

MECI

MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO ISVIMED

Periodo 2016

El presente plan detalla los productos que debe entregar cada proceso acorde al elemento en el cual tiene injerencia. Para una mayor articulación frente a los diferentes sistemas que se integran a dichos resultados, es necesario que éste plan sea trabajado desde la Mesa de Calidad así mismo dar cuenta del grado de avance con respecto a los productos finales.

A continuación se despliega el Plan de MECI detallando, módulos-Componentes y elementos:

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
CONTROL DE PLANEACION Y GESTIÓN	TALENTO HUMANO	Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	Documento con los principios y valores de la entidad	Carta de valores y políticas éticas de la entidad, decálogo de ética, código de ética.	N.A	Existe un código de ética y allí se incluye el tema de los Valores Corporativos. También se cuenta con el Manual de calidad donde se establece en la parte de estrategia los valores.	Revisar el contenido tanto de forma y fondo del Manual de Ética, y tema de valores y políticas éticas de la entidad, decálogo de ética. Alinear la información final con la que está plasmada en el manual de calidad. Legalizar el manual de ética en el SGIC.	Gestión Humana. Equipo de Calidad Comunicaciones apoya la estrategia de divulgación.	Aún está pendiente revisar y ajustar el código de ética del Instituto, con base a la estrategia planteada en la actual administración, articulando las metodologías legales definidas para darle estructura al código de ética y buen gobierno. Se debe generar una reunión con el Subdirector Administrativo y Financiero para determinar si se reestructurará el código o si se modificará únicamente la imagen.	El líder de Gestión Humana envió correos al Subdirector financiero, explicando de manera detallada el contexto sobre el tema. El líder está en espera de la devolución de dicho correo, sin embargo calidad manifiesta que el código debe ser intervenido en lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Dar alcance a los ejes temáticos aplicables a buen gobierno. • Cambio de logos de administraciones anteriores. • Cambiar contextos que hablan de la atención al usuario, PQRS y demás temas bajo la injerencia de comunicaciones. Gestión humana como doliente del tema debe alinear los demás responsables de los diferentes ejes temáticos de tal manera que el código de ética y de buen gobierno cuente con los insumos requeridos para ser actualizado y publicado tanto en el SIFI como en la página WEB del instituto, dando cumplimiento a la ley de transparencia.	De acuerdo a las decisiones tomadas en Revisión por la Dirección 2016, el manual de ética debe ser actualizada aplicando la metodología definida por el DAFP. Adicionalmente se debe dar cobertura no solo a la parte ética sino también a los ejes temáticos que involucra lo relacionado con Buen gobierno. Este proyecto debe ser liderado por el proceso de Gestión humana el cual está bajo la responsabilidad de la Subdirección de apoyo administrativo y financiero. Se espera que el tema de desarrolle en el primer semestre del 2017.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
				Acta de elección de valores por concertación entre las diferentes dependencias.	N.A	No existe acta de elección por concertación entre las diferentes dependencias, lo único que se realizó fue una campaña de valores en el año 2009, que trajo como resultado los valores que hoy se encuentran en el Manual de Ética.	Establecer un acta donde se valide la concertación y colgarla en el SIFI dentro de los registros del SGIC. Como evidencia frente al cumplimiento del elemento.	Gestión Humana. Equipo de Calidad	Se realizará el plan de acción definido en el producto anterior.	Esta actividad no es posible evidenciarla para este seguimiento ya que se requiere tomar decisiones frente a la anterior.	Esta actividad es precedente del seguimiento del ítem anterior
			Acto administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la entidad	Decreto, resolución, acta u otro acto administrativo que permita evidenciar la adopción de los principios y valores de la entidad.	N.A	Se evidencia resoluciones 288 y 237 de 2010.	Revisar resoluciones y garantizar que los valores allí descritos están articulados con el código de ética y con el manual de calidad.	Gestión Humana. Equipo de Calidad	Se realizará el plan de acción definido en el producto anterior.	Tan pronto se actualice el código de ética y buen gobierno se legalizará mediante acto administrativo. Se espera que para el próximo seguimiento el tema se pueda cerrar.	Esta actividad es precedente del seguimiento del ítem anterior
			Estructuración del programa de inducción y reinducción donde se incluyan los valores institucionales.	Presentación de inducción y reinducción	Instructivo para la inducción y reinducción al personal	Existe una presentación institucional que se realiza al momento de efectuar la inducción y reinducción al personal.	Validar que la presentación incluye los valores y articularlo con el código de ética de la institución.	Gestión Humana.	Se cuenta con un procedimiento que define métodos y frecuencias. Hasta el momento se ha realizado una inducción (febrero 2016), la próxima está programada para el mes de mayo de 2016. Los temas que se incluyen son: plataforma estratégica, seguridad social, SIFI. Igualmente, la reinducción queda plasmada en el plan de capacitación 2016. Las evidencias de la ejecución de la inducción reposa en la oficina de Gestión Humana.	El 20 mayo se realizó inducción con contratistas nuevos. Reinducción 5 de agosto donde se tomó como reinducción el "Encuentro con el Director" donde se trataron temas estratégicos, como metas institucionales, plan de desarrollo entre otros. La próxima inducción está programada para noviembre. Las personas que ingresen en diciembre se les dará cobertura en la inducción programada para personal contratados entre enero-abril.	La reinducción programada para noviembre no se hizo, no se convocó desde Gestión humana por ende no se movilizaron los recursos requeridos para ellos. Se espera que se apruebe recurso de una persona que apoye actividades operativas del proceso y darle alcance a este tema.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
			Estrategias de socialización	Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de los principios y valores de la entidad.	Instructivo de divulgación y prensa. Instructivo de comunicación, medios y eventos internos y relaciones publicas	- Publicación en la página web del Instituto www.isvimed.gov.co – Quienes Somos- Valores Corporativos. Falta: - Publicación en la cartilla del Código de Ética - Difusión del Código de ética incluyendo valores corporativos. - Reinducción en la cual se socializo valores corporativos en 2015.	Verificar información en la web y en caso de presentarse cambios en los valores actualizarlos en la plataforma al igual que en los diferentes medios comunicacionales.	Gestión Humana. Equipo Comunicaciones.	Posterior a la validación del código de ética de la Institución, se definirán los medios comunicacionales más pertinentes que garanticen su difusión. Actualmente, los valores y principios de la entidad se difunden de la siguiente manera: inducción y página web.	Actualmente los valores y principios son divulgados al público interés mediante la página web y la inducción. Se espera que con la actualización del código de ética y buen gobierno se realice un despliegue más amplio utilizando los diferentes medios comunicacionales disponibles en la institución.	Esta actividad es precedente del seguimiento del ítem anterior
		Desarrollo del Talento Humano	Manual de funciones y competencias laborales	Manual de funciones adoptado por decreto y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.	Manual de funciones por cargo.	- Es adoptado por resolución y se envía por correo electrónico a cada uno de los empleados vinculados al cargo. Las resoluciones son: - Resolución 020 de 2009 - Resolución 1173 de 2011 - Resolución 1422 de 2011 - Resolución 697 de 2013 - Resolución 975 de 2013 - Resolución 1015 de 2013 - Resolución 899 de 2014 - Resolución 983 de 2014	Verificar que los colaboradores conozcan y tengan en disponible en el sifi la versión actualizada de sus perfiles de cargos. Adicionalmente que la denominación de cada cargo coincida con tres fuentes de información: organigrama, manual de funciones y resolución.	Gestión Humana.	Actualmente se han realizado modificaciones a algunos manuales tales como Asesor de Dirección, Asesor de Dotación y Mejoramiento y Subdirector de Planeación; cada uno de estos cuentan con su respectivo acto administrativo. Con el fin de triangular los cargos actuales con su respectivo acto administrativo, se elaborará un informe que plasme la veracidad de la información.	Entre los meses de agosto y septiembre, se actualizarán los manuales de funciones del Instituto, operativizando la planta globalizada. Dicha modificación debe verse reflejada en el acto administrativo correspondiente. Lo anterior será verificado en el seguimiento aplicable al mes de diciembre.	El 22 de diciembre se expidió la resolución 1230 por la cual se ajusta el manual específico de funciones y de competencias laborales para los empleos de la plan de personal del ISVIMED. El cambio más trascendental fue la formalización de la Planta globalizada que se generó como resultado de un ejercicio realizado por una directriz de la dirección con el apoyo jurídico y de gestión humana. En este mismo mes se hizo un despliegue informativo utilizando encuentros presenciales con los equipos de cada

