

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



ACTA No 07

1. FECHA y HORA: Diciembre 28 de 2023 –Hora: 08:00 a.m.
2. TEMA: COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTION Y DESEMPEÑO – REVISION POR
LA DIRECCION 2023
3. LUGAR: presencial Sala de Juntas EDOS
4. ASISTENTES:

Gerente: Dr. Carlos Henao
 Subgerente administrativa y financiera: Dra. Marta Contreras
 Subgerente técnico: Ing. Flavio Castaño
 Profesional Apoyo social: Dra. Marcela Pabón
 Profesional Proyectos: Arq. Rigoberto Lopera.
 Profesional Tesorería: Wilfredy Arias

Invitados:

Lina María Llano – Asesora Control interno
 Leidy Hernández - Contratista
 Sandra Angarita – Contratista

5. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA:

1.	Llamado a lista y verificación de Quórum
2.	Estado de acciones de revisión por la dirección anterior (2022)
3.	Informe satisfacción del usuario
4.	Informe PQRS
5.	Cumplimiento Objetivos integrales de gestión
6.	Desempeño de procesos (indicadores)
7.	Estado de planes de mejoramiento
8.	Cumplimiento de planes institucionales
9.	Resultados de auditorias
10.	Desempeño de proveedores (informe de supervisores)
11.	Informe de riesgos de gestión

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



12.	Informe de riesgos de corrupción
13.	Cumplimiento Planes de gestión por dependencias
14.	Resultados de los autodiagnósticos de las políticas de MIPG
15.	Revisión por la dirección del SG SST

1. Llamado a lista y verificación de Quórum:

Se da inicio al comité institucional de gestión y desempeño (Revisión por la Dirección) No 07 de 2023 a las 8:00 am con el llamado a lista y verificación del quórum:

Se cuenta con 6 integrantes de 8, con lo que se determina que sí hay quórum para deliberar: Gerente, Subgerente administrativa y financiera, Subgerente técnico, Profesional Apoyo social, Profesional de proyectos, Profesional tesorería.

Ausentes dos integrantes: Técnico administrativo, Técnico operativo.

2. Estado de acciones de revisión por la dirección anterior (2022):

El compromiso adquirido fue la elaboración y aprobación de los planes institucionales de acuerdo con el Decreto 612 de 2018, compromiso que fue cumplido a cabalidad.

Queda pendiente definir los nuevos plazos para los planes institucionales por el cambio de gobierno, el PAAC si debe ser presentado en enero 31.

Queda pendiente también el seguimiento a compromisos del acta No. 6 del 16 de noviembre de 2023.

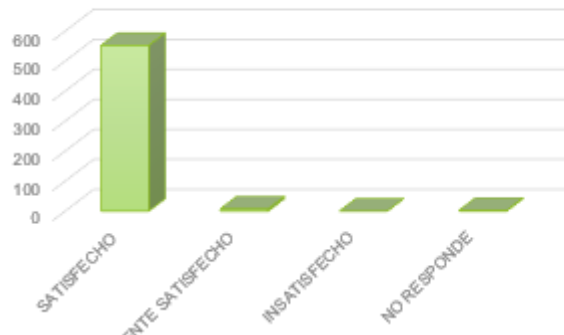
3. Informe satisfacción del usuario:

La Dra. Lina Llano, Asesora de Control interno informa que se diligenciaron 561 encuestas diligenciadas de forma digital por el personal adscrito que atiende usuarios/ comunidad, según las cuales 552 expresan estar satisfechos, 7 medianamente satisfechos y 2 No responden.

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0

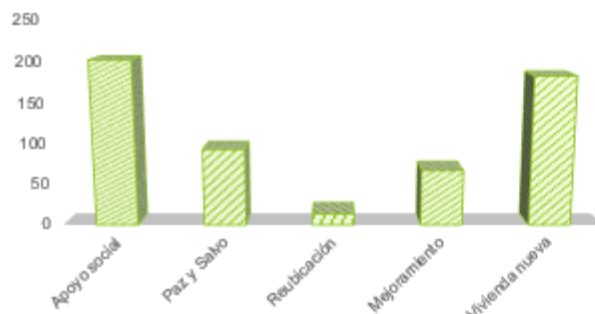


SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN



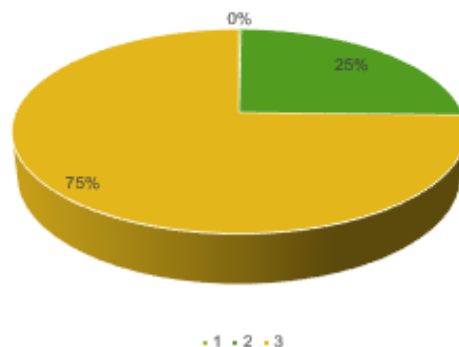
SATISFACCION CON LA ATENCION	
SATISFECHO	552
MEDIANAMENTE SATISFECHO	7
INSATISFECHO	0
NO RESPONDE	2
TOTALES	561

