETITIVO? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JA -Jefe Administrativo | JA- Coordinación de Tecnología | Auditorías Externas | Otros | Ajustar matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo y agregar riesgos operaciones enfocados en SST, es necesario evaluar eficacia de las acciones tomadas. | El proceso no identifico los riegos operacionales del SST en la matriz respectiva, por desconocimiento del procedimiento, en cuanto se entendía que los mismos se encontraban descritos en la matriz de riesgos y peligros establecida en el FORMATO MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS | Que no se cuente con un plan de contingencia y controles necesarios para la correcta implementación y aplicabilidad de la norma ISO 45001 | NO |
| 2 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JA -Jefe Administrativo | JA- Coordinación de Tecnología | Auditorías Externas | Otros | Revisión de matriz de conformidad. | El proceso no identifico las salidas no conformes de las actividades que realiza | Es necesario revisar la matriz de conformidad para asegurar que se este brindado un servicio conforme | NO |
| 3 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JA -Jefe Administrativo | JA- Coordinación de Tecnología | Auditorías Internas | Observación | No se evidenció plan de capacitación y cursos de formación del 2022 así como la socialización realizada a los colaboradores | Falta Plan de capacitación. | 1. Manejo inadecuado de herramientas en la realización de funciones.<br><br>2. Materialización de hallazgos de entes de control. | SI |
| 4 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JA -Jefe Administrativo | JA- Coordinación de Tecnología | Auditorías Internas | Recomendación | Realizar encuesta de satisfacción de forma semestral e incluir una pregunta que evalué la oportunidad del<br>servicio prestado. | Inexistencia de un criterio evaluador de la oportunidad en la prestación de servicios por parte de GTE | Insatisfacción de los usuarios en los servicios prestados por parte de GTE | No |
| 5 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JA -Jefe Administrativo | JA- Coordinación de Tecnología | Auditorías Internas | Recomendación | Enviar los planes de mejoramiento elaborados en el proceso GTE a la Oficina Asesora de Planeación. | Inoportunidad en el envío de plan de mejoramiento por inicativa propia a la Oficina de Planeación. | Desconocimiento por parte de la Oficina Planeación de las oportunidades de mejoras del proceso de GTE | No |
| 6 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JA -Jefe Administrativo | JA- Coordinación de Tecnología | Auditorías Internas | Recomendación | Realizar la actualización del normograma GTE que se encuentra publicado en la intranet del proceso GTE. | Publicación de 2 versiones diferentes del normograma GTE en SIG y Pagina Web | Posible incumplimiento de la normatividad vigente. | No |
| 7 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JA -Jefe Administrativo | JA- Coordinación de Tecnología | Auditorías Internas | Recomendación | Diligenciar completamente el formato de inscripción del proveedor código GAF-PD-01-FT-02. | Inadecuado diligenciamiento del formato de Proveedor GAF-PD-01-FT-02. | Incumplimineto de los controles de la norma ISO 27001 | No |
| 8 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JA -Jefe Administrativo | JA- Coordinación de Tecnología | Auditorías Internas | Recomendación | Realizar la revisión periódica de los controles de la matriz de riesgos de | Falta de comunicación entre equipos de tecnología, | Poibilidad de materialización de riesgos | No |

| ITEM | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (AR,ER, IR,..) | ACTIVIDADES COMO LO VAMOS HACER/TAREAS | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERRE y/o TERMINACION | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO POR PERÍODO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Actualizar la matriz de riesgo | Analizar la matriz y las posibles modifcaciones y/o actualizaciones a que haya lugar con el fin de dar cumplimiento a las normas que la FND se encuentra certificada | 100% matriz de riesgo actualizada | Matriz de riesgo | Gestión Tecnológica | 01/05/2022 | 30/06/2022 | Se realiza ajuste matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo , se incluye nota aclaratoría donde se especifica que los riesgos operacionales de SST, se están gestionado a través de la matriz de identificación peligros, evaluación y control de los riesgos | 100% |
| 2 | Actualizar la matriz de conformidad | Actualizar la matriz de conformidad | 100% matriz de conformidad actualizada | matriz de conformidad | Gestión Tecnológica | 01/05/2022 | 30/06/2022 | Se realiza revisión y actualización de la matriz de conformidad | 100% |
| 3 | 1. Construir el plan de capacitaciones<br>2. Gestionar cursos de formación en herramientas tecnologicas y/o Sistemas de Información utilizados en la FND, dirigidos a los colaboradores. | 1. Construccion del plan de capacitaciones<br>2. Socialización del despliegue de la plataforma de Universidad de Nuva, para que los colaboradores puedan tomar el curso de formación en | 1. Elaboración del Plan de Capacitación.<br>2. Socialización a los colaboradores el Plan de Capacitación. | 1. Plan de Capacitación.<br>2. Evidencias de socialización del plan de capacitación. | JA- Coordinadora de Tecnología | 2/12/2022 | 30/9/2023 | 1. Se Coordinó con el proveedor el uso de sus servidores para el acceso a la Universidad Nuva por parte de todos los Colaboradores para la toma de los cursos en las herramientas de la Suit de Google.<br><br>2. Se gestionó ante el proveedor Sysman, a través de oficio de solicitudes la programación de | 1. 20%<br>2. 0% |
| 4 | 1. Incluir en la encuesta de satisfacción el criterio de oportunidad en la prestacion de los servicios.<br><br>2. Porgramar en Calendar del equipo de Tecnología, recordatorio | 1. Enviar semestralmente la encuesta de satisfaccion de los servicios prestados por parte de Gte a todos los colaboradores de la FND.<br><br>2 Incluir en la encuesta de satisfacción pregunta asociada a la | 1. Envío semestral de encuesta de satisfaccion de GTE | Informe: Encuesta de Satisfacción. | JA- Coordinadora de Tecnología | 2/12/2022 | 31/1/2023 | 1. Se programó en Google Calendar recordatorio el 30 de Junio y el 6 de Diciembre para elaborar y enviar encuesta de satisfacción.<br><br>2 Se construyo el formulario de la encuesta a enviar en Junio 2023, en el que se incluye pregunta faltante (oportunidad del servicio) | 100% |
| 5 | 1. Enviar oportunamente a la Oficina de planeacion los planes de mejoramiento del proceso GTE. | 1. Elaboración de planes de Mejoramiento y envío oportuno a la Oficina de Planeación | 1. Plan de Mejoramiento (autodiagnostico) enviado | Correo de envio de Plan de Mejoramiento. | JA- Coordinadora de Tecnología | 2/12/2022 | 31/1/2023 | 1. Se elaboró el Plan de Mejora de autodiagnostisco de la | 100% |
| 6 | 1. Verificar si en la pagina web está el normograma actualizado.<br><br>2. Eliminar de la carpeta del porceso GTE del SIG, el normograma publicado, ya que en esa ubicación | 1.Revisar e incluir toda la normatividad vigente aplicable al normograma de GTE.<br><br>2. Solicitar eliminar normograma publicado en el SIG | 1. Normagrama de GTE actualizado. | 1. Normagrama de GTE actualizado y publicado. | JA- Coordinadora de Tecnología | 2/12/2022 | 31/1/2023 | 1. Se verificó que el normograa publicado en la pagina web en la sección de transparencia esta actualizado.<br><br>2. Se solicitó al SIG la eliminación del normograma publicado en la carpeta del proceso GTE, teniendo en | 100% |
| 7 | 1. Corregir y diligenciar toda la informacion requerida en el formato de Proveedor de los actuales proveedores de tecnología de la FND. | 1. Revisar expedientes de cada proveedor ACTIVO de Tecnología de la FND y en caso de ser necesario realizar la corrección del formato. | 1. Todos los Formato de proveedor GAF-PD-01-FT-02, debidamente diligenciados. | 1. Todos los Formato de proveedor GAF-PD-01-FT-02, debidamente diligenciados. | JA- Coordinadora de Tecnología | 2/12/2022 | 31/1/2023 | 1. Verificación en el diligenciamiento de inscripción de proveedor. | 100% |
| 8 | 1. Definición de revisión de matriz de riesgos trimestral | 1. Revisar y diligenciar avances de la matriz de manera Trimestral. | 1. No materialización de riesgos | GIO-MR-03 Matriz de Riesgos de proceso GTE | JA- Coordinadora de Tecnología | 2/12/2022 | 31/1/2023 | Se realiza el seguimiento de la Matriz de riesgos a corte Diciembre 2022 | 100% |

| ITEM | SEGUIMIENTO OFICINAS: CONTROL INTERNO y/o ASESORA DE PLANEACIÓN<br>EVIDENCIAS | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | SE REPORTO OPORTUNAMENTE EL PLAN DE MEJORAMIENTO? | EJECUTO ACCIONES DE MEJORA | ESTA DOCUMENTADO COMO EVIDENCIA | SUBSANA EL HALLAZGO y/o OBSERVACIÓN y/o NO CONFORMIDAD | SE DEBE CERRAR EL HALLAZGO DETECTADO? | RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PERIODO | OBSERVACIONES EN EL PERIODO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SI | Matriz de riesgos | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 2 | SI | Matriz de Conformidad | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 3 | SI | 1. Pantallazos y videos de sesión realizada del despliegue de la Plataforma Universidad de Nuva.<br><br>2. Oficios de Solicitud de | https://drive.google.com/drive/folders/1zgbzRCB5wclOEImLT1x6WGUq9IrQpll1?usp=sharing | SI | NO | SI | NO | NO | Oficina Asesora Planeación | 0%<br>20% | |
| 4 | SI | Imagenes programación recordatorio en Calendario<br><br>Imagen de pregunta agregada a cuestionario<br><br>Link de encuesta a enviar | FORMULARIO A ENVIAR https://docs.google.com/forms/d/1p2hXUkRjMe_gOt-lz3gGyLHf3jgdoDw0bkV0tWbySQk/prefill | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 5 | SI | Correo de envío Plan de Mejora autodiagnostico. | https://drive.google.com/drive/folders/1FauEw5AeU4qk7w0i-iOedR8q4csqnlq4?usp=share_link | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 6 | SI | Normograma GTE<br><br>Correo solicitud de baja normograma en SIG<br><br>Pantallazo proceso GTE en | https://drive.google.com/drive/folders/1dYYdEwouGD7rIX2niNcasrAEpFFYjuEP?usp=share_link | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 7 | SI | Formato de inscripción del Proveedor FronTech (Contrato vigencia 2023) | https://drive.google.com/drive/folders/1RusicnES7dC1TvSOKDnfbuP7_3CvytIb?usp=sharing | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 8 | SI | Matriz de Riesgos | https://drive.google.com/drive/folders/1pT0xkrqNi | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |

| | | |
|---|---|---|
| FND | GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL | Código: GIO-R6-GI-T-06 |
| | FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO | Versión: 07 |
| | | Fecha: 2023/12/05 |

| ITEM | PROCESO | APERTURA | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO (¿Cv NO CONFORMIDAD REPETITIVA? | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (AR,ER, IR,...) | ACTIVIDADES COMO LO VAMOS HACER(TIEMPO) | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERE S/G TERMINACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO POR PERÍODO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA | SEGUIMIENTO OFICINA - CONTROL INTERNO y/o GERENCIA DE PLANEACIÓN | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | VERIFICAR | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | % AVANCE SEGÚN LA ACCIÓN | % AVANCE SEGÚN LA ACCIÓN | % AVANCE SEGÚN LA ACCIÓN | % AVANCE SEGÚN LA ACCIÓN | % AVANCE SEGÚN LA ACCIÓN | % AVANCE SEGÚN LA ACCIÓN | RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | FORTALEZAS DE CUMPLIMIENTO, PROBLEMAS | OBSERVACIONES EN EL PERIODO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| FND Federación Nacional de Departamentos | GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL | Código: GIO-PD-04-FT-01 |
|---|---|---|
| | FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO | Versión: 07<br>Fecha: 10/03/2023 |

| ITEM | PROCESO | JEFATURA | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO y/o NO CONFORMIDAD REPETITIVO? | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (AR,ER, IR,...) | ACTIVIDADES COMO LO VAMOS HACER/TAREAS | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERRE y/o TERMINACION | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO POR PERIODO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA | SEGUIMIENTO OFICINAS: CONTROL INTERNO y/o ASESORA DE PLANEACIÓN<br>EVIDENCIAS | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | SE REPORTO OPORTUNAMENTE EL PLAN DE MEJORAMIENTO? | EJECUTO ACCIÓNES DE MEJORA | ESTA DOCUMENTADO COMO EVIDENCIA | SUBSANA EL HALLAZGO y/o OBSERVACIÓN y/o NO CONFORMIDAD | SE DEBE CERRAR EL HALLAZGO DETECTADO? | RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PERIODO | OBSEVACIONES EN EL PERIODO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Internas | Recomendación | La auditoria interna evidencio la necesidad de realizar el análisis de las respuestas de las preguntas contenidas en la "evaluación de inducción corporativa FND", con el fin de poder identificar oportunidades de mejora que se le puedan realizar al formulario de evaluación. | *Porque el formulario puede no estar bien diseñado.<br>*Porque las preguntas pueden no tener claridad.<br>*Porque el tema puede ser muy extenso.<br>*Porque las personas no leen a conciencia el formulario.<br>*Porque falta el análisis de las evaluaciones. | 1. Las personas no se apropian del que hacer de la Federación.<br>2. Los indicadores no serían objetivos.<br>3. Análisis poco confiable. | NO | 1. Revisar los contenidos de la inducción.<br>2. Replantear y ajustar lo que se requiera.<br>3. Revisar las preguntas del formulario de evaluación.<br>4. Replantear las preguntas<br>5. Hacer análisis de las evaluaciones. | 1. Incluir los nuevos contenidos en la inducción, teniendo en cuenta los cambios en la Federación.<br>2.Revisar la cartilla y los vídeos. | 1. Contar con indicadores que muestren la eficacia de la inducció | Estadísticas de los indicadores | Subdirección Gestión Humana | 25/03/2022 | 20/05/2022 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Internas | Recomendación | Realizar el análisis de la evaluación de satisfacción de los colaboradores en cada una de las conferencias, diplomados, cursos y demás, con el fin de conocer el grado de satisfacción e identificar oportunidades de mejora en el proceso de capacitación. | Porque se cuenta con un formato de encuesta pero no se analiza.<br>*Porque cuando se hace una retroalimentación positiva no se hace análisis.<br>* Porque el formato se encuentra manual. | 1. No permite conocer la idoneidad del profesional (docente)<br>2. No permite identificar si los tiempos son adecuados.<br>3. No permite conocer si los contenidos son suficientes.<br>4. No permite identificar si el | NO | 1. Realizar la actualización del formato de manera virtual. | 1. Diseño del formato.<br>2. Diseño de las preguntas<br>3. Realizar pruebas<br>4. Socializar el formato | 1. Formato sistematizado para encuestas de satisfacción de capacitaciones | 1. Informe de indicadores de las encuestas realizadas. | Subdirección Gestión Humana | 25/03/2022 | 15/04/222 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Internas | No Conformidad Mayor | Aunque se cuenta con una matriz de identificación de requisitos legales y otros requisitos, y con el procedimiento de evaluación médicas laborales, en la verificación del cumplimiento se evidencio que un trabajador vinculado a la FND, no se ha realizado los exámenes médicos periodicos.Dado a que es un incumplimiento a un requisito legal, es una No conformidad mayor, ya que la entidad podría enfrentarse a procesos sancionatorios por el incumplimiento de requisitos legales que se encuentran vinculados con:<br>- ISO 45001:2018 -6.1.3- "la organización debe mantener y conservar información documentada sobre sus requisitos legales y otros requisitos y<br>debe asegurarse de que se actualiza para reflejar cualquier cambio".