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
											subdirección.
			Funciones de contratistas que desarrollan funciones públicas	Contrato con las obligaciones a desarrollar	Guía para la definición de perfiles bajo la modalidad de contratación de servicios	Se cuenta con la guía y está disponible en el sifi.	Se revisará en compañía de Gestión humana y contratación si en los estudios previos se están articulando los perfiles.	Gestión Humana.	Actualmente los estudios previos realizados a contratistas, antes de ser perfeccionados tienen una validación en este sentido para la contratación vigente se aplicó la metodología, la cual se lleva a cabo mediante la Guía (la evidencia del cumplimiento de esta actividad se ve reflejada en el estudio previo).	Este producto se viene desarrollando de la misma manera que fue planteada en el seguimiento de mayo. El supervisor es el responsable de garantizar que se cumpla tanto el objeto contractual como las obligaciones contenidas en el contrato. Dicha garantía se materializa a la hora que el supervisor avala el informe mensual con la respectiva cuenta de cobro.	Se controla mediante la aprobación sistemática de cuentas de cobro, validando la gestión por medio de informes los cuales reposan en el Sistema de información del instituto.
			Plan Institucional de Formación y Capacitación (Anual)	Plan de formación y capacitación formulado de acuerdo a las necesidades de los servidores.	Procedimiento para la formación y capacitación	Actualmente existe un modelo de capacitación el cual se adopta por medio de resolución.	Realizar la planificación y ejecución del plan de capacitaciones del año 2016.	Gestión Humana.	Se asignó el rubro presupuestal: bienestar laboral. Se realizaron los diagnósticos por parte de cada una de las subdirecciones y jefaturas, dichos diagnósticos se encuentran en proceso de consolidación, para proceder a la legalización del plan de capacitación 2016. Tan pronto se tenga el	El plan de capacitación fue establecido mediante la Resolución 643 del 21 de julio de 2016. Durante el primer semestre del año no se realizaron capacitaciones, debido al cambio de dirección lo que implicó cambio de personal en el nivel directivo, con quienes se realiza el diagnóstico de necesidades de capacitación.	A la fecha se han dictado las siguientes capacitaciones: formación empresarial de auditores interno SGC 9001:2015, primeros auxilios básicos, equipos efectivos de trabajo (estos dos temas no se encuentra programada en el

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
									acto administrativo, dicho registro, será enviado al equipo directivo para su posterior implementación.	Igualmente, es necesario el plan de desarrollo para identificar las necesidades, el cual se implementó en junio de 2016.	plan de capacitación 2016, sino en el plan de trabajo de seguridad y salud en el trabajo, por lo tanto no se contabiliza en el indicador), y administración de riesgos (esta capacitación fue contabilizado en el trimestre anterior, ya que es el mismo tema dirigido a dos grupos diferentes). igualmente se dictó la capacitación de derechos de petición y se realizó un refuerzo al tema de supervisión de contratos. A la fecha, se cierra la ejecución del plan de capacitación.
			Programa de Inducción y Reinducción	Programa de inducción o reinducción establecido, en el cual se especifica los temas y el procedimiento de inducción para empleados nuevos o reinducción en el caso de cambios organizacionales, técnicos y/o normativos.	Instructivo para la inducción y reinducción al personal	Se cuenta con una presentación institucional la cual se lleva a cabo de manera sistemática, esto con el fin de dar cobertura a los diferentes públicos interés (colaboradores, contratistas	Generar cronograma de realización donde se definan fechas para Inducción y reinducción en el año 2016.	Gestión Humana.	Se cuenta con un procedimiento que define métodos y frecuencias. Hasta el momento se ha realizado una inducción (febrero 2016), la próxima está programada para el mes de mayo de 2016. Los temas que se incluyen son: plataforma	El 20 mayo se realizó inducción con contratistas nuevos. Reinducción 5 de agosto donde se tomó como reinducción el "Encuentro con el Director" donde se trataron temas estratégicos, como metas institucionales, plan de desarrollo entre otros.	La reinducción programada para noviembre no se hizo, no se convocó desde Gestión humana por ende no se movilizaron los recursos requeridos para ellos. Se espera que se apruebe recurso de