SERVICIO SOLICITADO



Servicio solicitado	
Apoyo social	202
Paz y Salvo	94
Reubicación	14
Mejoramiento	88
Vivienda nueva	183
TOTALES	561

Cómo califica en general nuestro servicio? Siendo 5.0 la calificación más alta y 1.0 la más baja



SATISFACCION CON LA ATENCION PORCENTAJE		
1	0	
2	0	
3	1	0,18
4	141	25,13
5	417	74,33
NO RESPONDE	2	0,36
TOTALES	561	100,00

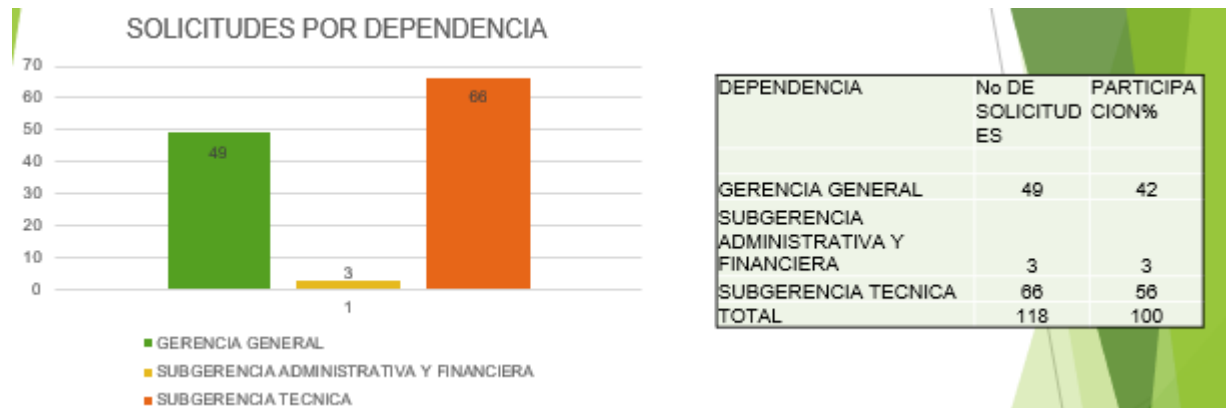
Sandra Angarita solicita tener en cuenta en la oficina de relacionamiento con el ciudadano no solo lo físico sino también el personal que debe liderarla con las políticas de gestión y desempeño pertinentes.

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



4. Informe de PQRSD:

La Dra. Lina Llano, Asesora de Control interno informa que se recibieron 118 solicitudes, de las cuales 66 son dirigidas a la Subgerencia técnica, 49 a la Gerencia general y 3 a la Subgerencia administrativa y financiera.



En el siguiente grafico se ilustra como están clasificadas las solicitudes:



El Gerente y el Profesional de proyectos recomiendan que la nueva gerencia realice gestiones para que las entidades responsables de los recursos para cumplir con las

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



solicitudes de reubicación conozcan el número de solicitudes recibidas y se aclare a la comunidad que la responsabilidad es de la alcaldía.

En este punto también solicita el Gerente que se retome lo concerniente al cerramiento de lotes que debe ser ya una función de Secretaría de Gobierno, presentar proyecto al concejo municipal.

5. Cumplimiento Objetivos integrales de gestión:

INDICADOR	META	RESULTADO
Satisfacción de la comunidad	90%	99%
Sanciones	0	0
Mejoramiento continuo	90%	90%
Riesgos de SST gestionados	70%	78%
Ejecución de PVE	70%	Teniendo en cuenta que el contratista no hizo entrega del PVE para el año 2023 con las recomendaciones de actividades, desde SST se realizaron algunas para proteger la salud de los trabajadores.

En el cumplimiento de los objetivos integrales, SST hace nuevamente solicitud de cambio de sillas.