<br>- Decreto 1072:2015 -Artículo 2.2.4.6.24. "Medidas de prevención y control. Las medidas de prevención y control deben adoptarse con base en el análisis de pertinencia, teniendo en cuenta el siguiente esquema de jerarquización". ( ... ). PARÁGRAFO 3. "El empleador debe desarrollar acciones de vigilancia de la salud de los trabajadores mediante de jerarquización". ( ... ). PARÁGRAFO 3. "El empleador debe desarrollar acciones de vigilancia de la salud de los trabajadores mediante las evaluaciones médicas de ingreso, periódicas, retiro y los programas de vigilancia epidemiológica, con el propósito de identificar precozmente efectos hacia la salud derivados de los ambientes de trabajo y evaluar la | INCUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES:<br>*Porque los mecanismos de seguimiento de cumplimiento de requisitos legales se hacen anualmente y no se prevee la revisión en un período más corto que permita preveer posibles incumplimientos antes de su materialización<br>*Porque se requieren mecanismos que estimulen a los trabajadores a realizarsen oportunamente los examenes médicos périódicos.<br>*Porque las campañas de socialización y sensibilización del SGSST no están siendo efectivas<br>*Porque hay que preveer acciones oportunas para superar un | 1. Materialización de riesgos SG_SST<br>2. Posibles sanciones por incumplimiento de la normatividad (Decreto 1072/2015). | NO | *Corrección: Hay que garantizar que todos los trabajadores se hagan el exámen médico periódico<br>INCUMPLIMIENTO LEGAL:<br>**Revisar de la matriz de riesgos y oportunidades específicamente el riesgo de incumplimiento legal para fortalecer los mecanismos de seguimiento del cumplimiento de requisitos legales<br>**Revisar del procedimiento de identificación y valoración de requisitos legales<br>**Diseñar y poner en marcha una campaña institucional sobre los beneficios del exámen médico periódico y la responsabilidad de los trabajadores frente a esa obligación legal | INCUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES:<br>*Revisión y actualización de la matriz de riesgos del proceso<br>*Revisión y actualización del procedimiento de identificación y valoración de requisitos legales<br>*Consulta con el COPASST sobre cambios en el mecanismo para la determinación de cómo cumplir los requisitos legales y otros requisitos<br>*Diseño de una campaña de comunicación interna (cronograma y contenidos) sobre responsabilidades de los trabajadores establecidas en el Decreto 1072 y toma de conciencia requisito 7.3 Norma ISO 45001 especificamente la contribuión a la eficacia del sistema de gestión<br>*Seguimiento mensual del | 1. Matriz de riesgos y oportunidades del GRH actualizada<br>2. Procedimiento de identificación y evaluación de requisitos legales actualizado<br>3. Campaña de socialización de responsabilidades de los trabajadores ejecutada<br>4. Ejecución de exámenes médicos periódicios100% Nov 2022 | 1.Examenes médicos ocupacionales realizados a todos los trabajdores de la FND.<br>2. Matriz de riesgos y oportunidades GRH elaborado en marzo 2022<br>3. Procedimiento para la identificación de requisitos legales y de otra índole GIO- PD –16 actualizado<br>4. Programa de sensibilización de responsabilidad de los trabajadores | Subdirección Gestión Humana | 22/03/2022 | 15/04/2022 | *Matriz de riesgos y oportunidades GRH Marzo 2022 (25-03-2022)<br>*Procedimiento para la identificación de requisitos legales y de otra índole GIO- PD –16 actualizado (25-03-2022)<br>*Programa de sensibilización de responsabilidad | 100% | SI | Matriz de riesgos y oportunidades GRH Marzo 2022 (25-03-2022) | INTRANET DRIVE GRH | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 4 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Internas | No Conformidad Mayor | Aunque se cuenta con una matriz de identificación de requisitos legales y otros requisitos, y con el procedimiento de evaluación médicas laborales, en la verificación del cumplimiento se evidencio que un trabajador vinculado a la FND, no se ha realizado los exámenes médicos periódicos.<br>Dado a que es un incumplimiento a un requisito legal, es una No conformidad mayor, ya que la entidad podría enfrentarse a procesos sancionatorios por el incumplimiento de requisitos legales que se encuentran vinculados con: - ISO 45001:2018 -6.1.3- "la organización debe mantener y conservar información documentada sobre sus requisitos legales y otros requisitos y debe asegurarse de que se actualiza para reflejar cualquier cambio".<br>Decreto 1072:2015 -Artículo 2.2.4.6.24. "Medidas de prevención y control. Las medidas de prevención y control deben adoptarse con base en el análisis de pertinencia, teniendo en cuenta el siguiente esquema de jerarquización". ( ... ). PARÁGRAFO 3. "El empleador debe desarrollar acciones de vigilancia de la salud de los trabajadores mediante las evaluaciones médicas de ingreso, periódicas, retiro y los programas de vigilancia epidemiológica, con el propósito de identificar precozmente efectos hacia la salud derivados de los ambientes de trabajo y evaluar la eficacia de las medidas de prevención y control' | 1.Porque los mecanismos de seguimiento de cumplimiento de requisitos legales se hacen anualmente y no se prevee la revisión en un período más corto que permita preveer posibles incumplimientos antes de su materialización<br>2.Porque No se evidencia por parte de la subdirección de gestión humana – SG-SST acciones efectivas que estimulen a los trabajadores a realizarse oportunamente los exámenes médicos periódicos.<br>3.Porque no se evidencian efectivas campañas de socialización, concienciación y sensibilización de la importancia vital del SGSST para la organización | 1. Materialización de riesgos SG_SST<br>2. Posibles sanciones por incumplimiento de la normatividad (Decreto 1072/2015).<br>3. Hallazgos de auditoria interna<br>4. Pérdida de la certificación por parte del Ente Certificador (Bureau Veritas) | NO | 1.Corrección: Garantizar que todos los trabajadores se hagan el examen médico periódico<br>2.INCUMPLIMIENTO LEGAL:<br>•Revisar la matriz de riesgos y oportunidades específicamente el riesgo de incumplimiento legal para fortalecer los mecanismos de seguimiento del cumplimiento de requisitos legales.<br>•Revisar del procedimiento de identificación y valoración de requisitos legales.<br>•Diseñar y poner en marcha una campaña institucional de socialización, concienciación y sensibilización sobre la importancia vital del SGSST para la organización y, en especial, sobre los beneficios del eximen médico periódico y la responsabilidad de los trabajadores frente a esa obligación legal. | INCUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES:<br>1.Revisión y actualización de la matriz de riesgos del proceso<br>2.Revisión y actualización del procedimiento de identificación y valoración de requisitos legales<br>3.Consulta con el COPASST sobre cambios en el mecanismo para la determinación de cómo cumplir los requisitos legales y otros requisitos<br>4.Diseño de una campaña institucional de socialización, concienciación y sensibilización sobre la importancia vital del SGSST (cronograma y contenidos) incidiendo en el cumplimiento de las responsabilidades de los trabajadores establecidas en el Decreto 1072 y toma de conciencia requisito 7.3 Norma ISO 45001 especificamente la contribución a la | 1. Matriz de riesgos y oportunidades del GRH actualizada<br>2. Procedimiento de identificación y evaluación de requisitos legales actualizado<br>3. Campaña de socialización de responsabilidades de los trabajadores ejecutada<br>4. Ejecución de exámenes médicos periódicios100% Nov 2022 | 1.Examenes médicos ocupacionales realizados a todos los trabajdores de la FND.<br>2. Matriz de riesgos y oportunidades GRH elaborado en marzo 2022<br>3. Procedimiento para la identificación de requisitos legales y de otra índole GIO- PD –16 actualizado<br>4. Programa de sensibilización de responsabilidad de los trabajadores | Subdirección Gestión Humana | 22/03/2022 | 31/12/2023 | MATRIZ APROBADA Y PUBLICADA GIO-MR-.02 VERSION 1. JUNIO 2022, Procedimiento para la identificación de requisitos legales y de otra índole GIO- PD –16 actualizado (25-03-2022) PROGAMA EN AVANCE, LAS 5 ACTIVIDADES PLANEADAS ENTRE ABRIL Y MAYO TIENEN CUMPLIMIENTO | Matriz 100%, Procedimiento para la identificación de requisitos legales y de otra índole GIO- PD –16 75%, PROGAMA EN AVANCE | | | | | | | | | | | |
| 5 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Internas | Recomendación | La auditoria interna evidencio la necesidad de realizar el análisis de las respuestas de las preguntas contenidas en la "evaluación de inducción corporativa FND", con el fin de poder identificar oportunidades de mejora que se le puedan realizar al formulario de evaluación. | 1.Porque el formulario puede no estar bien diseñado.<br>2.Porque las preguntas pueden no tener claridad.<br>3.Porque el tema puede ser muy extenso.<br>4.Porque las personas no leen a conciencia el formulario.<br>5.Porque falta el análisis de las evaluaciones. | 1. Las personas no se apropian del que hacer de la FND.<br>2. Los indicadores no serían objetivos.<br>3. Análisis poco confiable.<br>4. Llamados de atención de la Alta Dirección<br>5. Materializacioón de riesgos<br>6. Hallazgos de auditoría.<br>7. Pérdida de credibilidad e imagen<br>8. Perdida de la certificación | NO | 1. Revisar los contenidos de la inducción.<br>2. Replantear y ajustar lo que se requiera.<br>3. Revisar las preguntas del formulario de evaluación.<br>4. Replantear las preguntas<br>5. Hacer análisis de las evaluaciones. | 1. Incluir los nuevos contenidos en la inducción, teniendo en cuenta los cambios en la Federación.<br>2.Revisar la cartilla y los vídeos. | 1. Contar con indicadores que muestren la eficacia de la inducción. | Estadísticas de los indicadores | Subdirección Gestión Humana | 25/03/2022 | 20/05/2022 | 1.Se están revisando y validando los nuevos contenidos que se incluiran, a partir e los cambios en la FND. | 20% | | | | | | | | | | | |
| 6 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Internas | Recomendación | Realizar el análisis de la evaluación de satisfacción de los colaboradores en cada una de las conferencias, diplomados, cursos y demás, con el fin de conocer el grado de satisfacción e identificar oportunidades de mejora en el proceso de capacitación. | 1.Porque se cuenta con un formato de encuesta, pero no se analiza.<br>2.Porque cuando se hace una retroalimentación positiva no se hace análisis.<br>3.Porque el formato se encuentra manual.<br>4.Porque no se analizan los datos registrados en el formato.<br>5.Porque no hay tiempo para analizarlos. | 1. No permite conocer la idoneidad del profesional (docente)<br>2. No permite identificar si los tiempos son adecuados.<br>3. No permite conocer si los contenidos son suficientes.<br>4. No permite identificar si el conocimiento se puede poner en practica.<br>5. Materializacioón de riesgos<br>6. Hallazgos de auditoría.<br>7. Pérdida de credibilidad e imagen<br>8. Perdida de la certificación | NO | 1. Realizar la actualización del formato de manera virtual. | 1. Diseño del formato.<br>2. Diseño de las preguntas<br>3. Realizar pruebas<br>4. Socializar el formato | 1. Formato sistematizado para encuestas de satisfacción de capacitaciones | 1. Informe de indicadores de las encuestas realizadas. | Subdirección Gestión Humana | 25/03/2022 | 15/04/222 | 1. Se revisaron las preguntas y se actualizaron<br>2. Se diseño el formato virtual.<br>3. Se realizaron pruebas con los participantes a la capacitación de competencias cardinales (ser) y competencias funcionales (duras) de la Universidad | 70% | | | | | | | | | | | |
| 7 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Externas | No Conformidad Menor | Las metodologías y criterios de la organización para la evaluación de los riesgos para la SST deben definirse con respecto al alcance, naturaleza y momento en el tiempo, para asegurarse de que son más proactivas que reactivas y que se utilicen de un modo sistemático. Estas metodologías y criterios deben mantenerse y conservarse como información documentada.<br>El proceso no evalúa la eficacia de las acciones tomadas | *No se cuenta con un mecanismo de control que permita la evaluación sistemática y documentada de la eficacia de las acciones asociadas a los riesgos y oportunidades del SGSST<br>*El procedimiento de gestión del riesgo no lo contempla<br>*Porque al ser un requisito específico de ISO 45001 no se incorporó en el procedimiento de gestión integrada de la organización, la revisión de este procedimiento no cuenta con la participación de SST en su diseño y elaboración. | Falta de información para identificar posibles materializaciones de los riesgos<br>*Materialización de los riesgos de gestión del SGSST | NO | * Establecer la revisión del procedimiento GIO-PD-02 para verificar qué aspectos de la norma ISO 45001:2018 , requisito 6.1.2.2 Evaluación de los riesgos para la SST y otros riesgos para la el sistema de gestión de la SST, no están siendo considerados, documentado de esta forma la metodología para el seguimiento de los planes de acción y la medición de su eficacia. Esta revisión debe contar con la participación de GIO y GRH.<br>*Incluir en el procedimiento apartados especificos referidos a la evaluación de la eficacia de las acciones asociadas a los riesgos y oportunidades del SGSST.<br>*Incluir en el procedimiento GIO-PD- | *Registrar en la matriz de riesgos y oportunidades 2020 la evaluación de la eficacia de las acciones tomadas asociados a cada riesgo/oportunidad<br>*Revisar y actualizar el procedimiento e incluir los puntos de a norma que hacen falta<br>*Elaborar el formato anexo de verificación de la matriz<br>*En la auditoría interna incluir dentro de los registros de la misma el resultado del seguimiento y evaluación de la eficacia de las acciones asociadas a riesgos y oportunidades del SGSST | Procedimiento actualizado, publicado y socializado<br>*2 registros de seguimiento de los planes de acción (Agosto-Diciembre)<br>*Informe de auditoria interna con registro de seguimiento del cumplimiento de los nuevos lineamientos | *Procedimiento GIO-PD-02 actualizado<br>*Anexo registro de seguimiento | Subdirección Gestión Humana | 11/04/2022 | 31/05/2022 | Registro de eficacia en matriz 2021 realizado en marzo 2022, ver en corrección el anexo ANEXO SEGUIMIENTO CONTROLES DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES MATRIZ MARZO 2022<br>*Revisión, actualización y publicación del procedimiento GIO-PD-02 , V3 del 4-05-2022 | 100% | SI | ANEXO SEGUIMIENTO CONTROLES DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES MATRIZ MARZO 2022, procedimiento GIO-PD-02 , GIO-MR-03-FT-01, V1 del 04-05-2022. FORMATO EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACCIONES DE CONTROL PARA LOS RIESGOS Y OPORTUNIDADES PARA LA SST, matriz de riesgos y oportunidades de SST | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 8 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Externas | No Conformidad Menor | La organización debe planificar, implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para cumplir los requisitos del sistema de gestión de la SST y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6 mediante:<br>a) el establecimiento de criterios para los procesos;<br>b) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios;<br>c) el mantenimiento y la conservación de información documentada en la medida necesaria para confiar en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado;<br>d) la adaptación del trabajo a los trabajadores.