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
									estratégica, seguridad social, SIFI. Igualmente, la reinducción queda plasmada en el plan de capacitación 2016. Las evidencias de la ejecución de la inducción reposa en la oficina de Gestión Humana.	La próxima inducción está programada para noviembre. Las personas que ingresen en diciembre se les dará cobertura en la inducción programada para personal contratados entre enero-abril.	una persona que apoye actividades operativas del proceso y darle alcance a este tema.
			Plan de bienestar e incentivos	Plan de bienestar e incentivos aprobados por resolución.	Instructivo para plan de bienestar	Para cada año se elaborar un plan de bienestar e incentivos.	Elaborar plan de bienestar e incentivos aplicable al año 2016	Gestión Humana.	Se asignó el rubro presupuestal: bienestar laboral. Se realizó el diagnóstico de necesidades de bienestar al personal, mediante encuesta virtual, dirigida al personal vinculado, para proceder a la legalización del plan de capacitación 2016. Tan pronto se tenga el acto administrativo, dicho registro, será enviado al equipo directivo para su posterior implementación.	El plan de bienestar fue establecido mediante la Resolución 643 del 21 de julio de 2016. Calidad manifiesta al líder de Gestión Humana que para efectos de no generar retrasos en el plan de bienestar, este sea aprobado en un acto administrativo independiente al que se aprueba el plan de capacitación. Esto con el fin que se el plan de capacitación se ve afectado en términos de tiempos, no descompense la ejecución del plan de bienestar, el cual se puede desarrollar desde los primeros meses de cada año. En el seguimiento de diciembre se realizara un sondeo de los programado VS lo ejecutado con respecto a este producto.	Para el 2017 se planteara un indicador que controle el tema en términos de ejecución.
			Sistema salud de Seguridad en el trabajo.	Resolución por la cual se adopta el sistema y los roles ante la entidad	Manual de matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos.	El sistema se ha ido construyendo en compañía del asesor de la ARL.	Terminar el montaje del Sistema salud de Seguridad en el trabajo y realizar el despliegue e implementación en todos los	Gestión Humana.	El sistema de seguridad y salud en el trabajo se encuentra en un promedio de	Se cuenta con personal contratado para realizar las actividades del SGSST. Los documentos	Se formalizo el tema documental a la luz de la normativa, se crearon indicadores

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
					Instructivo para el reporte de condiciones inseguras		niveles de la institución. De tal manera que se involucren todos los públicos interés.		76% (alto), acorde a la autoevaluación realizada con la ARL. Se está en el proceso de contratación de una persona con el perfil requerido por la ley para apoyar el sistema y las actividades que se desencadenan del mismo.	que hacen parte del sistema se encuentran definidos y están pendientes de ajustes. En el mes de agosto se formalizará ante calidad todo el Sistema. En el plan de bienestar y capacitación de 2016, se incluyeron acciones orientadas al desarrollo del SGSST, al igual que el plan de trabajo definido con la ARL. En enero de 2017 se realizará el autodiagnóstico al SGSST, con el acompañamiento de la ARL.	que monitorean el sistema, a cierre de 2016 se ejecutaron las actividades planteada para el periodo, las evidencias reposan en la oficina de Gestión humana. Para el primer trimestre del 2017 se ejecutara el autodiagnóstico en compañía de la ARL y utilizando la herramienta suministrada por dicha entidad. Los resultados de dicho autodiagnóstico a las partes interesadas con el propósito de movilizar los recursos necesarios que permitan el cumplimiento de planes de acciones posteriores.
			Sistema de Evaluación del desempeño	Formatos de evaluación del desempeño de acuerdo a la normatividad que aplique a la entidad	Procedimiento para la evaluación de desempeño Instructivo para desarrollo de acuerdos de gestión	Se cuenta con un nuevo modelo de evaluación el cual fue implementado para las evaluaciones aplicables al 2015. Los gerentes públicos fueron evaluados bajo la herramienta definida en los acuerdos de gestión.	Revisar Cumplimiento del 100% del personal aplicable a evaluar en el periodo 2015 y programar evaluación para el 2016.	Gestión Humana.	Partiendo de la fecha de vinculación de los Gerentes Públicos (Equipo Directivo), se establecerán los Acuerdos de Gestión en el mes de mayo de 2016. Actualmente, se cuenta con una metodología y formatos de evaluación de desempeño propia, la cual se revisará y replanteará – de ser	A partir de la expedición del acto administrativo de ajuste a los manuales de funciones, se establecerán los resultados esperados para cada funcionario y planes de mejoramiento individual, acorde a las funciones desempeñadas. Los acuerdos de gestión de los gerentes públicos se encuentran en proceso de ajuste por	Para el mes de diciembre se tenía los acuerdos generados con cada gerente publico, 5 en total. En noviembre se realizó sensibilización de unos ajustes del formato para que los evaluadores tuvieran claridad de realizar la evaluación. Se