Se explica que no se entregó el PVE porque la contratación para los exámenes ocupacionales se hizo en diciembre y según el plan de mejoramiento debían hacerse en el tercer trimestre.

Se realizaron las siguientes actividades:

- Pausas activas
- Capacitación de hábitos de vida saludable (ARL)
- Capacitación primeros auxilios (ARL)
- Semana de la salud:
- Rumboterapia
- Desayuno saludable
- Zona de frutas
- Charla de nutrición
- Capacitación detección temprana de cáncer

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



- Capacitación Camillaje
- Actividades de salud mental
- Charla de comunicación asertiva
- Manejo del duelo
- Inteligencia emocional (Autoestima y estar bien con uno mismo)
- Atención psicosocial
- Juegos tradicionales adaptados a la salud mental

6. Desempeño de los procesos - Indicadores:

A continuación, la Dra. Lina Llano expone los resultados de los indicadores:

PROCESO	INDICADOR	META	RESULTADO 2023
DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACION	1.CUMPLIMIENTO ANUAL DEL PLAN ESTRATEGICO	25% TRIMESTRAL	81,38%
GESTION DEL TALENTO HUMANO	1.INDICADOR DE BIENESTAR SOCIAL	75%	89%
	2.PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION	85%	81%
	3.CUMPLIMIENTO DE PLAN ANUAL DE SST	85%	95%
	4. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PETH	75%	NR
GESTION TECNOLOGICA DE LA INFORMACION	1.INDICADOR REQUERIMIENTO MANTENIMIENTO PREVENTIVO	80%	100%
	2.REQUERIMIENTO WEB Y COMUNICACIONES	80%	100%
	3.REQUERIMIENTO SOPORTE TECNICO Y OFIMATICO	80%	100%
	4. REQUERIMIENTO SEGURIDAD DIGITAL Y REDES	80%	100%
	5. REQUERIMIENTO SISTEMA DE GESTION CRITICA	80%	100%
GESTION DOCUMENTAL RECURSOS FISICOS	1. FICHA DE INVENTARIO ACTUALIZADO POR FUNCIONARIA	15	14
	2, INDICADOR CUMPLIMIENTO PINAR	75%	55%
GESTION FINANCIERA	1.INDICADOR RAZON DE ENDEUDAMIENTO	MENOR AL 50%	57%

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



PROCESO	INDICADOR	META	RESULTADO 2023
	2.INDICADOR SOLIDEZ	MAYOR O IGUAL A 2	1,7
	3.INDICADOR CAPITAL NETO DE TRABAJO	MAYOR A 0	\$5066 millones
GESTION JURIDICA	1.INDICADOR TERMINO PRECONTRACTUAL CPS	100% MENOR O IGUAL A 10 DIAS	82%
	2.VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS CONTRACTUALES	100%	100%
CONTROL Y EVALUACION	1.CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO	90%	90%
	2.CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE AUDITORIAS	90%	100%
VIVIENDA Y URBANISMO (TECNICA)	1.CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCION MISIONAL	90%	98%

7. Informe de seguimiento a Planes de mejoramiento:

SUSCRITOS 2022- EJECUTADOS 2023

PROCESO	No, HALLAZGOS	CERRADOS	ABIERTOS
GESTION FINANCIERA CAJA MENOR	7	7	0
GESTION TALENTO HUMANO	14	13	1
GESTION AMBIENTAL	4	4	0
GESTION JURIDICA (DEFENSA)	4	4	0
GESTION JURIDICA (CONTRATACION)	6	6	0
VIVIENDA Y URBANISMO MEJORAMIENTOS	4	4	0
VIVIENDA Y URBANISMO CERRAMIENTOS	3	3	0
TOTALES	42	41	1

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



SUSCRITOS 2023

PROCESO	No, HALLAZGOS	CERRADOS	ABIERTOS
DIRECCION Y PLANEACION (MIPG)	6	3	3
TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION	16	0	16
SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	7	0	7
CONTRATACION	10	0	10
INFRAESTRUCTURA	1	0	1
OBRA-MEJORAMIENTOS	7	0	7
TOTALES	47	3	44

PLANES DE MEJORAMIENTO INCUMPLIMIENTO DE INDICADORES 2023			
PROCESO	No. HALLAZGOS	CERRADOS	ABIERTOS
GESTION JURIDICA	1		1
GESTION DE TALENTO HUMANO (CAPACITACION)	1		1
GESTION VIVIENDA Y URBANISMO (PREDIOS LEGALIZADOS)	1		1
DIRECCION Y PLANEACION (PLAN DE ACCION)	1	0	1
TOTALES	4	0	4

Se presenta informe de planes de mejoramiento y el Gerente hace la recomendación de crear la oficina de Control interno disciplinario para que se generen los procesos y que así los funcionarios no sean reiterativos en los incumplimientos.