<br>En lugares de trabajo con múltiples empleadores, la organización debe coordinar las partes pertinentes del sistema de gestión de la SST con las otras organizaciones<br>El proceso no asegura la implementación de los controles planificados en la matriz de riesgo s y peligros para su seguimiento correspondiente | No se actualizó el registro de seguimiento de los controles implementados<br>*No se encuentra sistematizada la verificación de aplicación de los controles<br>*El procedimiento GRH-PD-04 PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS establece el seguimiento periódico, pero no indica o delimita esta periodicidad, la revisión anual tampoco establece que se deba dejar registro en la matriz anterior del seguimiento, se da por sentado que el responsable debe registrarlo | *No se implementan los controles para la mitigación de los peligros identificados<br>*Accidentes de trabajo, enfermedades laborales | NO | *Realizar la revisión del procedimiento GRH-PD-04 PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS<br>*Incluir en el procedimiento GRH-PD-04 PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS numeral 8.2 y 8.5 el seguimiento cuatrimestral de la aplicación de los controles.<br>*Registrar el seguimiento cuatrimestral en las secciones correspondientes del formato GRH-PD-04-FT-01 FORMATO MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS<br>*Incluir en el formato GRH-PD-04-FT-01 FORMATO MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS una columna para la | *Identificar todos los cargos que requieren la aplicación de vacuna contra la fiebre amarilla y solicitar los certificados correspondientes.<br>*Hacer una revisión general de la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos para asegurar que todos los procesos de la entidad, especialmente los misionales tengan identificados y actualizados los riesgos y los controles existentes.<br>*Revisar el procedimiento GRH-PD-04, aprobar y socializar<br>*Ejecutar la evaluación cuatrimestral del seguimiento y evaluación de controles y dejar registro de evidencia en la columna diseñada para tal fin en la matriz | *Procedimiento actualizado, publicado y socializado<br>*2 registros de seguimiento de evaluación de los controles en la matriz de peligros y riesgos (Agosto-Diciembre)<br>*Campaña de socialización | Procedimiento GRH-PD-04 actualizado<br>*Registro de seguimiento en la matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos<br>*Registros de socialización de riesgos y responsabilidades de los trabajadores en el cuidado personal y colectivo | Subdirección Gestión Humana | 11/04/2022 | 31/05/2022 | *Se realizó la revisión, actualización y publicación del Procedimiento GRH-PD-04 , V4 del 12-05-2022<br>*Envío de solicitud de certificado de vacunación contra fiebre amarilla al pesonal correspondiente<br>*Se hizo la revisión del formato GRH-PD-04-FT-01 | 100% | SI | Procedimiento GRH-PD-04 , V4 del 12-05-2022, l formato GRH-PD-04-FT-01 MATRIZ DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS, l plan de trabajo anual s | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 9 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Externas | Observación | Los contratistas y proveedores que afecten a GRH deben estar controlados y deben cumplir con todos los requisitos en SST, por ejemplo, en el caso de las IPS | *Al solicitar los registros de habilitación de las IPS y licencias de salud ocupacional tanto de las IPS como de los médicos que realizaron los exámenes médicos algunos no se encontraban en la carpeta de los proveedores<br>*Los proveedores (IPS) no entregan oportunamente los registros que evidencien el cumplimiento de los requisitos | *No se puede demostrar la idoneidad del a IPS para realizar los exámenes médicos ocupacionales<br>*Contratación de proveedores de servicios que afectan el SGSST no adecuados para la entidad | NO | *Incluir que la entrega de los registros establecidos en el procedimiento GRH-PD-14 son habilitantes para la contratación por lo tanto deben enviarlos previo a la aprobación del contrato. | *Revisión del procedimiento de evaluaciones médicas para revisar los mecanismos de evaluación precontractual de proveedores de servicios médicos ocupacionales para asegurar el cumplimiento previo a la contratación | *Procedimientos de Evaluaciones Medicas actualizados | Procedimiento actualizado<br>*Evidencia de recepción evaluación de los requisitos precontracturales por parte de GHR previo a la contratación (trazabilidad de fechas) | Subdirección Gestión Humana | 15/04/2022 | 31/05/2022 | *Se hizo la revisión, actualización y publicación del procedimiento GRH-PD-14 con la inclusión de los requisitos para la contratación de IPS para exámenes médicos laborales | 100% | SI | procedimiento GRH-PD-14 | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 10 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Externas | Observación | Las TRD los documentos externos de SST deben darle cumplimiento a lo establecido en la ISO 45001 (registros habilitación, licencias de los médicos ocupacionales. | No se tienen identificadas en las TRD de GRH algunos registros que por ser requisitos contractuales se guardan en carpetas de contratación | *No se tienen disponibles todos los registros de origen externo necesarios para el SGSST | NO | *Identificar y registrar en la TRD de Gestión Humana, SST los registros de origen externo necesarios para demostrar conformidad del SGSST | *Realizar el listado de documentos externos del SGSST<br>*Solicitar al área responsable la inclusión de estos registros en las TRD<br>*Mantener los registros según lo definido | *Disponibilidad de los registros externos del SGSST correspondientes a proveedores de servicios médicos y todos los demás identificados | TRD actualizada | Subdirección Gestión Humana | 01/05/2022 | 30/06/2022 | *Se hizo la revisión de la TRD de GRH referida especificamente a documentos de SST, se | 75% | | | | | | | | | | | |
| 11 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Externas | Observación | Las TRD los documentos externos de SST deben darle cumplimiento a lo establecido en la ISO 45001 (registros habilitación, licencias de los médicos ocupacionales. | No se tienen identificadas en las TRD de GRH algunos registros que por ser requisitos contractuales se guardan en carpetas de contratación | *No se tienen disponibles todos los registros de origen externo necesarios para el SGSST | NO | *Identificar y registrar en la TRD de Gestión Humana, SST los registros de origen externo necesarios para demostrar conformidad del SGSST | *Realizar el listado de documentos externos del SGSST<br>*Solicitar al área responsable la inclusión de estos registros en las TRD<br>*Mantener los registros según lo definido | *Disponibilidad de los registros externos del SGSST correspondientes a proveedores de servicios médicos y todos los demás identificados | TRD actualizada | Subdirección Gestión Humana | 01/05/2022 | 30/06/2022 | *Se hizo la revisión de la TRD de GRH referida especificamente a documentos de SST, se identificaron los documentos que faltaban | 75% | | | | | | | | | | | |
| 12 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Externas | Recomendación | Evaluar trabajo en casa mediante registro fotográfico | *No se tiene implementada una evaluación de puestos de trabajo para las personas que trabajan desde casa<br>*Por ser una nueva modalidad de trabajo que se consideraba transitoria no se han implementado controles adicionales a la identificación de | *Condiciones de trabajo riesgosas no identificadas<br>*Accidentes de trabajo/Enfermedades laborales | NO | *Crear formato de reporte de puesto de trabajo para el personal que labora en casa<br>*Establecer la emisión de recomendaciones a las personas que laboran en casa a partir de las condiciones reportadas en el formato mencionado en el punto anterior | Socializar el formato de reporte de puesto de trabajo en casa a todos los colaboradores<br>*Recopilar registros, realizar reporte de recomendaciones individual | Procedimiento actualizado<br>*Reporte de al menos 70% del personal que trabaje desde casa con emisión de recomendaciones | Registros de reporte de puestos de trabajo en casa<br>*Informe de recomendaciones | Subdirección Gestión Humana | 01/05/2022 | 30/07/2022 | *Se encuentra en diseño para implementación del formato | 25% | | | | | | | | | | | |
| 13 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Externas | Recomendación | Toda la información del proceso debe estar cargada en el DRIVE | *Toda la información de SST no está disponible para la organización en general | Pérdida de información relevante para la entidad | NO | Crear una carpeta en el drive de SGSST donde se actualice mensualmente la información del SGSST (registros asociados al gestión) | Crear la carpeta<br>*Colocar toda información del SGSST<br>*Actualizar la información (registros de gestión) con periodicidad mensual para aquellas actividades que generan reporte mensual tales como indicadores, cumplimiento del plan de trabajo, seguimiento a acciones de mejora, inspecciones, capacitaciones, etc. | *Disponibilidad permanente y actualizada de los registros digitales del SGSST | Carpeta en Drive de SGSST compartida con GRH | Subdirección Gestión Humana | 01/04/2022 | 30/04/2022 | *Se creó la carpeta SGSST en el Drive de GRH donde se encuentra toda la información del SGSST que ha sido actualizada y está disponible para la entidad | 100% | SI | Carpeta SG.SST DRIVE | Drive GRH | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 14 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Externas | Recomendación | Se debe establecer desde el estudio de conveniencia y oportunidad los requisitos que<br>deben cumplir las IPS contratadas para la realización de los exámenes médicos ocupaciones (tales como registros de habilitación, licencias de los médicos ocupacionales | *Al solicitar los registros de habilitación de las IPS y licencias de salud ocupacional tanto de las IPS como de los médicos que realizaron los exámenes médicos algunos no se encontraban en la carpeta de los proveedores<br>*Los proveedores (IPS) no entregan | *No se puede demostrar la idoneidad del a IPS para realizar los exámenes médicos ocupacionales | NO | *Incluir que la entrega de los registros establecidos en el procedimiento procedimiento GRH-PD-14 son habilitantes para la contratación por lo tanto deben enviarlos previo a la aprobación del contrato | *Revisión del procedimiento de evaluaciones médicas para revisar los mecanismos de evaluación precontractual de proveedores de servicios médicos ocupacionales para asegurar el cumplimiento previo a la contratación | *Procedimientos de Evaluaciones Medicas actualizados | Procedimiento actualizado<br>*Evidencia de recepción evaluación de los requisitos precontracturales por parte de GHR previo a la contratación (trazabilidad de fechas) | Subdirección Gestión Humana | 01/05/2022 | 30/06/2022 | *Se hizo la revisión, actualización y publicación del procedimiento GRH-PD-14 con la inclusión de los requisitos | 100% | SI | procedimiento GRH-PD-14 | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 15 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorias Externas | Recomendación | Incluir en las TRD de GRH los requisitos de los IPS | *No se tienen identificadas en las TRD de GRH algunos registros que por ser requisitos contractuales se guardan en carpetas de contratación | *No se tienen disponibles todos los registros de origen externo necesarios para el SGSST | NO | *Identificar y registrar en la TRD de Gestión Humana, SST los registros de origen externo necesarios para demostrar conformidad del SGSST | *Realizar el listado de documentos externos del SGSST<br>*Solicitar al área responsable la inclusión de estos registros en las TRD<br>*Mantener los registros según lo definido | *Disponibilidad de los registros externos del SGSST correspondientes a proveedores de servicios médicos y todos los demás identificados | *TRD actualizada | Subdirección Gestión Humana | 01/05/2022 | 30/06/2022 | *Se hizo la solicitud de actualización de las TRD a GRH | 25% | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Externas | Recomendación | Realizar la revisión de la autoevaluación del cumplimiento de requisitos legales (se evidencio en la auditoría que no está en el 100%) | *La auditoria de revisión de requisitos legales que realizó la ARL se hizo de forma virtual lo que ocasionó fallas en la revisión de evidencias documentales | *Evaluación de requisitos legales con fallas de resultado | NO | | Realizar la evaluación de requisitos legales en un período no mayor a 3 meses a partir de la ultima fecha de evaluación (marzo 2022)<br>*Implementar los mecanismos de verificación trimestrales propuestos en la NC de auditoria interna ejecutada en Marzo 2022 | Programar y ejecutar evaluación de cumplimiento de requisitos legales Junio 2022 | Matriz de requisitos legales evaluada en la fecha prevista | Registro de evaluación de la matriz de requisitos legales Junio 2022 y seguimientos trimestrales de avance | Subdirección Gestión Humana | 01/04/2022 | 30/06/2022 | SE ENCUENTRA EN EVALUACIÓN, RESULTADOS PARA JUNIO 2022 | 25% |
| 17 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Externas | Recomendación | La carta de delegación del representante de SST debe estar firmada por el Director ejecutivo | *El Director delegó la responsabilidad en el Subdirector de Gestión Humana | Incumplimiento del Decreto 1072, Artículo 2.2.6.4.8 Numeral 2., Resolución 0312 Artículo 9 | NO | | Gestionar con el Director de la entidad la firma de la designación del representante de SGSST | Solicitar la firma del documento al Director<br>*Actualizar el registro | Documento firmado según requerimientos de la observación | Carta de designación del responsable del SGSST firmada por el Director de la Entidad | Subdirección Gestión Humana | 15/04/2022 | 30/06/2022 | CORREO DE SOLI | 20% |
| 18 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Externas | Recomendación | El plan de trabajo anual debe estar firmado por el director ejecutivo | *El Director delegó la responsabilidad en el Subdirector de Gestión Humana | Incumplimiento del Decreto 1072, Artículo 2.2.6.4.12 Numeral 5 | NO | | *Gestionar con el Director de la entidad la firma del Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo | *Solicitar la firma del documento al Director<br>*Actualizar el registr | *Documento firmado según requerimientos de la observación | Plan de trabajo anual firmado por el Director de la Entidad | Subdirección Gestión Humana | 15/04/2022 | 30/06/2022 | CORREO DE SOLI | 20% |
| 19 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Externas | Recomendación | Revisión plan estratégico de seguridad vial | *Se ha solicitado la revisión en múltiples ocasiones pero no se han aprobado documentos básicos como la política de seguridad vial que son parte del documento | *Incumplimiento de la implementación del PESV | NO | | Solicitar asesoría a la ARL en la revisión, adecuación y documentación de un plan estratégico de seguridad vial | *Solicitar vía correo la asignación de horas<br>*Proporcionar información requerida por la ARL para la elaboración del documento<br>*Revisión por parte del subdirector de Gestión Humana del Documento diseñado por la ARL<br>*Aprobación y socialización del documento | PESV implementado | Documento PESV | Subdirección Gestión Humana | 01/05/2022 | 30/07/2022 | A TRAVÉS DE LA ARL SE REALIZO EL DISEÑO DEL DOCUMENTO EL CUAL SE REVISARÁ EN CONJUNTO EL 28-06-22 PARA PROCEDER A SOLICITAR APROBACIÓNN DEL DOCUMENTO POR PARTE DE | 75% |
| 20 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | Otros | Teniendo en cuenta la baja asistencia que se registra desde GRH a las jornadas de capacitación que se llevan a cabo en la FND en lo referente al SG _SST, el proceso debe adoptar y/o implementar otro tipo de medidas para lograr la participación de los colaboradores, y poder llegar al logro de los objetivos planteados del SG - SST. | El personal no le da la importancia suficiente a la participación a las capacitaciones de SST<br>*Los subdirectores o responsables de los procesos no dan soporte para asegurar la participación de sus colaboradores<br>*Las actividades de capacitación se realizan en su mayoría los viernes por la tarde considerando que era el espacio oportuno para la participación, sin embargo la respuesta no es la esperada | Baja asistencia a las capacitaciones de SGSST | NO | | *Campaña de sensibilización dirigida a los subdirectores informando la importancia de la asistencia a capacitaciones del SGSST<br>*Estrategia de evaluación para identificar los días y horas propicios para la asistencia a capacitación | *Incialmente se cambirán la capacitaciones a los días lunes y martes para evaluar si mejora la asistencia<br>*Enviar una encuesta masiva donde los colaboradores notifiquen cuál es el día y hora que propicie más la asistencia, hacer un análisis estadístico y a partir de Agosto implementar el cambio en los días de capacitación<br>*Enviar mensualmente el reporte de asistencia por dependencia a cada subdirección para que contribuya en la motivación al pesonal | Incremento de la asistencia | Reporte mensual de asistencia por dependencia<br>Resultados de encuesta | Subdirección de Gestión Humana | 18/07/2022 | 31/12/2022 | *Resultados de encuesta 31-07-22<br>*Informe de asistencia 31-07-22 y posteriormente mensualmente | |