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
									necesario – acorde a los lineamientos de la planeación estratégica definida por el nivel directivo del Instituto.	parte de cada gerente público. Es de aclarar que la concertación de resultados esperados tiene un tiempo de 4 meses a partir de la fecha de ingreso de cada gerente público, por lo anterior su seguimiento es posible realizarlo de manera paralela o sistemática, esto varía según fecha de ingreso de cada gerente público al instituto.	espera recopilar el 100% de las evaluaciones finalizando 2016.
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Planes, programas y proyectos	Planeación	Planes de la entidad alineados con las políticas de Desarrollo Administrativo	N.A	Plan de Desarrollo Institucional. Se encuentra en la Página www.isvimed.gov.co-Fortalecimiento .	<p>Elaborar el Plan de desarrollo aplicable al cuatrienio 2016-2019.</p> <p>Garantizar que el Plan de desarrollo interno se articula con la dimensión enmarcada en el Plan Municipal como cada uno de sus retos.</p> <p>Realizar despliegue del Plan de desarrollo a todos los niveles de la institución.</p> <p>Publicar el Plan de desarrollo interno en la página web.</p>	Subdirección de Planeación Comunicaciones.	Actualmente está vigente el del periodo 2012-2015. Se espera que en el mes de junio del 2016 el Plan de desarrollo Municipal se apruebe y posteriormente se construya el Plan estratégico institucional, cabe anotar que ya se tiene una propuesta la cual está en revisión por parte del equipo directivo del instituto.	Actualmente se cuenta con el Plan de desarrollo municipal 2016-2019 el cual fue aprobado en el mes de junio 2016. Cabe anotar que el plan de acción planeado actualmente está basado en proyectos que aun monitorean metas de plan de desarrollo de la administración pasada. Actualmente se cuenta con un plan estratégico aplicable al PDM 2016-2019. Los anteriores planes se encuentran publicados en la página web del instituto dando cumplimiento a la ley de transparencia	Actualmente se viene desarrollando los planes de acción e indicativo propuestos para el 2016. La política de inquilinatos fue aprobada, se espera que en el 2017 se reglamente.
			La Misión y Visión Institucionales adoptados y divulgados	Acto administrativo a través del cual se adoptan la misión y visión y demás documentos o elementos de carácter institucional.	Manual de calidad	Acuerdo 10 de 2011 Por la cual se Modifica el Acuerdo 01 de 2009 y el Acuerdo 03 y 03 BIS de 2009 y se modifica la Misión y la Visión del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín	Validar junto con la dirección la continuidad de la misión y visión institucional en pro de alinearla con el Plan de desarrollo interno y Municipal. En caso que se apliquen cambios realizar difusión a todos los	Subdirección de Planeación junto con el equipo directivo.	La plataforma estratégica sigue siendo igual, tanto en misión, visión como valores y objetivos.	La plataforma estratégica sigue siendo igual, tanto en misión, visión como valores y objetivos.	Después de realizar la Revisión por la dirección 2016, se tomó la decisión de continuar con la plataforma estratégica vigente, la cual está

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
						ISVIMED. La misión y visión se encuentran plasmadas en el manual de calidad por el cual se rige el cumplimiento del SGIC.	niveles de la institución.				constituida por misión, visión, política de calidad y objetivos estratégicos y de calidad.
				Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de la misión, visión y demás documentos y/p elementos de carácter institucional. (Cartillas, correos electrónicos, cartelera de la entidad.	Instructivo de divulgación y prensa. Instructivo de comunicación, medios y eventos internos y relaciones publicas	La misión y visión se publican utilizando los siguientes medios: correo electrónico, boletín institucional y se encuentra publicado en físico en la sede central del Instituto y en la página www.isvimed.gov.co	Realizar despliegue e de la misión y visión utilizando medios comunicaciones disponibles.	Subdirección de Planeación Comunicaciones.	Se utilizan los siguientes medios: carteleras, página web, redes sociales, correo interno. Los públicos al cual va dirigida la información son tanto internos como externos.	Se utilizan los siguientes medios: carteleras, página web, redes sociales, correo interno. Los públicos a la cual va dirigida la información son tanto internos como externos.	En el mes de octubre se desarrolló la campaña "El festín de la calidad", mediante la campaña se difundió los componentes de la plataforma estratégica, también se utilizaron medios masivos como boletín, pagina web y correos internos. Las evidencias de la campaña reposan en el archivo de calidad y comunicaciones.
			Objetivos Institucionales	Los objetivos son parte integral de la planeación de la entidad, dado que los programas y proyectos deben estar orientados a su cumplimiento.	Manual de calidad	El Instituto cuenta con objetivos estratégicos que se encuentran en el Documento de Plan Estratégico Institucional. Adicionalmente se publican utilizando los siguientes medios: correo electrónico, boletín institucional y se encuentra publicado en físico en la sede central del Instituto y en la página www.isvimed.gov.co	Validar junto con la dirección la continuidad de los objetivos institucionales en pro de alinearlos con el Plan de desarrollo interno y Municipal. En caso que se apliquen cambios realizar difusión a todos los niveles de la institución	Subdirección de Planeación Comunicaciones.	Los objetivos siguen siendo los mismos, sin embargo los proyectos y programas del plan de desarrollo municipal condensan indicadores propios con sus respectivos objetivos que enlazan la misión del instituto.	Actualmente se está desarrollando una campaña de calidad, una de las piezas informativas son los objetivos estratégicos y de calidad. Dicha pieza se transmite por una semana utilizando diferentes medios comunicacionales, tales como: fondo de escritorio para generar recordación, boletín institucional, carteleras. Así mismo están publicados en la página web.	En la Revisión por la dirección 2016 se realizó seguimiento al cumplimiento de objetivos estratégicos los cuales se materializan desde la aplicación de proyectos y programas adscritos al Plan de desarrollo municipal. Actualmente se cumplen los objetivos estratégicos y el desarrollo de estos