8. Resultados de planes institucionales:

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



PLANES INSTITUCIONALES	Cumplimiento 1er semestre 2023
Plan Anticorrupción	57
Plan de bienestar social e incentivos	86
Plan de tratamiento de riesgos y seguridad de la información	67
Plan de seguridad y privacidad de la información	58
Plan anual de Adquisiciones	42
Plan estratégico de TH	45
Plan de SST	95
Plan Institucional de archivos	55
Plan Estratégico de Tecnologías de la Información	84
Plan de capacitación	65

Se presenta el cumplimiento de los planes institucionales con corte al primer semestre no enviaron información a noviembre, se recomienda que en el mes de enero de 2024 se actualicen los planes institucionales

Se aclara que los planes cuyo resultado se presenta en color verde, corresponde a noviembre de 2023.

9. Resultados de auditorías:

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



**Empresa de Desarrollo Urbano
y Rural de Dosquebradas**

AUDITORIA A PROGRAMADA	ESTADO	Nº DE HALLAZGOS/OBSERVACIONES	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO
Auditoría Dirección y Planeación (Cumplimiento modelo integrado de planeación y gestión)	La auditoría se ejecutó realizando seguimiento a los autodiagnósticos realizados por cada uno de los líderes de las políticas actualizado a septiembre 30 de 2022, verificando su articulación con las recomendaciones de la evaluación Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión y el plan de acción integral MIPG con el último seguimiento presentado con corte al 30 de junio de 2023 y se puede concluir que la empresa cumple con la implementación del modelo decreto 1499 de 2017 y se destaca como un gran avance del proceso que fue incluido como una de las metas de cumplimiento del plan de acción misional como la meta 406: "Implementación de un plan de acompañamiento y seguimiento al Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado por la Administración pública en el Instituto de Desarrollo Municipal-IDM" y por lo tanto puede contar con recursos del componente de inversión.	SE GENERARON 4 OBSERVACIONES Y DOS RECOMENDACIONES	SI
Auditoría Gestión Jurídica (Contratación)	Se RECOMIENDA INSISTENTEMENTE se formule una verdadera y real acción que sea válidamente efectiva y que ayude a mitigar el hallazgo recurrente y repetitivo que se presenta en cada vigencia auditada, que valga manifestar si bien se han efectuado algunos controles, estos no han sido suficientes y efectivos para lograr el cumplimiento de las disposiciones en materia de archivo y gestión documental; es por ello, reiterar nuevamente al área jurídica a través de sus contratistas de apoyo y personal de planta que intervienen en el proceso precontractual, puedan desde el primer filtro de revisión de documentos aportados por los contratistas, verificar toda la documentación atinente al contrato y que también los supervisores antes de proceder a la firma del acta de inicio revisen nuevamente de que todo esté en regla y correctamente organizado para proceder a la legalización de los contratos.	SE GENERARON 10 HALLAZGOS y 3 RECOMENDACIONES	PENDIENTE SUSCRIBIR PLAN DE MEJORAMIENTO

AUDITORIA A PROGRAMADA	ESTADO	Nº DE HALLAZGOS/OBSERVACIONES	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO
Auditoría Tecnología de la información (Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información – MSPi, accesibilidad web)	Existen herramientas de autodiagnóstico para el Modelo de seguridad y privacidad de la información y para su debido proceso se debe realizar un paso a paso que está establecido en un documento maestro del Ministerio de las TIC (Documento Maestro del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, versión 4 28/10/2021), que la entidad no está cumpliendo	SE GENERARON 16 HALLAZGOS	SUSCRITO PLAN DE MEJORAMIENTO
Auditoría Plan institucional de gestión ambiental (PIGA) para identificar factores ambientales que afecten negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales, riesgos de contaminación ambiental y adquisición de bienes amigables con el medio ambiente.	Aunque la empresa no dispone actualmente de un documento específico denominado 'Diagnóstico Ambiental', es importante destacar que en el marco del Plan Integral de Gestión Ambiental (PIGA), se han identificado elementos de diagnóstico en los capítulos 3.3 y 3.5. Estos capítulos se centran en la Identificación de Aspectos e Impactos Ambientales, así como en las Condiciones Ambientales Institucionales. "No se tienen evidencias de la Estrategia de concientización implementada en la empresa. "No se realiza medición a la política cero papel. "Actualmente no existe un formato para realizar medición y seguimiento a la política de cero papel, sin embargo se realiza seguimiento al inventario de papel e informes de consumo." "La empresa no cuenta con registro o soporte sobre la disposición final de luminarias RAEE y Cartuchos.	SE GENERARON 8 OBSERVACIONES	INFORME PRELIMINAR