| 21 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | Otros | Se recomienda seguir diligenciando de forma cuatrimestral el seguimiento a la matriz de riesgos de gestión y de la matriz de identificación de peligros, evaluación y control de los riesgos. | Por ser una estrategia de seguimiento recién implementada el auditor sugiere que se realice según el período establecido | De no llevarse el seguimiento cuatrimestral se incumpliría el procedimiento y por ende no se aseguraría el seguimiento oportuno al seguimiento | NO | | Por no ser un hallazgo de incumplimiento no hay acción de mejora asociada, se velará por el cumplimiento del procedimiento como responsabilidad del SGSST | Cumplir el seguimiento cuatrimestral según lo establecido en el procedimiento y el Plan de Trabajo Anual | Cumplir los seguimiento cuatrimestrales planificados para 2022 (2 seguimientos) | Registro de seguimiento cuatrimestral de la matriz de peligros y riesgos 2022 (Agosto y Diciembre 2022) | Subdirección de Gestión Humana | 18/07/2022 | 31/12/2022 | | |
| 22 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | Observación | El proceso evidencia que se hace seguimiento al desempeño del SST a través de indicadores que cuentan con medición, análisis y seguimiento permanente y que sirven como base para la planificación y el control operacional de las actividades previstas en plan de trabajo, se recomienda codificar estas matrices dentro del SIG ya que son transversales a todos los procesos de la Federación Nacional de Departamentos. | Los formatos utilizados para el registro de indicadores no tienen codificación dentro del sistema documental del SIG, no ha sido requerido antes ya que se evidencia su adecuado uso y reporte periódico | Que al estar fuera del sistema documental sufra cambios que no sean controlados y no se evidencie la trazabilidad de dichos cambios | NO | | Solicitar a GIO la asignación de código del formato según los requisitos del sistema documental de la entidad | *Ajustar el formato (encabezado, estructura y control de cambios) de acuerdo a los requisitos del procedimiento de control de información documentada<br>*Solicitar a GIO la codificación | Registrar los indicadores en formato codificado a partir de Agosto del 2022 | Formato adecuado<br>Registro en formato codificado a partir de Agosto | Subdirección de Gestión Humana | 18/07/2022 | 31/08/2022 | | |
| 23 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | Otros | En el proceso existe el FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO GRH-PD-12-FT-02 donde se registran las inspecciones que se realizan a las condiciones generales de estructura y medio ambiente de la FND y al estado comportamental de todos los colaboradores, según la evidencia presentada en la inspección del mes de abril de 2022, el Item de ventilación general no cumple con el criterio pero en las observaciones unicamente se relaciona la causa (Ventanas Fijas). Se sugiere indagar mas a fondo en la causas y los controles que se tienen para abordar el problema. Numeral 9.1.1 (a,2)<br>Ejm: Debido a que en la oficina 604 de la sede 1 (Edificio Corporate Center) no existen ventanas que permitan el flujo de aire normal, la FND cuenta con un sistema de aire acondicionado con filtros de alta calidad y certificados los cuales cuentan con manteniemiento preventivo y correctivo según cronograma. | Al existir un control no se consideró necesario registrar el detalle en la inspección | Que al verificar el resultados de la inspección se crea que no se están implementando controles a los riesgos | NO | | Socializar al COPASST y responsable de realizar las inspecciones la necesidad de registrar el detalle de las condiciones encontradas, en caso de no ser situaciones susceptibles de cambio por infraestructura o externas a la entidad, dejar en el registro la evidencia del control establecido existente que asegura que la condición no afecta la salud de los colaboradores<br>Hacer una revisión al formato y en el ítem de inspección sustituirlo por verificar que se encuentren disponibles y actualizados los registros de mantenimiento y cambio de filtros de los aires acondcionados, así como verificar que los puntos controlables como mantener puertas y ventanillas abiertas se cumplen | *Socializar y registrar en el Acta de reunión del COPASST de Julio el cambio en el formato y los detalles de registro de las inspección<br>*Solicitar a GIO el Formato INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO GRH-PD-12-FT-02 y actualizarlo | Formato actualizado y en uso a partir de Agosto 2022 | Acta de reunion del COPASST Julio 2022<br>Formato actualizado | Subdirección de Gestión Humana | 18/07/2022 | 31/07/2022 | | |
| 24 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | Otros | Fortalecer los contenidos y estructura definida para las actividades de inducción y reinducción a colaboradores de la FND con relación al SGSST y sobre el valor agregado que este brinda a la gestión institucional y el impacto en las funciones o actividades que se realizan; así como establecer indicadores para evidenciar avances y cubrimiento. | La inducción no cuenta con un apartado específico donde se mencione la importancia del SGSST y su valor para la institución<br>Al no existir una cuantificación periódica de la inducción y reinducción no se evidencia la cobertura y cumplimiento de este plan | El personal no se apropia del SGSST<br>Posible falta de cobertura del personal en el proceso obligatorio de inducción y reinducción anual | NO | | *Solicitar a GRH la incorporación de una sección de importancia del SGSST en el programa de inducción y reinducción<br>*Solicitar a GHR diseñe un indicador de cumplimiento y uno de cobertura que se pueda incorporar a las fichas de indicadores y que permita llevar el seguimiento y cumplimiento de esa actividad | *Adecuación y actualización del programa de inducción y reinducción<br>*Incorporación a la fichas de indicadores del indicador de cobertura y cumplimiento diseñado por GRH con periodicidas semestral para la inducción y anual para la reinducción | Programa de inducción y reinducción actualizado<br>*Reporte de los indicadores diseñados | Programa de inducción y reinducción actualizado dispuesto en la plataforma<br>*reporte de los 2 indicadores a diciembre 2022 | Subdirección de Gestión Humana | 18/07/2022 | 31/12/2022 | | |
| 25 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | Otros | Considerar nuevas técnicas para el desarrollo de capacitaciones y formación para la toma de conciencia y sensibilización sobre la gestión y valor agregado del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la FND y así lograr una mayor participación de los colaboradores. | El mecanismo de socialización a través de piezas comunicativas no garantiza la apropiación de la información por parte de los colaboradores | El personal no se apropia del SGSST | NO | | Desarrollar una capacitación virtual especifica para toma de conciencia del SGSST con evauación | *Desarrollar la capacitación (Presentación Power Point)<br>*Hacer convocatoria para la capacitación<br>*Evaluar los conocimientos obtenidos una vez finalice la capacitación | Capacitar al personal de la entidad en toma de conciencia del SGSST | *Registros de Capacitación<br>*Estadísitca de resultados de la evaluación<br>*Plan de mejoramiento en caso de que las evaluaciones no sean satisfactorias | Subdirección de Gestión Humana | 18/07/2022 | 30/09/2022 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías internas | No conformidad mayor | De la revisión efectuada a la documentación consagrada dentro de cada una de las carpetas que contienen las hojas de vida de la muestra aleatoria de los funcionarios de la entidad, se extraen los siguientes hallazgos:<br>**CAREN JULIE VARGAS GOMEZ•** Falta firma del Director en el formato de requisición de personal • La Hoja de vida no esta diligenciada en los cambios 2.1 otros estudios 2.3 idiomas • No cuenta con el diploma de grado como contadora publica solo el acta de grado• No cuenta con el diploma de la especialización en finanzas publicas • No documentos de nomina<br>**LINA XIMENA ZAPATA BUENO•** El formato de hoja de vida GHR-PD-02-FT-42 no está diligenciado en su totalidad en lo respectivo a ítems 2.1 otros estudios, certificaciones especiales obtenidas.• En la experiencia no cuenta con motivo de retiro de la FND, Ministerio De Educación Nacional, Secretaria De Educación De Bogotá, Senado De La República, 5- datos de afiliación en lo correspondiente a fecha de afiliación, dirección de residencia del PADRE, no se diligencia Hijos ni se indica no aplica. • Formato de inducción no se encuentra suscrito por el evaluado, se evidencia inconsistencia en el formato, al registrar fecha de ingreso 01 de septiembre del 2020, sin embargo, la fecha del contrato es el 01 de diciembre del 2021• Se evidencia un correo de inducción corporativa de 9 de octubre del 2020, sin embargo la fecha de inicio es 01 de diciembre del 2021.<br>**CRISTIAN CAMILO HERNANDEZ BOLAÑOS**El formato de hoja de vida no tiene fecha de diligenciamiento, no se diligencia los siguientes espacios• Posgrado o especializaciones• Certificaciones especiales • Idiomas• En la experiencia | 1. Falta de mecanismo de control<br>2. Desorden en los expedientes laborales.<br>3. Información incompleta e inconsistente. | 1. Posibles llamados de atención<br>2. Hallazgos de auditoria<br>3. Posible materiazlización de riesgos<br>4. Perdida de Credibilidad<br>5. Posible perdida de recertificación | No | 1. Revisar validar y organizar los expediente laborales de acuerdo a la normatividad vigente | 1. Revisión de base de datos<br>2. Validación del Check lisk GRH-PD-02-FT-07 por expediente laboral<br>3. Ajustes expediente de acuerdo al procedimiento Administración talento<br>4. Ingresar los documentos el sistema de sysma | Expedientes Laborales organizados en el sistema modulo de hojas de vida (Sysman) | Expedientes Laborales organizados | Subdirección de Gestión Humana | 05 de diicembre 2022 | 31 de enero 2023 | Se enviaron los formatos al SIG para actualización | 50% | SI | | | | | | | | | | |
| 26 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | No conformidad menor | El proceso se encuentra utilizando documentos que no se encuentran asociados al Sistema integrado de gestión, entre ellos el DIAGNOSTICO DE NECESIDADES DE CAPACITACIONES 2021 cuestionario necesidades de capacitación | 1. No tener claro los documentos que deben ir códificados.<br>2. Falta de capacitación por el área encargada del SIG<br>3. Falta mecanismo de control | 1. Posibles llamados de atención<br>2. Hallazgos de auditoria<br>3. Posible materiazlización de riesgos<br>4. Perdida de Credibilidad<br>5. Posible perdida de recertificación | No | 1. Dar cumplimiento a la norma ISO 9001:2015<br>7.5 Información documentada<br>7.5.1 Generalidades | 1. Revisión validación dell os documentos cargados en sl sistema de gestión GRH<br>2. Ajuste a los documentos<br>3. Remisión y solicitud para cargue al sistema de integrado de gestión proceso GRH | Revisión y códificación de los formatos de GRH | Formato de necesidades de capacitación codificado y cargado en el SIG en el proceso GRH | Subdirección de Gestión Humana | 5 de diciembre 2022 | 31 de enero 2023 | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | No conformidad menor | De la revisión practicada a las carpetas en donde reposan las hojas de vida, se constató que en los casos de los siguientes funcionarios: subdirectora de fortalecimiento territorial, subdirector de Gestión Humana, secretaria privada de la Dirección Ejecutiva, funcionarios de la subdirección de acuerdos y convenios, funcionarios de la subdirección administrativa y financiera; no se archivaron la totalidad de los documentos en un solo expediente integral, tal como lo establece los documentos consagrados dentro del numeral noveno ítem 5 denominado Archivo expediente laboral Formato Check List –Expediente Laboral (GRH- PD-02-FT-06) del procedimiento correspondiente a contratación de personal (GRH-PD-02). | 1. Falta de mecanismo de control<br>2. Desorden en los expedientes laborales.<br>3. Información incompleta e inconsistente. | 1. Posibles llamados de atención<br>2. Hallazgos de auditoria<br>3. Posible materiazlización de riesgos<br>4. Perdida de Credibilidad<br>5. Posible perdida de recertificación | No | 1. Revisar validar y organizar los expediente laborales de acuerdo a la normatividad vigente | 1. Revisión de base de datos<br>2. Validación del Check lisk por expediente laboral Check list l GRH-PD-02-FT-07<br>3. Ajustes expediente de acuerdo al procedimiento Administración talento<br><br>Formato hoja de vida única GRH-PD-02-FT-02<br>Documentos de ingreso GRH-PD-02-FT-01 | Expedientes Laborales organizados en el sistema modulo de hojas de vida (Sysman) | Expedientes Laborales organizados | Subdirección de Gestión Humana | 5 de diciembre 2022 | 31 de enero 2023 | Se enviaron los formatos al SIG para actualización | | | | | | | | | | | | |