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
											se encuentran publicados en la página web.
			Planes, programas y proyectos	Planes de acción anuales que definen las metas a cumplir con respecto al plan de desarrollo.	Plan de medición, análisis y mejora. (cuadro de mando de indicadores).	El Plan de Acción Institucional obedece al periodo 2015 se encuentra publicado en la página del Instituto www.isvimed.gov.co – Fortalecimiento- Plan de Acción e Indicativo	Actualizar Plan de Acción Institucional y realizar despliegue a todos los niveles de la institución de tal manera que el público interés conozca y se empodere de las responsabilidades allí contenidas.	Subdirección de Planeación Comunicaciones.	Actualmente está vigente el del periodo 2012-2015. Se espera que en el mes de junio del 2016 el Plan de desarrollo Municipal se apruebe y posteriormente se ajuste el Plan de acción anual aplicable al periodo 2016. El Plan de acción Anual se desplegará a las partes involucradas utilizando los medios comunicacionales apropiados tanto para usuarios internos como externos.	El plan de acción está debidamente documentado y se encuentra publicado en la página web del instituto. Cada indicador tiene metas mensuales de tal manera que se puedan monitorear avances frente al logro de dichas metas.	Los planes estratégico, acción e indicativo están actualizados en la página web para consulta de las partes interesadas. Adicionalmente en el comité directivo se hace seguimiento al cumplimiento en el avance de dichos planes y se realizan los reportes correspondientes a Planeación Municipal, de tal manera de evidenciar avances frente al cumplimiento del Plan de desarrollo municipal.
				Planes anuales mensualizados de caja (PAC) que permiten conocer las metas planificadas por año para cumplir los ingresos y gastos de la entidad.	N.A	Existe el Plan Anual de Caja y se encuentra publicado en la página del Instituto www.isvimed.gov.co – Fortalecimiento- Plan de Compras.	Actualizar el Plan Anual de Caja y publicarlo en la página del Instituto www.isvimed.gov.co – Fortalecimiento- Plan de Compras.	Gestión Administrativa y Financiera. Comunicaciones.	Se cuenta con PAC 2016, la tesorera es la encargada de realizar seguimiento al cumplimiento, dicho seguimiento se realiza con el apoyo de los implicados tanto de planeación como los que ejecutan directamente los programas que configuran el Plan de Desarrollo Institucional. (ver evidencias en el archivo de la tesorera)	El PAC está debidamente documentado y publicado en la página web dando cumplimiento a la ley de transparencia. Dicho Plan se encuentra publicado como fuente de información de todas las partes involucradas.	El PAC está debidamente documentado y publicado en la página web dando cumplimiento a la ley de transparencia. Dicho Plan se encuentra publicado como fuente de información de todas las partes involucradas.
				Acuerdos de gestión donde se definen las responsabilidades y metas	Instructivo para desarrollo de acuerdos de gestión.	Existen los acuerdos de gestión 2012, 2013, 2014 ,2015. Se encuentran en la	Realizar Acuerdos de Gestión 2016 con cada uno de los gerentes públicos activos en el	Dirección. Gestión Humana.	Para este nuevo cuatrienio cambio todo el equipo directivo,	Los acuerdos de gestión de los gerentes públicos se encuentran en	Para el mes de diciembre se tenía los acuerdos