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



AUDITORIA A PROGRAMADA	ESTADO	No DE HALLAZGOS/OBSERVACIONES	PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO
Auditoría Vivienda y Urbanismo(Obra civil, Infraestructura norma NTC 6047, plan de mantenimiento preventivo de las instalaciones	En la auditoría de Infraestructura se presenta un incumplimiento general de la norma NTC 6047. En la auditoría al contrato de obra No 014, se observan incumplimientos del principio de planeación.	SE GENERARON 8 HALLAZGOS	INFORME PRELIMINAR
Auditoría de seguimiento(planes de mejoramiento y recomendaciones control interno)	Esta auditoría se encuentra en ejecución	NA	NA

10. Desempeño de los proveedores / Informe supervisiones

INFORME SUPERVISIONES		
SUPERVISOR	No de Supervisiones	OBSERVACIONES
GERENTE	11	
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	60	EJERCE SUPERVISION AL 66% DEL TOTAL DE LOS CONTRATOS DE LA ENTIDAD
SUBGERENTE TECNICO	7	PENDIENTE EL INFORME DE LAS OBRAS
PROFESIONAL EN GESTION COMUNITARIA	8	
PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE PROYECTOS	5	

Del informe de supervisión se recomienda actualizar la herramienta y articular con los periodos de vacaciones y las delegaciones.

11. Informe de riesgos de gestión:

La Dra. Lina Llano expone que la entidad acató la recomendación de la Oficina Asesora de Control Interno y fueron actualizados los riesgos por procesos por la

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



transformación de la entidad, identificando un total de 33 riesgos para ocho procesos, de los cuales se ubican en el mapa de calor en riesgo inherente antes de aplicar los controles en Moderado un total de 29 riesgos y 4 en riesgo bajo, ya luego de aplicar los controles, se ubican en riesgo bajo un total de 30 y 3 en riesgo moderado lo que indica que los controles son aceptables y para este primer semestre no se evidencia la materialización de algún riesgo.

Cabe aclarar que en el informe de riesgos de gestión no fue posible hacer seguimiento por parte de control interno ya que no se presentaron acciones por parte de los líderes de los procesos.

12. Informe de riesgos de corrupción:

La Dra. Lina Llano expresa a continuación lo siguiente:

*El mapa de riesgos de corrupción es un componente del Plan anticorrupción y atención al ciudadano y continúa pendiente su actualización, de conformidad con la nueva naturaleza jurídica de la empresa y la guía de riesgos vigente emitida por el Departamento administrativo de la función pública.

*El Mapa de riesgos debe incluir los controles y las acciones a ejecutar para evitar la materialización de los riesgos, para poder cumplir con el seguimiento y monitoreo correspondiente.

*Se reitera la necesidad de reforzar los procesos de inducción y reinducción de la entidad, en los componentes de valores y código de integridad.