| 28 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | No conformidad menor | Revisado el plan de mejoramiento identificado bajo código GIO-PD-04-FT-01 publicado en la página web de la entidad bajo la ruta https://fnd.org.co/docs/transparencia/plan-de mejoramiento/Plan%20de%20mejoramiento%202021.pdf producto de las auditorías internas y externas, está pendiente de realizar el cierre de hallazgos y el seguimiento a las mismas. | 1. Falta mecanismo de control | 1. Posibles llamados de atención<br>2. Hallazgos de auditoria<br>3. Posible materiazlización de riesgos<br>4. Perdida de Credibilidad<br>5. Posible perdida de recertificación | No | 1. Revisar validar y cerrar los planes de mejoramiento producto de auditorias del 2022 de calidad | Revisón y validación de las actividades que se encuentran abiertas en los planes de mejoramiento | Plan de mejoramiento cerrado GIO-PD-04-FT-01 | Planes de mejoramiento con las no conformidades y observaciones cerradas | Subdirección de Gestión Humana | 6 de Diciembre 2022 | 31 de enero 2023 | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | No conformidad menor | Desconocimiento del equipo auditado con relación al cumplimiento, seguimiento y evaluación del Plan de mejoramiento publicado por la entidad bajo la ruta https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normograma/NORMA%20ISO%209001%202015.pdf, y por ende no se cumple el Plan de Acción. | diligenciamiento de los planes de mejoramiento.<br>2. Falta de capacitación del SIG en el adecuada importancia al cumplimiento, seguimiento y evaluación del Plan de mejoramiento<br>Falta de mecanismo de control | 1. Posibles llamados de atención<br>2. Hallazgos de auditoria<br>3. Posible materiazlización de riesgos<br>4. Perdida de Credibilidad<br>5. Posible perdida de recertificación | No | 1.Solicitar al SIG 0AP la contrucción del plan de mejoramiento bajo código GIO-PD-04-FT-01 de la FND Diligenciamiento del formato del plan de mejoramiento GIO- PD-04-FT-01 | Solicitud por medio del correo a la oficina de OAP capacitación en el diligenciamiento los planes de mejoramiento | Capacitación por parte del SIG-OAP | Colaboradores Capacitados por el SIG-OAP del proceso SGH | Subdirección de Gestión Humana | 6 de Diciembre 2022 | 31 de enero 2023 | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | No conformidad menor | Se evidencia que el proceso se encuentra utilizando documentos que no se encuentran asociados al Sistema Integrado de gestión, entre ellos el el cronograma de capacitación 2022 | 1. No tener claro los documentos que deben ir códificados.<br>2. Falta de capacitación por el área encargada del SIG<br>3. Falta mecanismo de control | 1. Posibles llamados de atención<br>2. Hallazgos de auditoria<br>3. Posible materiazlización de riesgos<br>4. Perdida de Credibilidad<br>5. Posible perdida de recertificación | No | 1. Dar cumplimiento a la norma ISO 9001:2015<br>7.5 Información documentada<br>7.5.1 Generalidades | 1. Revisión validación de llos documentos cargados en sl sistema de gestión GRH<br>2. Ajuste a los documentos<br>3. Remisión y solicitud para cargue al sistema de integrado de gestión | Revisión y códificación de los formatos de GRH | Formato de necesidades de capacitación codificado y cargado en el SIG en el proceso GRH | Subdirección de Gestión Humana | 6 de Diciembre 2022 | 31 de enero 2023 | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | Observación | Ajustar el procedimiento de personal identificado bajo el Código: GRH-PD-02, incluyendo los aspectos implementados por la Subdirección de Gestión Humana, entre ellos la digitalización de las hojas de vida, la implementación de software SYSMAN entre otros. | Falta de mecanismo de control | 1. Reprocesos en las actividades<br>2. Posibles materialización de riesgos.<br>3. Posibles llamados de atención | No | 1. Dar cumplimiento a la norma La norma señala ISO 9001:2015<br>7.5.2 Creación y actualización | 1. Revisión validación del los documentos cargados en sl sistema de gestión GRH<br>2. Ajuste a los documentos<br>3. Remisión y solicitud para cargue al sistema de integrado de gestión proceso GRH | Revisión y códificación de los formatos de GRH | Expedientes Laborales organizados | Subdirección de Gestión Humana | 6 de Diciembre 2022 | 31 de enero 2023 | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | Observación | En las hojas de vida se evidencia que los perfiles de los cargos son genéricos en cuanto a los estudios, no se evidencia el cumplimiento de los conocimientos específicos y la experiencia solicitada lo que impide verificar correctamente la idoneidad de los trabajadores para desarrollar las actividades contratadas, entre ellos se hizo la verificación del perfil del cargo de la Subdirectora de Fortalecimiento Territorial, y en la revisión de los estudios de pregrado se evidencia que su profesional es economista de la Universidad del Valle del Cauca, profesión que no se encuentra descrita en el perfil del cargo, sino que por homologación se contempla como una carrera afín a las indicadas en el perfil, sin embargo, las carrereas enunciadas no tienen un área específica de conocimiento sino son multiples profesiones, situación similar ocurre con la experiencia al no indicarse si es de tipo profesional, relacionada, laboral entre otras. En consecuencia, se recomienda al área realizar la revisión de los perfiles ajustando condiciones necesarias para el cumplimiento de la idoneidad del trabajador. | 1. Falta mecanismo de control<br>2. Información incompleta e inconsistente. | 1. Posibles llamados de atención<br>2. Hallazgos de auditoria<br>3. Posible materiazlización de riesgos<br>4. Perdida de Credibilidad<br>5. Posible perdida de recertificación | No | 1. Revisar, validar y organizar los perfiles de cargol de acuerdo al procedimiento actual | 1. Revisión de base de datos<br>2. Validación del Check lisk por expediente laboral Check list l GRH-PD-02-FT-07<br>3. Ajustes expediente de acuerdo al procedimiento Administración talento<br><br>Formato hoja de vida única GRH-PD-02-FT-02<br>Documentos de ingreso GRH-PD-02-FT-01<br>Ingresar los documentos el sistema de sysma | Expedientes Laborales organizados en el sistema modulo de hojas de vida (Sysman) | Expedientes Laborales organizados | Subdirección de Gestión Humana | 6 de Diciembre 2022 | 31 de enero 2023 | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | Observación | En la revisión documental de los expedientes asociados al proceso, se hizo la revisión de las planillas de pago al sistema de seguridad y salud de los trabajadores de la siguiente forma: a) Mes de octubre del 2022planilla 62676818 por valor de Ciento Cuarenta Y Un Millón Quinientos Cincuenta Y Siete Mil Novecientos Pesos ($141.557.900) pesos moneda corriente que corresponde al pago de los aportes de salud, pensión, riesgos profesionales para un total de cuarenta y cuatro (44) trabajadores b) Mes de septiembre del 2022 planilla 61929081 por valor de Ciento Cuarenta Y Un Millón Ochocientos Nueve Mil Trescientos Pesos ($141.809.300)pesos moneda corriente que corresponde al pago de los aportes de salud, pensión, riesgos profesionales para un total de cuarenta y cuatro (44) trabajadores c)Planilla del mes agosto de 2022 planilla 61478798 por valor de Ciento Treinta Y Siete Millones Ciento Dos Mil Cuatrocientos pesos moneda corriente ($137102400moneda corriente) al pago de los aportes de salud, pensión, riesgos profesionales para un total de cuarenta y cuatro (44) trabajadores d) Planilla del mes de julio de 2022planilla 60389094 por valor Ciento Cuarenta Millones Seiscientos Setenta Y Tres Mil Doscientos pesos ($140.673.200moneda corriente) al pago de los aportes de salud, pensión, riesgos profesionales para un total de cuarenta y tres (43) trabajadores. Por lo anterior, se evidencio que no existe un archivo físico ni digital que consagre las planillas asociadas a los pagos al sistema de seguridad social, en consecuencia se recomienda al área conservar la información en la subdirección. | 1. Falta mecanismo de control | 1. Posibles pérdida de información.<br>2. Hallazgos de auditoria<br>3. Posible materiazlización de riesgos | No | 1. Crear una carpeta en drive de gestión humana y organizar las planillas | 1. Creación de drive en la GRH<br>2. Subir las planillas al drive | Drive de GRH con las planillas | Planillas organizadas en un drive de GRH. | Subdirección de Gestión Humana | 6 de Diciembre 2022 | 31 de enero 2023 | Planillas en la carpeta drive | | | | | | | | | | | | |
| 34 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | Observación | No se evidencia archivo documental que contenga el repositorio de las capacitaciones (invitación, memorias, evaluación) | 1. No contar con un drive o repositorio para el almacenamiento y organización de todos los documentos concernientes al proceso.<br>2. No tener el material completo de las capacitaciones realizadas por las diferentes áreas. | Llamados de atención<br>Hallazgos de auditoria<br>posible materiazlización de riesgos.<br>Perdida de Credibilidad | No | Generar una carpeta que contenga: Invitación, memorias, cronograma y evaluación. | 1. Solicitar a cada área las capacitaciones realizadas en la vigencia<br>2.Organizar los documentos<br>2. Almacenar y preservar la información. | Archivos de capacitación organizados y almacenados en el Drive. | Carpeta digital | Subdirección de Gestión Humana | 6 de Diciembre 2022 | 31 de enero 2023 | Repositorio de c | 0% | | | | | | | | | | | |
| 35 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | Observación | No se registraron las oportunidades de mejora en el formato GIO-PD-04-FT-01 FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO, con el de reportar las acciones que la subdirección ha implementado. | 1. Falta de capacitación del SIG<br>2. Desconocimiento del diligenciamiento del formato<br>3. Falta de revisión del SIG de los planes enviados y falta de retroalimentación de los revisados | 1. Incumplimiento en los compromisos de los planes de mejora<br>2. Hallazgos en las auditorias<br>3. Posible materialización de riesgos | No | Registrar oportunamente en el formato las oportunidades de mejora producto de las auditorias de calidad | Revisón y validación de las actividades que se encuentran abiertas en los planes de mejoramiento | Plan de mejoramiento GIO-PD-04-FT-01 con Hallazgos de no conformidades cerrado | Plan de mejoramiento GIO-PD-04-FT-01 cerrado | Subdirección de Gestión Humana | 6 de Diciembre 2022 | 31 de enero 2023 | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano | Auditorías Internas | Observación | RESULTADO AUTODIAGNOSTICO CON ACOMPAÑAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.<br><br>1. No se evidencia en el proceso GAF soportes de la re inducción recibida por parte de GRH en la norma ISO 45001:2018.<br>2. No se evidencia en el proceso GAF soportes de inducción recibida por parte del proceso GIO /OAP en coordinación con el proceso GRH en las normas NTC: ISO aplicables a la FND.<br>3. En el plan de capacitaciones de GRH no se contempló lo referente a capacitaciones a los colaboradores en las normas NTC:ISO aplicables a la FND excepto en la norma NTC:ISO 9001 | 1. Falta de capacitación del SIG<br>2. Desconocimiento del diligenciamiento del formato necesidades de capacitación | 1. Hallazgos en las auditorias<br>3. Posible materialización de riesgos | No | Revisar y analizar los temas de capacitación en normas de calidad e ISO 9001 2015 | Inclusión en el programa de capacitación los temas referentes a las normas de calidad ISO 9001 2015 | Colaboradores de la SAF Capacitados en normas ISO ISO 9001 2015 | Colaboradores de la SAF Capacitados en norma ISO 9001 2015 | Subdirección de Gestión Humana | 21 de Diciembre 2022 | 31 de enero 2023 | | | | | | | | | | | | | |

| FND | GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL | Código: GIO-PD-04-FT-01 |
|---|---|---|
| | FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO | Versión: 07 |
| | | Fecha: 10/03/2020 |

| ITEM | PROCESO | JEFATURA | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO y/o NO CONFORMIDAD REPETITIVO? | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (AR,ER, IR,..) | ACTIVIDADES COMO LO VAMOS HACER/TAREAS | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERRE y/o TERMINACION | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO POR PERÍODO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA | SEGUIMIENTO OFICINAS: CONTROL INTERNO y/o ASESORA DE PLANEACIÓN — EVIDENCIAS | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | SE REPORTO OPORTUNAMENTE EL PLAN DE MEJORAMIENTO? | EJECUTO ACCIONES DE MEJORA | ESTA DOCUMENTADO COMO EVIDENCIA | SUBSANA EL HALLAZGO y/o OBSERVACIÓN y/o NO CONFORMIDAD | SE DEBE CERRAR EL HALLAZGO DETECTADO? | RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PERIODO | OBSERVACIONES EN EL PERIODO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorías Internas | Oportunidad de Mejora | **OPORTUNIDAD DE MEJORA** En la revisión practicada a las carpetas de las inspecciones realizadas por la subdirección de Gestión Humana, no se evidencia el seguimiento del cumplimiento del programa de inspecciones, en consecuencia, se requiere la individualización de cada inspección por expediente con el fin de verificar la periodicidad en que realizan conforme a lo contenido en el numeral 8.2. del procedimiento de inspecciones Código: GRH -PD -12. | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del t4.ema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación 4. No hubo una enntrega adecuada de proceso SG_SST | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. | No | 1. Dar aplicabilidad al Decreto 1072/2015 y a la Norma ISO:NTC 45001/2018, con el fin de aumentar los niveles de satisfacción de los trabajadores en relación con el sistema, numetral 8.2 | 1. Revision y actualizacion de cada carpeta por expediente, para facilitar la verificacion de la frecuencia con que se realiza cada inspeccion; Lo anterior de acuerdo con lo establecido en el numeral 8.2 del procedimineto de inspecciones GRH -PD -12, propio de la FND | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. Carpeta de registros por ispeccion, actualizada. | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/12/2022 | **1. Revision y actualizacion de cada carpeta por expediente, para facilitar la verificacion de la frecuencia con que se realiza cada inspeccion; Lo anterior de acuerdo con lo establecido en el numeral 8.2 del procedimineto de inspecciones GRH-PD -12, propio de la FND** Se encuentra en organización las carpetas fisicas de las inspecciones por separado, sinembargo faltan archivos de primer semestre 2022 | 100 | SI | carpetas fisicas de las inspecciones por separado | JTH | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 2 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | Oportunidad de Mejora | **OPORTUNIDAD DE MEJORA** revisión de todos los documentos asociados al proceso del SST con el fin de actualizar los formatos, procedimientos, manuales entre otros conforme al Procedimiento Control De Información Documentada identificado bajo el código GIO-PD-01 y las modificaciones propias del proceso, igualmente fortalecer el trabajo en equipo que integra la subdirección de Recursos humanos | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | ados de atención de la Alta dirección. | No | 1. Dar aplicabilidad al Decreto 1072/2015 y a la Norma ISO:NTC 45001/2018, con el fin de aumentar los niveles de satisfacción de los trabajadores en relación con el sistema | 1. Revision validacion y ajustes de todos los formatos, procediminetos, manuales y documntacion SST de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de gestion Procedimiento Control De Información Documentada identificado bajo el código GIO-PD-01. 2.Sencibilizacion a los colaboradores a fin de lograr la Participacion activa en las actividades asociadas a fortalecimineto de trabajo en equipo, que desde la subdireccion | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. Documentacion del SGSST ajustada y actualizada. 2. soportes de sensibilizacion a coaboradores referente a participacion en actividades de fortalecimiento de trabajo en equipo | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/12/2022 | **1. Revision validacion y ajustes de todos los formatos, procediminetos, manuales y documntacion SST de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de gestion Procedimiento Control De Información Documentada identificado bajo el código GIO-PD-01.** Actividad programada según la nueva estructura administrativa de la FND para el año 2023. | 50 | | | | | | | | | | | |