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
				frecuentes por parte de los gerentes públicos		hoja de vida de cada gerente público. Cada uno con su respectiva evaluación periódica.	Instituto. Realizar las evaluaciones periódicas. Archivar los registros en las hojas de vida de cada gerente publico		eso significa que los acuerdos de gestión deben ser reevaluados por el director junto con cada gerente público en concordancia con el Plan de Desarrollo 2016-2019. En el comité directivo del mes de Mayo se expondrá el tema por parte del subdirector administrativo y financiero, de tal manera que dichos acuerdos sean gestionados.	proceso de ajuste por parte de cada gerente público. Es de aclarar que la concertación de resultados esperados tiene un tiempo de 4 meses a partir de la fecha de ingreso de cada gerente público, por lo anterior su seguimiento es posible realizarlo de manera paralela o sistemática, esto varía según fecha de ingreso de cada gerente público al instituto.	generados con cada gerente publico, 5 en total.
				Cronogramas de los diferentes comités de trabajo	Actas de reunión	Existen comités de: - Antitrámites y gobierno en línea citado por Dirección. - Contratación, citado por la Subdirección de apoyo Administrativa y Financiera. - Comité de Archivo citado por el archivo. - Comité directivo, citado por Dirección. - Comité de control interno y calidad, citado por calidad. Los temas tratados se ciñen a las disposiciones de ley y a las necesidades del momento que haya lugar.	Generar cronograma anual de cada comité y enviarlo a las partes involucradas con el fin de disminuir ausentismo por cruce de reuniones. Garantizar la disponibilidad de las actas periódicas en los archivos de cada comité.	Dirección. Subdirección de apoyo Administrativa y Financiera. Archivo. Calidad	El comité de control interno y calidad se encuentran en una reestructuración partiendo de la dinámica que adopto el SGIC. En el momento la resolución está en manos de jurídica par que junto con observaciones que se hicieron desde Control Interno y Calidad se defina el modelo que consolidará las diferentes resoluciones que hablan del MECl y las respectivas instancias de participación. Los demás comités operan de manera normal y las actas que dan cuenta de esto reposan en los archivos de gestión de cada área.	Actualmente se viene desarrollando de manera sistemática los diferentes comités. Cada uno cuenta con el acta respectiva que valida su gestión y las decisiones que se toman. Entre los comités nuevos creados se encuentra: comité coordinador del SGIC y el comité de OPV.	En los últimos meses se puso en marcha el comité estructurador de contratación y se han creado diferentes escenarios para movilizar las actividades operativas de cada proceso. Las evidencias de lo anterior reposan en cada subdirección correspondiente.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
		Modelo de Operación por procesos	Mapa de procesos	Mapa de procesos donde se evidencia la interrelación de éstos, articulados entre estrategias, misionales, de apoyo y de evaluación y seguimiento.	Manual de calidad	<p>Se cuenta con mapa de procesos el cual describe los procesos misionales, de apoyo y de evaluación y control. Dicho mapa de procesos se encuentra en el Manual de calidad</p>	<p>Validar los procesos que conformaran el mapa de procesos.</p> <p>En caso que se presente algún cambio actualizar Manual de calidad y la información publicada en la web.</p> <p>En caso de presentarse cambios en el mapa de procesos realizar un despliegue en todos los niveles de la institución para garantizar su entendimiento y posterior aplicación.</p>	<p>Equipo de Calidad y representante por la dirección.</p> <p>Equipo de Comunicaciones.</p>	<p>Actualmente ISVIMED opera bajo 12 procesos: 1 estratégico, 3 misionales, 7 de apoyo y 1 de control.</p> <p>Hasta el momento no hay cambio sin embargo estamos en espera de la reestructuración del instituto lo que incide directamente en el Mapa de procesos. Tan pronto se materialicen los cambios se procederá a actualizar el Mapa de procesos.</p> <p>En caso que se presenten cambios en los procesos posteriormente se realizara un despliegue de la información a todas las partes interesadas.</p> <p>Esta actividad está en cabeza de la Subdirección de Planeación como la representante por la dirección.</p>	<p>Para este periodo siguen los mismo 12 procesos que conforman el SGIC, cada uno de los estandarizados mediante procedimientos, instructivos, planes entre otros.</p>	<p>En la revisión por la dirección se tomó la decisión de modificar la denominación del proceso Gestión de control y mejora continua por Gestión de evaluación y mejora continua. Dicho cambio fue propuesto por el jefe de control interno y acogido por el director. Lo anterior ya fue aplicado en el SIFI.</p> <p>El SGIC continúa con los 12 procesos concebidos para su gestión.</p> <p>Se espera que el 2017 llegue con nuevos proyectos que dinamicen los procesos.</p>
			Estudio de procesos	Estudio donde se realiza ingeniería a los procesos frente a sus objetivos, alcances y despliegue vertical y horizontal.	Estudios de procesos	Se cuenta con un estudio de procesos realizado en el 2015. Con base al resultado generado se realizaron ajustes al mapa de procesos. Modificando lo siguiente: el proceso de Gestión financiera cambio y ahora se llama Gestión administrativa y financiera	Realizar estudio de proceso con base a la información suministrada por Diego Vásquez asesor el cual está acompañando actualmente a la dirección en el estudio de la operación del instituto. Partiendo de dicho insumo se realizará un mapeo de los procesos definitivos con cada uno de sus alcances.	<p>Dirección</p> <p>Representante por la dirección</p> <p>Equipo de calidad</p>	No se han presentado novedades al respecto. Se opera partiendo del estudio de procesos realizado inicialmente.	No se han presentado novedades al respecto. Se opera partiendo del estudio de procesos realizado inicialmente.	No se han presentado novedades al respecto. Se opera partiendo del estudio de procesos realizado inicialmente.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
						<p>ya que se incluyó la parte administrativa que involucra todo lo relacionado con el plan de adquisiciones.</p> <p>El proceso de Gestión de infraestructura interna cambio, ahora se llama gestión de infraestructura, el cual quedo a cargo de todo lo relacionado con la parte de mantenimiento a la infraestructura como su nombre lo indica.</p> <p>El tema de producto no conforme anteriormente manejado por posventa pasa al programa de vivienda nueva considerando que desde la ejecución del proyecto es desde donde se deben subsanar las novedades que se presenten antes que la vivienda sea entregada al usuario.</p>					
			Caracterizaciones por procesos	Caracterizaciones donde se describa de manera gráfica y en prosa la dinámica de cada proceso de acuerdo a su rol en la Institución.	Caracterización de procesos	Cada proceso del sistema cuenta con su respectiva caracterización.	Actualizar las caracterizaciones de cuerdo al resultado del análisis realizado por Diego Vásquez asesor el cual está acompañando actualmente a la dirección en el estudio de la operación del instituto.	Líderes de cada proceso con el apoyo del equipo de calidad.	Las caracterizaciones están actualizadas y aplican a la estructura de gestión de cada uno de los procesos que conforman el SGIC.	Las caracterizaciones se han venido actualizando con base a unos cambios que se han presentado en cuando a: documentos, indicadores y políticas de operación.	La caracterización de algunos procesos se ha actualizado con base a los alcances y actividades que se desarrollan actualmente en cada uno de éstos. Las caracterizaciones actualizadas son: - Gestión estratégica. - Gestión de comunicaciones. - Gestión social.
			Estandarización	Estructurar	Procedimientos	Cada proceso cuenta con	Actualizar los documentos de	Líderes de cada	Cada proceso esta	No se han presentado	Algunos procesos