13. Resultados planes de gestión por dependencias:

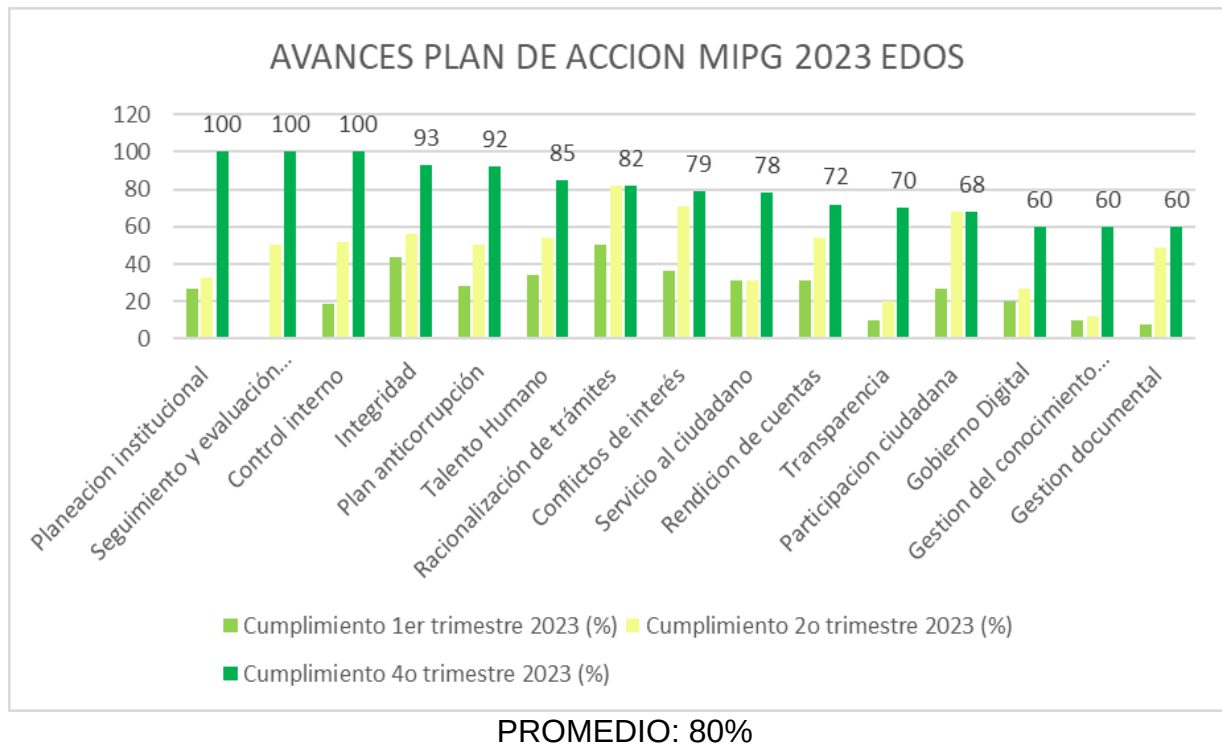
INFORMES DE GESTION			
DEPENDENCIA	No de Acciones	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
GERENCIA	9	58,21	EL REPORTE ENVIADO NO MUESTRA RESULTADOS PARA EL CUMPLIMIENTO MIPG Y LA EJECUCION PRESUPUESTAL
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	24	88,2	LAS DE MENOR CUMPLIMIENTO SON LA EJECUCION PRESUPUESTAL Y LA RECUPERACION DE CARTERA
SUBGERENCIA TECNICA	18	99	SE RECOMIENDA VERIFICAR LAS ACTIVIDADES QUE MUESTRAN CUMPLIMIENTO DEL 100%

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



Se expone el resultado de plan de gestión por dependencias, se recomienda su actualización con el nuevo plan estratégico y se recuerda que este informe se publica en el mes de enero de 2024.

14. Resultados de los autodiagnósticos de las políticas de MIPG



La Dra. Marta Contreras en este punto expone que los líderes de los procesos, funcionarios de planta, se deben apropiar de las actividades que realizan los apoyos para cumplir con la información solicitada.

Se hace recomendación de actualizar proceso de inducción teniendo en cuenta el tiempo de contratación y mejorar el entrenamiento para los funcionarios y contratistas.

15. Revisión por la dirección del SG SST:

A continuación, la profesional Leidy Hernández expone los puntos correspondientes a este tema.

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0



Se solicita revisar lo relacionado con incapacidades que fueron enviadas a la Técnico administrativo.

Tener presente el funcionamiento del COPASST y el COCOLA ya que se ha presentado dificultad para la entrega de actas y se recuerda que estas son por ley.

Se solicita revisar el caso de Auxiliar de servicios generales con medicina laboral.

Se recomienda realizar la batería de riesgo psicosocial en el primer semestre de 2024.

El Gerente da cierre al comité agradeciendo a los asistentes la información proporcionada.

Siendo las 11:45 am se da por terminado el Comité institucional de gestión y desempeño.

FIRMA ASISTENTES:

Carlos Alberto Henao
GERENTE

Marta Contreras Correa
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
Representante de la Dirección

ANEXOS (Lista de asistencia, registro fotográfico, Presentación Revisión por la Dirección 2023, Presentación Revisión por la Dirección SST 2023):

PROCESO:	Direccionamiento y Planeación
DOCUMENTO:	Acta de reunión
FECHA:	08/09/2023
VERSIÓN:	2.0