| 3 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | No Conformidad Mayor | **NO CONFORMIDAD MAYOR:** Del análisis realizado a los indicadores del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, se encontró que no hace seguimiento a los indicadores de estructura ni proceso para la vigencia 2022 incumpliendo lo establecido en los Artículos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015: "(...) El empleador debe definir los indicadores (cualitativos o cuantitativos según corresponda) mediante los cuales se evalúen la estructura, el proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y debe hacer el seguimiento a los mismos.". ISO 45001:2018 6.2.2 Planificación para lograr los objetivos de la SST e) cómo se evaluarán los resultados, incluyendo los indicadores de seguimiento; 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño, según sea aplicable, para asegurar resultados válidos; c) los criterios frente a los que la organización evaluará su desempeño de la SST; d) cuándo se debe realizar el seguimiento y la medición; e) cuándo se deben analizar, evaluar y comunicar los resultados del seguimiento y la medición. La organización debe evaluar el desempeño de la SST y determinar la eficacia del sistema de gestión de | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. y del Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. 5.que los trabajadores y/o colaboradores están más expuestos a riesgos y enfermedades, lo que puede traer fatales consecuencias no sólo para su salud y bienestar sino para la FND. | Si | Dar cumplimiento a los Artículos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015: "(...) El empleador debe definir los indicadores (cualitativos o cuantitativos según corresponda) mediante los cuales se evalúen la estructura, el proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y debe hacer el seguimiento a los mismos y alos numerales de la norma ISO 45001. 6.2.2 | 1. Validacion, revision y actualizacion de los indicadores tanto cuantitativos como cualitativos, de estructura y proceso, para asi dar cumplimiento a lo establecido en los Articulos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015 2. Inclusion dentro del plan anual de trabajo el seguimiento periodico de cada uno de los indicadores tanto cuantitativos como cualitativos, de estructura y proceso establecidos dentro de la Federacion Nacional De Departamentos. 3. Validacion de la existencia de disposiciones referentes a la | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. Indicadores de estructura y roceso tanto cualitativos como cuantitativos actualizados a la fecha con su correspondiente seguimiento. 2. Plan anual actualizado que incluya seguimineto a indicadores tanto cuantitativos como cualitativos, de estructura y proceso establecidos dentro de la Federacion Nacional De Departamentos. 3. procedimientos asociados a continua mejora y seguimineto del SGSST | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 15/01/2022 | **1. Validacion, revision y actualizacion de los indicadores tanto cuantitativos como cualitativos, de estructura y proceso, para asi dar cumplimiento a lo establecido en los Articulos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015** Se actualiza archivo a cierre 2022- no se encuentra en drive Falta: Indicadores 2023 **2. Inclusion dentro del plan anual de trabajo el seguimiento periodico de cada uno de los indicadores tanto cuantitativos como cualitativos, de estructura y proceso establecidos dentro de la Federacion Nacional De Departamentos.** Falta: Emision del plan anual SST 2023. **3. Validacion de la existencia de disposiciones referentes a la planificacion, evaluacion y seguimiento de los indicacores establecidos para el sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo según lo establecido en el numeral** | 80 | | | | | | | | | | | |
| 4 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | No Conformidad Mayor | **NO CONFORMIDAD MAYOR:** Durante la auditoria se evidencio NORMOGRAMA del proceso, donde se encuentra relacionada la Resolución 312 de 2019 manifestando la aplicabilidad de forma integral, no obstante en la revisión de los requisitos mínimos consagrado en el artículo 9 de la disposición legal, se observa incumplimiento en estos, entre ellos, la | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. | 1. **Riesgo de incumplimiento:** posibles sanciones legales, normativas, pérdida financiera material o de**reputación** que la FND puede sufrir como resultado de incumplir las leyes, regulaciones, | Si | Dar aplicabilidad a la **Resolución 0312 de 2019**, estableciendo de esta manera los nuevos estándares mínimos para el SG_SST y su implementación y al Decreto 1712/2014, los cuales en | 1. Programación de retroalimentación para el personal de Gestión de Recursos Humanos a fin de tratar los estandares aplicables a la FND, según la resolcion 0312 de 2019. | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. Soportes de retroalimentacion al personal de talento humano freente a temas de resolucion 0312 de 2019. 2. Acta de | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/12/2022 | **1. Programación de retroalimentación para el personal de Gestión de Recursos Humanos a fin de tratar los estandares aplicables a la FND, según la resolucion 0312 de 2019.** Se debe programar capacitacion a los colaboradores de talento humano, referente a | 50 | | | | | | | | | | | |
| 5 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | No Conformidad Mayor | **NO CONFORMIDAD MAYOR:** Del análisis realizado al PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN PARTICIPACIÓN Y CONSULTA identificado bajo el código GIO -PD-13, se evidencia que por parte de SST no hay conocimiento de los indicadores asociados ni la evaluacion de desempeño del SST para la vigencia 2022 incumpliendo lo establecido en los Articulos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015: "(...) El empleador debe definir los indicadores (cualitativos o cuantitativos según corresponda) mediante los cuales se evalúen la estructura, el proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y debe hacer el seguimiento a los mismos.". ISO 45001: 2018 5.4 Consulta y participación de los trabajadores. e) enfatizar la participación de los trabajadores no directivos sobre lo siguiente: 1) la determinación de los mecanismos para su consulta y participación; 2) la identificación de los peligros y la evaluación de los riesgos y oportunidades (véanse 6.1.1 y 6.1.2); 3) la determinación de acciones para eliminar los peligros y reducir los riesgos para la SST (véase 6.1.4); 4) la determinación de los requisitos de competencia, las necesidades de formación, la formación y la evaluación de la formación (véase 7.2); 5) la determinación de qué información se necesita comunicar y cómo hacerlo (véase 7.4); 6) la determinación de medidas de control y | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. 5.que los trabajadores y/o colaboradores están más expuestos a riesgos y enfermedades, lo que puede traer fatales consecuencias no sólo para | Si | 1. Dar aplicabilidad a los Articulos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015: "(...) El empleador debe definir los indicadores (cualitativos o cuantitativos según corresponda) mediante los cuales se evalúen la estructura, el proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y debe hacer el seguimiento a los mismos.". 2. Aplicar la norma ISO 45001: 2018 5.4 Consulta y participación de los trabajadores. (numerales 6.1.1 y 6.1.2; 6.1.4; 7.2; 7.4; 8.1, 8.1.3 y 8.2; y 10.2). | 1. Revision y actualizacion de los indicadores asociados a comunicación, participacion y consulta definidos por la FND, para asi dar cumplimineto a lo establecido en los Articulos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015 2. Efectuar Evaluacion del desempeño SST a la vigencia. 3. Capacitacion a los colaboradores de la FND, en lo referente a los canales establecidos para realizacion de Consulta y participación en los temas concernientes a: 1) la | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. Indicadores asociados a comunicacion, participacion y consulta, actualizados a la fecha. 2. Evaluacion del desempeño del SST 3. soporte de capacitacion a los colaboradores en mecanismos de consulta y participacion disponibles en la FND. | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/01/2023 | **1. Revision y actualizacion de los indicadores asociados a comunicación, participacion y consulta definidos por la FND, para asi dar cumplimineto a lo establecido en los Articulos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015** Se actualiza indicador a diciembre 2022. Se solicita mediciones del indicador a la fecha. **2. Efectuar Evaluacion del desempeño SST a la vigencia.** Se efectuo evaluacion del sgsst a corte del año 2022. **3. Capacitacion a los colaboradores de la FND, en lo referente a los canales establecidos para realizacion de Consulta y participación en los temas concernientes a: 1) la** | 50 | | | | | | | | | | | |
| 6 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | No Conformidad Mayor | **NO CONFORMIDAD MAYOR:** Se evidenció FORMATO MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS identificada bajo el código GRH-PD-04-FT-01 para la identificación de peligros y la valoración de riesgos, las cuales, para el momento de la auditoría, no se encontró el seguimiento y la evaluación de la eficacia de los controles. Lo anterior incumple lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.6.15.: "(...)Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de los Riesgos. El empleador o contratante debe aplicar una metodología que sea sistemática, que tenga alcance sobre todos los procesos y actividades rutinarias y no rutinarias internas o externas, máquinas y equipos, todos los centros de trabajo y todos los trabajadores independientemente de su forma de contratación y vinculación, que le permita identificar los peligros y evaluar los riesgos en seguridad y salud en el trabajo, con el fin que pueda priorizarlos y establecer los controles necesarios, realizando mediciones ambientales cuando se requiera.(...)" 6.1.2.2 Evaluación de los riesgos para la SST y otros riesgos para el sistema de gestión de la SST La organización debe establecer, implementar y mantener procesos para: a) evaluar los riesgos para la SST a partir de los peligros identificados, teniendo en cuenta la eficacia de los controles existentes; b) determinar y evaluar los otros riesgos relacionados con el establecimiento, implementación, operación y mantenimiento del sistema de gestión de la SST. Las metodologías y criterios de la organización para la evaluación de los riesgos para la SST deben definirse con respecto al alcance, naturaleza y momento en el tiempo | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. 5.que los trabajadores y/o colaboradores están más expuestos a riesgos y enfermedades, lo que puede traer fatales consecuencias no sólo para su salud y bienestar sino para la FND. 6. Hallazgos de entes de control | Si | Dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.6.15.: "(...)Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de los Riesgos, 6.1.2.2 Evaluación de los riesgos para la SST y otros riesgos para el sistema de gestión de la SST. | 1.Validacion de la existencia de una metodologia para realizar la identificacion de peligros, evaluacion y valoracion de los riesgos en SST con alcance a todos los procesos de la FND, según lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 articulo 2.2.4.6.15 2. Evaluacion y seguimiento según lo programado en el plan anual de trabajo, de de la matriz de riesgos y peligros según lo establecido en el plan anual de trabajo. A fin de garantizar lo estableciso dentro del articulo 6.1.2.2 del Decreto 1072 de 2015. | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. Procedimiento asociado a elaboracion de matriz de ries gos y peligros que contenga la metodologia para identificacion de peligros evaluacion y valoracion de controles 2. Matriz de riesgos y peligros actualizada según lo establecido en procedimiento de elaboracion de matriz de riesgos y peligros. | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/12/2022 | **1.Validacion de la existencia de una metodologia para realizar la identificacion de peligros, evaluacion y valoracion de los riesgos en SST con alcance a todos los procesos de la FND, según lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 articulo 2.2.4.6.15** Se realizo revision del procedimineto GRH-PD-04 Prodecimineto de identificacion de peligros, dentro del cual se eviencia la existencia de la metodologia GTC 45 parala identificacion de peligros, valoracion de riesgos y determinacion de controles de los riesgos en seguridad y salud en le trabajo. **2. Evaluacion y seguimiento según lo programado en el plan anual de trabajo, de de la matriz de riesgos y peligros según lo establecido en el plan anual de trabajo. A fin de garantizar lo estableciso dentro del articulo 6.1.2.2 del Decreto 1072 de 2015.** Se cuenta con matriz de riesgos, actualizada a diciembre de 2022, con su correspondiente seguimineto de acuerdo con lo establecido en el plan anual de trabajo. | 100 | SI | PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS | INTRANET | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 7 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | No Conformidad Mayor | **NO CONFORMIDAD MAYOR:** En la auditoria no se evidencia el instrumento utilizado para realizar la evaluación de las capacitaciones ejecutadas para verificar el grado de asimilación logrado por los participantes en el conocimiento transmitido, por lo que no existe la retroalimentación de los resultados obtenidos ni la efectividad de la capacitación. 9.1.1 Generalidades La organización debe establecer, implementar y mantener procesos para el seguimiento, la medición, el análisis y la evaluación del desempeño. La organización debe determinar: b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño, según sea aplicable, para asegurar resultados válidos | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. 5.que los trabajadores y/o | Si | Dar aplicabilidad al numeral **9.1.1 Generalidades** de la norma **ISO 45001** La FND tiene que **establecer**, **implantar** y **mantener** los **procesos** de **seguimiento**, la **medición**, el **análisis** y la **evaluación** de **desempeño**, para asegurar resultados válidos | 1. Identificacion del mecanismo definido por la FND, para evaluacion de las capacitaciones, según lo requerido en el numeral 9.1.1. literal b. 2. Aplicación y buen uso del mecanismo establecido por la FND, para evaluacion de las capacitaciones que se impartan a partir de la fecha desde SST. | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. Registros de aplicación de evaluaciones a capacitaciones realizadas desde SST. | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/01/2023 | **1. Identificacion del mecanismo definido por la FND, para evaluacion de las capacitaciones, según lo requerido en el numeral 9.1.1. literal b.** Se solicita al area de talento humano, el mecanismo establecido para la evaluacion de las capacitaciones 2. Aplicación y buen uso del mecanismo establecido por la FND, para evaluacion de las capacitaciones que se impartan a partir de la fecha desde SST. **A partir de la entrega del mecanismo, verificar la aplicación del mismo en las acciones de formacion de SST.** | 0 | | | | | | | | | | | |
| 8 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | No Conformidad Mayor | **NO CONFORMIDAD MAYOR:** En la revisión documental se evidencia delegación realizada al SG-SS, por parte del director ejecutivo al Subdirector de Gestión Humana, sin embargo, no existe documento de asignación por parte de este del responsable del sistema. Lo anterior conforme a lo señalado en el artículo 9 de la Resolución 312 de 2019 Artículo 9. Estándares Mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. | Si | Aplicar el articulo 9 de la **Resolución 312 de 2019 Artículo 9.** Estándares Mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores. Las empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores y las unidades de | 1. Programacion de retroalimentación para el personal de Gestión de Recursos Humanos a fin de tratar los estandares aplicables a la FND, según la resolcion 0312 de 2019. | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. Soportes de retroalimentacion al personal de talento humano. 2 . Acta de nombramiento del responsable del SGSST. 3. Evidencia | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/12/2022 | **1. Programacion de retroalimentación para el personal de Gestión de Recursos Humanos a fin de tratar los estandares aplicables a la FND, según la resolcion 0312 de 2019 .** se encuentra pendiente. **2. Socializar a la alta dirección el soporte** | 70 | | | | | | | | | | | |