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
			de procesos bajo modelos documentales	procedimientos, manuales y demás documentos que describan de manera detallada las actividades que se desarrollan dentro de cada proceso.	Manuales Instructivos Planes Programas Guías	sus respectivos documentos los cuales configuran la parte metodológica de los procesos.	acuerdo a los cambios metodológicos que se realicen a cada uno de los procesos del SGIC.	proceso con el apoyo del equipo de calidad.	estandarizado bajo una estructura documental que es dinámica. Dichos documentos son actualizados de manera dinámica acorde a las necesidades de cada proceso. Esto da cuenta que ISVIMED cuenta con una cultura de calidad que le permite articular su día a día con los documentos definidos para tal fin.	cambios al respecto.	han documentados diversos documentos que estandarizan su gestión. Entre los procesos que presentaron cambios se encuentran: - Gestión estratégica. - Gestión social. - Gestión jurídica. - Gestión humana - Gestión de tics. - Gestión de desarrollo de soluciones habitacionales. - Gestión de atención al usuario. - Gestión de comunicaciones. - Gestión administrativa y financiera.
			Divulgación de los procedimientos	Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión del Mapa de procesos y los procedimientos de la entidad. Correos electrónicos, cartelera de la entidad, concursos, actividades, entre otros.	Manual de calidad Procedimientos Manuales Instructivos Planes Programas Guías	- Socialización de procedimientos durante la Campaña de Calidad año 2015. - En el Sistema de Información del Instituto – SIFI Modulo de Calidad se encuentran todos los documentos de cada proceso. - Socialización de mapa de procesos en página web, manual de calidad y boletín diario. - Mapa de procesos publicado en la página del Instituto www.isvimed.gov.co – Fortalecimiento- Direccionamiento	Realizar estrategias para el despliegue y fortalecimiento teórico práctico. Los medios comunicacionales serán: - Campaña comunicacional para el año 2016. - Reuniones presenciales individuales con cada líder y enlaces de trabajo. - Reuniones presenciales grupales. - Boletines diarios. - Página web.	Equipo de Calidad. Comunicaciones.	Los responsables de cada proceso/programa, son los responsables de realizar cambios documentales y en esa vía de realizar el despliegue informativo a los involucrados. Dicha divulgación se realiza a través de acuerdo, reuniones presenciales y equipo primario. Éste último es un mecanismo nuevo que ha dado resultados positivos y empoderamiento por parte de todos los	Cada que un documento es actualizado o que surge como nuevo, el líder de cada proceso o programa es el responsable de difundir la metodología a las partes involucradas.	Cada que un documento es actualizado o que surge como nuevo, el líder de cada proceso o programa es el responsable de difundir la metodología a las partes involucradas.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
						Estratégico			colaboradores de ISVIMED sin importar su modalidad de contratación.		
			Proceso de seguimiento y evaluación que incluya la evaluación de la satisfacción del cliente y partes interesadas.	Procedimientos que permitan evaluar permanentemente la satisfacción de los clientes con respecto a los servicios ofrecidos en la organización y el seguimiento respectivo.	Procedimiento para la satisfacción del usuario	<p>Isvimed a nivel interno evalúa la percepción de sus usuarios mediante una encuesta de satisfacción la cual esta estructurada bajo un modelo que permite valorar tres factores importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidad - Amabilidad - Información veraz y completa. <p>Las encuestas son realizadas cada mes y llevadas a un informe el cual es revisado y analizado por el jefe de comunicaciones en compañía del equipo de atención al usuario.</p> <p>La percepción externa es monitoreada por Planeación Municipal y la realiza mediante encuestas de percepción las cuales se realizan cada seis meses.</p>	<p>Revisar la posibilidad de un software que integre todo la metodología de la percepción del usuario, desde la definición de la muestra a encuestar hasta la recolección de la información y generación de estadísticas.</p> <p>En caso de ser adquirido el software actualizar el procedimiento de satisfacción del usuario.</p> <p>En caso de adquirido el software estructurar el modelo de encuesta y eliminar el formato que actualmente se tiene implementado.</p> <p>Realizar las encuestas correspondientes al igual que los informes sobre su análisis.</p>	Jefe de Comunicaciones y equipo de atención al usuario.	<p>Se desarrolló una encuesta electrónica la cual se realiza en línea, esto permite generar en tiempo real informes que alimentan el indicador de satisfacción de usuario.</p> <p>Este resultado consolidado es insumo para la revisión por la dirección y el cual es expuesto por parte de la Jefe de comunicaciones como líder de atención al usuario.</p>	<p>Actualmente se sigue desarrollando la encuesta personalizada la cual es plasmada en el SIFI que a su vez genera informes periódicos frente a los resultados obtenidos. Dichos resultados son monitoreados mediante el indicador de Satisfacción de usuarios el cual es analizado desde la jefatura de comunicaciones.</p>	<p>Desde el mes de septiembre la muestra de los usuarios encuestados se elevó, pasamos de encuestar 180 a 600 personas. Un logro significativo que le permite al instituto captar la percepción de los usuarios con respecto a los servicios recibidos.</p> <p>Actualmente se monitorea un indicador el cual permite evidenciar la muestra y las variables evaluadas.</p>
		Estructura Organizacional	Estructura Organizacional de la entidad que facilite la gestión por procesos	Estructura flexible que permita trabajar por procesos, donde se identifiquen niveles de responsabilidad y autoridad.	<p>Procedimiento para la planeación del talento humano</p> <p>Organigrama.</p> <p>Mapa de procesos</p> <p>Matriz de autoridad y responsabilidad.</p>	<p>Actualmente se cuenta con un organigrama que consolida los cargos existentes. También está definido el mapa de procesos el cual estructura el nivel de autoridad y responsabilidad bajo un enfoque por procesos.</p>	<p>Revisar el organigrama y actualizar según sea el caso.</p> <p>En caso que el mapa de procesos sea modificado, realizar una revisión de la matriz de autoridad y responsabilidad de tal manera que quede alineado con el mapa de procesos.</p> <p>En caso de presentarse cambios de los documentos anteriormente mencionados, realizar despliegue de la</p>	<p>Gestión Humana.</p> <p>Equipo Calidad.</p> <p>Comunicaciones.</p>	<p>Actualmente y con base a la reestructuración del instituto probablemente el organigrama institucional presente cambios, sin embargo con la estructura hoy definida el Instituto opera de manera normal y fluida dando cumplimiento a diferentes referentes</p>	<p>Para septiembre se realizará el ajuste a los manuales de funciones, se operativiza la planta globalizada del Instituto, con lo cual se modificaría el organigrama del Instituto. Tan pronto se realice dicha modificación se ajustaría directamente a una planta global y no estructural.</p>	<p>Bajo resolución 1230 del 22 de diciembre se reestructura organigrama dando respuesta a la planta globalizada. Se espera realizar divulgación a las partes involucradas y actualizar documentos que así lo requieran, adicionalmente</p>