| 9 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | No Conformidad Mayor | **NO CONFORMIDAD MAYOR:** No se evidencia las fuentes de recursos necesarios para el funcionamiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Entidad con el fin de garantizar los recursos humanos, infraestructura, financieros, Técnicos, Locativos de acuerdo con las necesidades identificadas en la Entidad, entre ellos no se hace un análisis cuantitativo de los exámenes médicos ocupacionales, de Ingreso, Periódicos, Egreso, y post incapacidad durante la presente vigencia, los elementos de emergencia, entre otros necesarios para el mantenimiento del sistema. Así las cosas, no se discriminan los recursos que son necesarios para el sistema de gestión del SST. Tal como lo dispone el Artículo 9 de la Resolución 0312 de 2019 "(...) Asignación de recursos para el Sistema de Gestión de SST: Asignar los recursos económicos para el desarrollo de las actividades de promoción salud y prevención de riesgos laborales... (...)" 7.1 Recursos ISO 45001:2018 La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. 5.que los trabajadores y/o colaboradores están más expuestos a riesgos y enfermedades, lo que puede traer | Si | 1. Dar aplicabilidad al Artículo 9 de la Resolución 0312 de 2019 "(...) Asignación de recursos para el Sistema de Gestión de SST: Asignar los recursos económicos para el desarrollo de las actividades de promoción salud y prevención de riesgos laborales... (...)" 2. Dar cumplimiento a los numerales de7.1 ISO 45001:2018 Recursos La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la SST. y 72 Competencia. La organización debe: a) determinar la competencia | 1. Programacion de retroalimentación para todo el personal de la FND, a fin de tratar los estandares aplicables a la organizacion, según la resolucion 0312 de 2019. 2. Solicitud al area correspondiente de la FND (jefatura de presupuesto) los recursos correspondientes al SG-SST, para asi garantizar el cumplimineto de lo establecido en el articulo 9 de la resolucion 0312 de 2019, y numeral 7.1 de la iso 45001 de 2018, asociado a asignacion de recursos para el SG-SST. | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. Soportes de retroalimentacion al personal de gestion de recursos humanos en temas relacionados con resolucion 0312 de 2019. 2. Documento de presupuesto asignado a SST. | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/12/2022 | **1. Programacion de retroalimentación para todo el personal de la FND, a fin de tratar los estandares aplicables a la organizacion, según la resolucion 0312 de 2019 .** pendiente su programacion. **2. Solicitud al area correspondiente de la FND (jefatura de presupuesto) los recursos correspondientes al SG-SST, para asi garantizar el cumplimineto de lo establecido en el articulo 9 de la resolucion 0312 de 2019, y numeral 7.1 de la iso 45001 de 2018, asociado a asignacion de recursos para el SG-SST.** Este fue solicitado mediante correo electronico a subdireccion de talento humano. | 0 | | | | | | | | | | | |
| 10 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | No Conformidad Menor | **NO CONFORMIDAD MENOR** En la revisión documental a las inspecciones realizadas a la entidad, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento Código: GRH -PD -12, se evidencia lo siguiente: 1. En el mes de julio se realizó la inspección de orden y aseo, sin embargo, no se evidencia la segunda dentro de la periodicidad establecida. 2. Durante la vigencia 2022 se observa inspección gerencial locativa del 20 de octubre, pero no se logra tener certeza de la segunda inspeccion. Así las cosas, no se evidencia el cumplimiento de la frecuencia de las inspecciones ni las acciones preventivas y/o correctivas necesarias con base a los resultados realizados. Tal como lo dispone el Artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019 "(...) Definir e implementar las acciones preventivas y/o correctivas necesarias con base en los resultados de la supervisión, inspecciones, medición de los indicadores del Sistema de Gestión de SST entre otros, y las recomendaciones del COPASST. (...)" 7.5.3 Control de la información documentada La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. 5.que los trabajadores y/o | Si | Dar aplicabilidad al Artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019 "(...) Definir e implementar las acciones preventivas y/o correctivas necesarias con base en los resultados de la supervisión, inspecciones, medición de los indicadores del Sistema de Gestión de SST entre otros, y las recomendaciones del COPASST. (...)", y los numerales de la norma ISO 45001 7.5.3 Control de la información documentada La información documentada | 1. Verificacion de la existencia de dispoiciones y planificacion de las inspecciones SST a realizar dentro de la FND, según lo establecido dentro del articulo 16 de la resolucion 0312 de 2019. 2. Ubicacion y almacenamiento de los soportes de inspecciones realizadas según el programa de ispnecciones y lo establecido dentro de la estructura documental de la FND, a fin de dar cumpimineto a lo establecido en el numeral 7.5.3 de la ISO 45001 de | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. Procedimineto asociado a inspecciones SST 2. Carpetas actualizadas con soportes de cada inspeccion según plan de inspecciones establecido por la FND. 3. Programa de inspecciones actualizado a la fecha en donde se evidencie la ejecucion de las actividades programadas. | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/12/2022 | **1. Verificacion de la existencia de dispoiciones y planificacion de las inspecciones SST a realizar dentro de la FND, según lo establecido dentro del articulo 16 de la resolucion 0312 de 2019.** Se verifica la existencia de procedimiento de inspecciones codigo: GRH-PD-12, el cual cuenta con las disposiciones referentes a las inspecciones a aplicar en la FND. **2. Ubicacion y almacenamiento de los soportes de inspecciones realizadas según el programa de inspecciones y lo establecido dentro de la estructura documental de la FND, a fin de dar cumpimineto a lo establecido en el numeral 7.5.3 de la ISO 45001 de 2018.** | 90 | | | | | | | | | | | |
| 11 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | No Conformidad Menor | **NO CONFORMIDAD MENOR** No se evidencia la evaluación de los indicadores trimestral SG-SST, lo que contraviene lo dispuesto en el Artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019: "(...) Definir los objetivos del Sistema de Gestión de SST de conformidad con la política de SST, los cuales deben ser claros, medibles, cuantificables y tener metas, coherentes con el plan de trabajo anual. (...)" 6.2.2 Planificación para lograr los objetivos de la SST Al planificar cómo lograr sus objetivos de la SST, la organización debe determinar: e) cómo se evaluarán los resultados, incluyendo los indicadores de seguimiento; | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. 5.que los trabajadores y/o colaboradores están más expuestos a riesgos y enfermedades, lo que puede traer fatales consecuencias no sólo para su salud y bienestar sino para la FND. | Si | 1- Dar aplicabilidad al Artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019: "(...) Definir los objetivos del Sistema de Gestión de SST de conformidad con la política de SST, los cuales deben ser claros, medibles, cuantificables y tener metas, coherentes con el plan de trabajo anual. (...)". 2- Dar aplicabilidad al numeral 6.2.2 Planificación para lograr los objetivos de la SST Al planificar cómo lograr sus objetivos de la SST, la organización debe determinar:2. e) cómo se evaluarán los resultados, incluyendo los indicadores de seguimiento; | 1. Validacion de la existencia de objetivos e indicadores SST asociados a la politica asociada al SG-SST, según lo requerido en el articulo 16 de la resolucio 0312 de 2019 2. Validacion de la existencia de disposiciones documentadas referentes a evaluacion y seguimiento de los indicadores de gestion SST. Definidos en la FND. 3. Manteniminto y Actualizacionconstante de los indicadores asociados a la politica correspondiente a SST, definida por la FND. | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. documento en donde se establezcan objetivos e indicadores SST 2. Indicadores medidos actualizados y analizados. | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/12/2022 | **1. Validacion de la existencia de objetivos e indicadores SST asociados a la politica asociada al SG-SST, según lo requerido en el articulo 16 de la resolucio 0312 de 2019** Se evidencia dentro del documento "anexo objetivos e indicadores" la existencia de los mismos y el correspondiente seguimiento. **2. Validacion de la existencia de disposiciones documentadas referentes a evaluacion y seguimineto de los indicadores de gestion SST. Definidos en la FND.** Se verifico la estructura documental en donde no se encuentra procedimientos asociados a planificacion, evaluacion y seguimiento a indicadores. Se debe crear algun documento que contenga esta actividad, o incluirlo en el procedimineto de mejora continua existente. **3. Mantenimiento y Actualizacion constante de los indicadores asociados a la politica correspondiente a SST, definida por la FND.** Se actualiza archivo a cierre 2022 | 80 | | | | | | | | | | | |
| 12 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | Observación | Ajustar el FORMATO CRONOGRAMA PLAN DE TRABAJO SG-SST identificado bajo el Código: GRH-FT-01, incluyendo la vigencia 2022 y las actividades realizados durante la anualidad. La norma señala ISO 45001:2018 7.5.3 Control de la información documentada La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este documento se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad). Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según sea aplicable — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo control de versión); — conservación y disposición. | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. 5.que los trabajadores y/o colaboradores están más expuestos a riesgos y enfermedades, lo que puede traer fatales consecuencias no sólo para su salud y bienestar sino para la FND. 6. Hallazgos de entes de control | Si | Dar cumplimiento a la norma ISO 45001:2018, numeral 7.5.3 Control de la información documentada La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este documento se debe "...... Controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite;........" | 1. Ajuste al formato GRH-FT-01 CRONOGRAMA PLAN DE TRABAJO SG-SST dentro del cual se establezcan las actividades ejecutadas en la vigencia 2022. Lo anterior según lo establecido dentro del numeral 7.5.3 Control de la información documentada, de la norma ISO 45001 de 2018. | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. Formato GRH-FT-01 CRONOGRAMA PLAN DE TRABAJO SG-SST, ajustado y actualizado, evisnciando su ejecucion a la fecha. | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/12/2022 | **1. Ajuste al formato GRH-FT-01 CRONOGRAMA PLAN DE TRABAJO SG-SST dentro del cual se establezcan las actividades ejecutadas en la vigencia 2022. Lo anterior según lo establecido dentro del numeral 7.5.3 Control de la información documentada, de la norma ISO 45001 de 2018.** Se cuenta con formato vigente a 2022. | 100 | | | | | | | | | | | |
| 13 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | Observación | Revisado el plan de mejoramiento identificado bajo código GIO-PD-04-FT-01 publicado en la página web de la entidad bajo la ruta https://fnd.org.co/docs/transparencia/plan-de-mejoramiento/Plan%20de%20mejoramiento%202021.pdf producto de las auditorias internas y externas, está pendiente de realizar el cierre de hallazgos entre ellos el envió de 2 correos mensuales de la socialización del COPASST y la planilla de seguimiento de gestión por dependencia. ISO 45001:2018 10.2 Incidentes, no conformidades y acciones correctivas La organización debe establecer, implementar y mantener procesos, incluyendo informar, investigar y tomar acciones para determinar y gestionar los incidentes y las no conformidades. Cuando ocurra un incidente o una no conformidad, la organización debe: a) reaccionar de manera oportuna ante el incidente o la no conformidad y, según sea | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. 5.que los trabajadores y/o colaboradores están más | Si | Dar cumplimiento a la norma ISO 45001:2018 numeral 10.2 Incidentes, no conformidades y acciones correctivas La organización debe establecer, implementar y mantener procesos, incluyendo informar, investigar y tomar acciones para determinar y gestionar los incidentes y las no conformidades. Cuando ocurra un incidente o una no conformidad, la organización debe: "...........a) reaccionar de manera oportuna ante el incidente o la no conformidad y, según sea aplicable.... 1) tomar acciones para | 1.Socializacion del estado del plan de mejoramiento asociado a auditoria externa ISO 45001 DE 2018. 2. Remision del plan de mejoramiento bajo código GIO-PD-04-FT-01 de la FND informando de las catividades cumplidas frente a los hallazgos identificados en auditoria externa correspondiente a ISO 45001 de 2018 | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. soportes de socializacion del pan de mejoramoento al personal 2. plan de mejoramiento con cierre de hallazgos derivados de auditorias previas. | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/01/2023 | **1.Socializacion del estado del plan de mejoramiento asociado a auditoria externa ISO 45001 DE 2018.** No se ha ejecutado **2. Remision del plan de mejoramiento bajo código GIO-PD-04-FT-01 de la FND informando de las actividades cumplidas frente a los hallazgos identificados en auditoria externa correspondiente a ISO 45001 de 201 8** No se ha ejecutado | 0 | | | | | | | | | | | |
| 14 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | Observación | En la auditoria se evidencia desconocimiento del equipo auditado con relación al cumplimiento, seguimiento y evaluación del Plan de mejoramiento publicado por la entidad bajo la ruta https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normograma/NORMA%20ISO%209001%202015.pdf, y por ende no se cumple el Plan de Acción. ISO 45001:2018 10.2 Incidentes, no conformidades y acciones correctivas La organización debe establecer, implementar y mantener procesos, incluyendo informar, investigar y tomar acciones para determinar y gestionar los incidentes y las no conformidades. Cuando ocurra un incidente o una no conformidad, la organización debe: a) reaccionar de manera oportuna ante el incidente o la no conformidad y, según sea aplicable: 1) tomar acciones para controlar y corregir el incidente o la no conformidad; 2) hacer frente a las consecuencias; b) evaluar, con la participación de los trabajadores (véase 5.4) e involucrando a otras partes interesadas pertinentes, la necesidad de acciones correctivas para eliminar las | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. 5.que los trabajadores y/o colaboradores están más expuestos a riesgos y enfermedades, lo que puede traer fatales consecuencias no sólo para su salud y bienestar sino para la FND. | Si | Dar aplicabilidad a la Norma ISO 45001:2018, numeral **10.2** Incidentes, no conformidades y acciones correctivas La organización debe establecer, implementar y mantener procesos, incluyendo informar, investigar y tomar acciones para determinar y gestionar los incidentes y las no conformidades......... numeral **5.4** e involucrando a otras partes interesadas pertinentes, la necesidad de acciones correctivas para eliminar las causas raíz del incidente o la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte,...numeral 6.1...;d) determinar e implementar cualquier acción necesaria, incluyendo acciones correctivas, de acuerdo con la jerarquía de los | 1. Capacitacion al personal de recursos humano frente al cumplimineto seguimiento y evaluacion del plan de mejoramiento asociado a auditoria externa ISO 45001 de 2018. | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. soportes de capacitacion al personal frente al cumplimineto seguimiento y evaluacion del plan de mejoramiento asociado a auditoria externa ISO 45001 de 2018. | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/12/2022 | **1. Capacitacion al personal de recursos humano frente al cumplimineto seguimiento y evaluacion del plan de mejoramiento asociado a auditoria externa ISO 45001 de 2018** No se ha ejecutado | 0 | | | | | | | | | | | |
| 15 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | Observación | Durante la auditoria no se evidencia archivo documental que contenga el repositorio de las capacitaciones (invitación, memorias, evaluación) del sst Iso 45001:2018 7.5.3 Control de la información documentada La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este documento se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad). Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según sea aplicable — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo control de versión); — conservación y disposición. | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. 5.que los trabajadores y/o colaboradores están más expuestos a riesgos y enfermedades, lo que puede traer fatales consecuencias no sólo para su salud y bienestar sino para la FND. | Si | Dar aplicabilidad a la norma ISO 45001:2018 7.5.3 Control de la información documentada La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este documento se debe controlar para asegurarse de que:....a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad). Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según sea aplicable......" | 1. Actualizacion del archivo documental del proceso SG SST establecido por la FND, publicando todas Las capacitaciones y acciones de formacion que se hayan impartido desde SST, según lo establecido en la norma ISO 45001:2018 7.5.3 Control de la Información documentada | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. archivo documental SGSST actualizado con las acapacitaciones y acciones de formacion impartidas por SST. | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 15/01/2023 | **1. Actualizacion del archivo documental del proceso SG SST establecido por la FND, publicando todas Las capacitaciones y acciones de formacion que se hayan impartido desde SST, según lo establecido en la norma ISO 45001:2018 7.5.3 Control de la Información documentada** Las acciones de formacion se encuentran en el drive de la JTH | 100 | SI | Las acciones de formacion se encuentran en el drive de la JTH | DRIVE JTH | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 16 | 7. GAF - Gestión Administrativa y Financiera | JTH - Jefe de Talento Humano SST | Auditorias Internas | Observación | No se registraron las oportunidades de mejora en el formato GIO-PD-04-FT-01 FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO, con el de reportar las acciones que desde el SST se han implementado. ISO 45001: 2018 10.3 Mejora continua La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la SST para: a) mejorar el desempeño de la SST; b) promover una cultura que apoye al sistema de gestión de la SST; c) promover la participación de los trabajadores en la implementación de acciones para la mejora continua del sistema de gestión de la SST; d) comunicar los resultados pertinentes de la mejora continua a sus trabajadores, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores; e) mantener y conservar información documentada como evidencia de la mejora continua. | 1. Falta de mecanismos de control 2. Desconocimiento del tema y de aplicabilidad SGSST. 3. Falta de capacitación por parte del SIG 4. Falta de inducción | 1. Posibles multas y sanciones por incumplimiento de las normas aplicablesd a SG_SST. (Decreto 1072 de 2015. 2. Riesgos materializados. 3. posible perdida de la certificación en la norma ISO 45001:2018. 4. LLamados de atención de la Alta dirección. 5.que los trabajadores y/o colaboradores están más expuestos a riesgos y enfermedades, lo que puede traer fatales consecuencias no sólo para su salud y bienestar sino para la FND. 6. Hallazgos de entes de control | Si | Dar aplicabilidad a la norma **ISO 45001: 2018 10.3** Mejora continua; la organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la SST para:...a) mejorar el desempeño de la SST; b) promover una cultura que apoye al sistema de gestión de la SST; c) promover la participación de los trabajadores en la implementación de acciones para la mejora continua del sistema de gestión de la SST; d) comunicar los resultados pertinentes de la mejora continua a sus trabajadores, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores; e) mantener y conservar información documentada como evidencia de la mejora continua. | 1. Identificacion, registro y tratamiento de oportunidades de mejora dentro del fotmato GIO-PD-04- FT-01 FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO, establecido desde la estructura documental de la FND, segun del numeral 10.3 de la norma ISO 45001 de 2018. | Cierre de los hallazgos identificados en auditoria interna | 1. plan de mejoramiento actualizado en donde se evidencie identificacion, trratamiento y estado final de las oportunidades de mejora. | Subdirección de Gestión Humana | 15/12/2022 | 30/01/2023 | **1. Identificacion, registro y tratamiento de oportunidades de mejora dentro del fotmato GIO-PD-04- FT-01 FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO, establecido desde la estructura documental de la FND, segun del numeral 10.3 de la norma ISO 45001 de 2018.** Se eviedencia el registro de las oprtunidades de mejora dentro del formato mencionado. GIO-PD-04- FT-01 FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO V7 | 100 | SI | CORREO PLAN DE MEJORAMIENTO GRH-SST | https://drive.google.com/drive/folders/15f9-GfMLwSN1cTlCePKN46zifR1VEze | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |

| FND Fondo de Fomento a los Departamentos | GESTIÓN INTEGRAL ORGANIZACIONAL | Código: GIO-PM-MI-F01 |
|---|---|---|
| | FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO | Versión: 17 |
| | | Fecha: 14/05/2021 |

| ÍTEM | PROCESO | FUENTE | TIPO DE HALLAZGO | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | CAUSAS | CONSECUENCIAS | HALLAZGO y/o NO CONFORMIDAD REPETITIVO? | ACCIÓN DE MEJORA QUE VAMOS HACER PARA SUBSANAR EL HALLAZGO VERBO (ARLAR, IR,...) | ACTIVIDADES COMO LO VAMOS HACER/TAREAS | META | PRODUCTO O ENTREGABLE | RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA CIERRE y/o TERMINACIÓN | DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO POR PERIODO POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO | PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO POR ÁREA | SEGUIMIENTO OFICINA: CONTROL INTERNO y/o ASESORA DE PLANEACIÓN | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | EVIDENCIA GENERADA | UBICACIÓN EVIDENCIA | ¿ES ACCIÓN DE MEJORA? | ¿ES ACCIÓN DE MEJORA? | ¿ES ACCIÓN DE MEJORA? | ¿ES ACCIÓN DE MEJORA? | ¿ES ACCIÓN DE MEJORA? | RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO | % DE AVANCE | OBSERVACIONES EN EL PERIODO DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO / OFICINA DE CONTROL INTERNO |
| 1 | Gestión Jurídica y Asuntos Legales | Auditorías Externas | Otros | Ajustar matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo y agrupar riesgos operaciones enfocados en SST, es necesario evaluar eficacia de las acciones tomadas. | operacionales del SST en la matriz respectivo, por desconocimiento del procedimiento, en cuanto se entendía que las mismas se encontraban descritas en la matriz de riesgos y antigua establecía es en el FORMATO MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE | Que no se cuente con un plan de contingencia y controles necesarios para la correcta implementación y aplicabilidad de la norma ISO 45001 | NO | Actualizar la matriz de riesgo | Analizar la matriz y las posibles modificaciones y/o actualizaciones y que haya lugar con el fin de dar cumplimiento a las normas que la FND se encuentra certificada | 100% matriz de riesgo actualizada | Matriz de riesgo | Gerituir Jurídica y Asuntos Legales | 19/04/2022 | 19/04/2022 | Se realiza ajuste matriz de riesgos de acuerdo con el procedimiento de Gestión y administración del riesgo, se eclupe nota aclaratoria donde se especifica que los riesgos operacionales de SST, se estén gestionado a través de la matriz de identificación peligros, evaluación y control de los riesgos | 100% | SI | Matriz de riesgos | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 2 | Gestión Jurídica y Asuntos Legales | Auditorías Externas | Otros | Revisión de matriz de conformidad. | El proceso no identifica los salidas no conformes de los actividades que realiza | Es necesario revisar la matriz de conformidad para asegurar que se este brindado un servicio conforme | NO | Actualizar la matriz de conformidad | Actualizar la matriz de conformidad | 100% matriz de conformidad actualizada | matriz de conformidad | Gerituir Jurídica y Asuntos Legales | 19/04/2022 | 19/04/2022 | Se realiza revisión y actualización de la matriz de conformidad | 100% | SI | Matriz de Conformidad | Intranet | SI | SI | SI | SI | SI | Oficina Asesora Planeación | 100% | |
| 3 | GJA - Gestión Jurídica y Asuntos Legales | Auditoría al SIG | Observación | 1. No se evidencia en el alcance y documentos asociados (procedimientos y manuales) la inclusión de las normas NTC ISO aplicables a la FND. | 1. Los documentosdel SIG del proceso GJA se enfocan unicamente en las actividades propias del proceso y no incluyen definiciones o información de otros procesos como los normas NTC ISO aplicables a la FND. | 1. Hallazgos y/o observaciones y/o oportunidades de mejora. | No | 1. Revisar, validar y terminar de ajustar los documentos cargados en el SIG del proceso GJA | 1. Validación de la información cargada en el SIG-PROCESO GJA.<br>2. actualización y ajustes de la información cargada en el SIG_GJA.<br>3. Solicitud al SIG de los documentos ajustados y actualizados | Documentos actualizados incluyendo las normas ntc: ISO 9001/2015 y 45001/2015 donde sea pertenente. | Manuales, formatos, procedimientos, instructivos, caracterización, entre otros, actualizados y cargados en el SIG-proceso GJA. | Secretaria General | 16/12/2022 | 30/04/2023 | sus responsables de las áreas del proceso en coordinación y apoyo de la Oficina de Planeación, realizarán la validación de los documentos cargados en el SIG para su revisión y ajustes respectivos antes del proceso de certificación anual que realiza en el Ente externo Bureau Veritas. | 0% | EL AVANCE SE VERÁ REFLEJADO EN EL SEGUIMIENTO DE ABRIL DE 2023 | 0% | | | | | | | | | | |
| 4 | GJA - Gestión Jurídica y Asuntos Legales | Auditoría al SIG | Recomendación | Incluir en el alcance deficiniciones y documentos asociados las normas NTC ISO aplicables a la FND. | 1. Los documentosdel SIG del proceso GJA se enfocan unicamente en las actividades propias del proceso y no incluyen definiciones o información de otros procesos como los normas NTC ISO aplicables a la FND. | 1. Hallazgos y/o observaciones y/o oportunidades de mejora. | No | 1. Revisar, validar y terminar de ajustar los documentos cargados en el SIG del proceso GJA | 1. Validación de la información cargada en el SIG-PROCESO GJA.<br>2. actualización y ajustes de la información cargada en el SIG_GJA.<br>3. Solicitud al SIG de los documentos ajustados y actualizados | Documentos actualizados incluyendo las normas ntc: ISO 9001/2015 y 45001/2015 donde sea pertenente. | Manuales, formatos, procedimientos, instructivos, caracterización, entre otros, actualizados y cargados en el SIG-proceso GJA. | Secretaria General | 16/12/2022 | 30/04/2023 | sus responsables de las áreas del proceso en coordinación y apoyo de la Oficina de Planeación, realizarán la validación de los documentos cargados en el SIG para su revisión y ajustes respectivos antes del proceso de certificación anual que realiza en el Ente externo Bureau Veritas. | 0% | EL AVANCE SE VERÁ REFLEJADO EN EL SEGUIMIENTO DE ABRIL DE 2023 | 0% | | | | | | | | | | **Oficina Asesora Planeación** |
| 5 | GJA - Gestión Jurídica y Asuntos Legales | Auditoría al SIG | Recomendación | No controlidad y la revision documentada del proceso GJA en el SIG, dando cumplimiento con el procedimiento de control de información documentado GIO-PD-01 y tener en cuenta la articulacion de las normas aplicables a la FND | 1. El procedimiento de control de información documentada GIO-PD-01 nesecita actualización en cuanto a la forma en que se deben redactar los cuadros de aprobaciones y control de cambios en los documentos del SIG que no hablen solo incorporarlo en los documentos del proceso GJA. | 1. Hallazgos y/o observaciones y/o oportunidades de mejora. | No | 1. Revisar, validar y terminar de ajustar los documentos cargados en el SIG del proceso GJA | 1. Validación de la información cargada en el SIG-PROCESO GJA.<br>2. actualización y ajustes de la información cargada en el SIG_GJA.<br>3. Solicitud al SIG de los documentos ajustados y actualizados | Documentos actualizados incluyendo las normas ntc: ISO 9001/2015 y 45001/2015 donde sea pertenente.<br>Ajustar los documentos del SIG a los criterios contenidos en el procedimiento de control de información documentada GIO-PD-01 | Manuales, formatos, procedimientos, instructivos, caracterización, entre otros, actualizados y cargados en el SIG-proceso GJA. | Secretaria General | 16/12/2022 | 30/04/2023 | sus responsables de las áreas del proceso en coordinación y apoyo de la Oficina de Planeación, realizarán la validación de los documentos cargados en el SIG para su revisión y ajustes respectivos antes del proceso de certificación anual que realiza en el Ente externo Bureau Veritas. | 0% | EL AVANCE SE VERÁ REFLEJADO EN EL SEGUIMIENTO DE ABRIL DE 2023 | 0% | | | | | | | | | | **Oficina Asesora Planeación** |
| 6 | GJA - Gestión Jurídica y Asuntos Legales | Auditoría al SIG | Recomendación | Se recomienda descargar los documentos directamente del SIG, para tener la certeza que se está utilizando la última actualización del documento (Fecha y Versión) | 1. Durante la preparación de la auditoría de descargan y consolidan los documentos para facilidad en la consulta, pudiendo haber cambios entre su impresión y la realización de la auditoría. | 1. Hallazgos y/o observaciones y/o oportunidades de mejora. | No | 1. Preparar la documentación para las auditorías con acceso online directos a la carpeta del SIG para acceder a la versión más reciente de los mismos. | 1. Validación de la información cargada en el SIG-PROCESO GJA. | Acceder en vivo y en directo durante las auditorías al repositio de documentos del SIG del proceso GJA. | Manuales, formatos, procedimientos, instructivos, caracterización, entre otros, actualizados y cargados en el SIG-proceso GJA. | Secretaria General | 16/12/2022 | 30/04/2023 | sus responsables de las áreas del proceso en coordinación y apoyo de la Oficina de Planeación, realizarán la validación de los documentos cargados en el SIG para su revisión y ajustes respectivos antes del proceso de certificación anual que realiza en el Ente externo Bureau Veritas. | 0% | EL AVANCE SE VERÁ REFLEJADO EN EL SEGUIMIENTO DE ABRIL DE 2023 | 0% | | | | | | | | | | **Oficina Asesora Planeación** |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| CONTROL DE CAMBIOS | | | |
|---|---|---|---|
| **No. Versión.** | **Ítem de Cambio** | **Motivo del Cambio** | **Fecha del Cambio** |
| **1** | N/A | Versión Inicial | 19/9/2017 |
| **2** | Se cambio el nombre del formato<br>Se elimino la casilla No Consecutivo<br>Se actualiza la variable fuentes, proceso y responsables, Se actualiza la variables de seguimiento. | Se ajusto y unifico formato Matriz del Plan de Mejoramiento auditorias internas teniendo encuentra las Normas ISO, | 27/9/2021 |
| **3** | Se cambio el nombre del formato<br>Se incluye consecutivo | Actualización | 25/11/2021 |
| **4** | Fuentes | Inclusión de 3 nuevas fuentes: Incumpliendo a controles operacionales, identificación de nuevos aspectos ambientales y registro de incidentes en seguridad de la información | 8/2/2022 |
| **5** | Fuentes | Inclusión de nuevas fuentes de acuerdo a lo documentado en el procedimiento institucional | 9/3/2022 |
| **6** | Actualización | Se incluye nueva casilla hallazgo y / o No conformidad repetitiva | 27/4/2022 |
| **7** | Actualización General del Formato | Se realiza apertura de hojas de calculo para cada uno de los procesos, las cuales permitan diligenciar la información concerniente con cada uno de los diferentes Subdirecciones, jefaturas, áreas y responsables; con el fin de llevar un control detallado de la vigencia por procesos - Planeas de Mejora.<br><br>Se incorpora el cuadro de aprobaciones por cada proceso. | 10/3/2023 |

| CUADRO DE ARPBACIONES | | |
|---|---|---|
| **Elaboró:** Analista Oficina de Planeación<br><br>**Fecha:** 02/03/2023 | **Revisó:** Jefe (E) Oficina Asesora de Planeación<br><br>**Fecha:** 02/03/2023<br><br>**Verificó:** Colaborador SIG / Oficina de Planeación<br>**Fecha:** 0X/03/2023 | **Aprobó:** Líderes del proceso GIO<br>Jefe (E) Oficina Asesora de Planeación<br>Jefe Oficina de Control Interno<br><br>**Fecha**: 02/03/2023 |