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
							información a todos los niveles de la institución.		normativos.	Tan pronto se actualice el organigrama, se publicará en la página web.	publicación en la página web.
			Manual de funciones y competencias laborales	Manual de funciones adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.	Manual de funciones por cargo.	Es adoptado por resolución y se envía por correo electrónico a cada uno de los empleados vinculados al cargo. Las resoluciones son: - Resolución 983 de 2014 - Resolución 020 de 2009 - Resolución 697 de 2013 - Resolución 899 de 2014 - Resolución 975 de 2013 - Resolución 1015 de 2013 - Resolución 1173 de 2011 - Resolución 1422 de 2011	Verificar que los empleados conozcan y tengan en su poder la versión actualizada de sus perfiles de cargos. En caso de crear cargos realizar el respectivo manual de funciones y enviarlo al DAFP para legalizar dicho cambio y posteriormente actualizar organigrama.	Gestión Humana.	Actualmente se han realizado modificaciones a algunos manuales tales como Asesor de Dirección, Asesor de Dotación y Mejoramiento y Subdirector de Planeación; cada uno de estas cuentas con su respectivo acto administrativo. Con el fin de triangular los cargos actuales con su respectivo acto administrativo, se elaborará un informe que plasme la veracidad de la información.	Los manuales de funciones del Instituto, Se actualizarán entre los meses de agosto y septiembre, operativizando la planta globalizada. Dicha modificación debe verse reflejada en el acto administrativo correspondiente.	El 22 de diciembre expidió la resolución 1230 por la cual se ajusta el manual específico de funciones y de competencias laborales para los empleos de la plan de personal del ISVIMED. Se espera realizar divulgación a las partes involucradas y actualizar documentos que así lo requieran, adicionalmente publicación en el sifi.
		Indicadores de Gestión	Definición de indicadores de eficiencia y efectividad que permitan medir y evaluar el avance en la ejecución de los planes, programas y proyectos.	Indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permitan tomar decisiones para evitar desviaciones.	Plan de medición, análisis y mejora.	Se cuenta con un modelo denominado Plan de medición, análisis y mejora en el cual se incluye el esquema requerido. Dicho plan esta disponible en el sifi al igual que el comportamiento de cada indicador.	De acuerdo al plan de desarrollo interno y a los procesos que queden, se deben reestructurar el plan de medición, análisis y mejora. Construir las fichas técnicas de cada indicador. Realizar difusión a los interesados.	Comité de planeación. Equipo Calidad. Líder de cada proceso.	Se construyó una Matriz de medición pertinente, ésta consolida los diferentes indicadores que monitorearan el Plan de Desarrollo. Lo ganador de ésta matriz es que no solo plasma indicadores de resultado sino también de gestión, esto permite determinar el grado de desarrollo de cada uno de los resultados generados desde los programas del Instituto.	Se cuentan con un software de indicadores en el cual se consolidan el 100% de los indicadores monitoreados a nivel institucional. Dichos indicadores son alimentados por los líderes correspondientes y monitoreados desde calidad en cuanto a la indexación de datos y análisis correspondientes. El software está en proceso de ajuste, se están fortaleciendo aspectos como, grafios, metas, frecuencias, tipo	Aunque el software es una herramienta que ya está introyectada en el tema de medición organizacional, aun se debe dar cobertura a los indicadores que monitorean el SGSST. La actividad de la creación de indicadores se realizara la primera semana de enero con el fin que los indicadores sean alimentados desde esta fuente institucional.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
									Adicional a los indicadores relacionados directamente con Plan de Desarrollo, contamos también con indicadores de procesos que dan cuenta de los requisitos definidos en la GP 1000 y en variables críticas de cada proceso.	de indicador entre otros.se espera que en los próximos meses las mejoras se establezcan y tengamos un software confiable, actualizado estadísticamente y con los análisis correspondientes.	
			Indicadores por procesos que aporten a la medición de la gestión.	Plan de medición, análisis y mejora.	Se cuenta con un modelo denominado Plan de medición, análisis y mejora en el cual se incluye el esquema requerido. Dicho plan está disponible en el SIFI al igual que el comportamiento de cada indicador.	De acuerdo al plan de desarrollo interno y a los procesos que queden, se deben reestructurar el plan de medición, análisis y mejora. Construir las fichas técnicas de cada indicador. Realizar difusión a los interesados.	Comité de planeación. Equipo Calidad. Líder de cada proceso.	Calidad junto con sistemas desarrollaron un software de indicadores para generar una información confiable, única y en línea. El aplicativo fue lanzado el pasado 11 de mayo en la Mesa de calidad. Se espera que en los próximos días el aplicativo se alimente con el apoyo de cada líder y empiece a ser utilizado para los indicadores aplicables al mes de mayo 2016.	Ver seguimiento del ítem anterior.	Ver seguimiento del ítem anterior.	
			Fichas de los indicadores que permitan consultarlos de manera fácil.	Ficha de indicadores	Por cada indicador se tiene estructurada una ficha técnica la cual contiene información propia de cada indicador. Adicionalmente la clasificación de eficacia, eficiencia y efectividad. Estas fichas se encuentran en el SIFI.	De acuerdo al plan de desarrollo interno y a los procesos que queden, se deben reestructurar el plan de medición, análisis y mejora. Construir las fichas técnicas de cada indicador. Realizar difusión a los interesados.	Equipo Calidad. Líder de cada proceso	Las fichas de indicadores desaparecen dando paso al software de indicadores.	N.A éste producto fue reemplazado por el software de indicadores el cual está operando actualmente consolidando el Sistema de Medición organizacional de Instituto. (ver aplicativo de indicadores el cual está disponible en el SIFI)	Ver seguimiento del ítem anterior.	
			Seguimiento de los indicadores	Seguimiento según la periodicidad definida en la	Plan de medición, análisis	Desde la gestión de calidad se hace un seguimiento	De acuerdo a la periodicidad de cada indicador realizar	Equipo Calidad.	A los indicadores se realiza un seguimiento	Los indicadores son monitoreados	Ver seguimiento del ítem anterior.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
				política de operación de cada entidad, la cual no podrá ser superior a 6 meses.	y mejora.	mensual, el cual consiste en la solicitud y consolidación de la información de cada indicador y posteriormente la publicación en el sifi.	seguimiento e informe ejecutivo del comportamiento de los mismos de acuerdo a las perspectivas del BSC- Balance Score Card.		mensual, cada uno de los responsables envía la información a calidad quien la consolida y la dispone en sifi.	mensualmente y se realiza realimentación a cada líder con respecto a las observaciones que se puedan generar. Cada indicador tiene su información cualitativa y cuantitativamente, de tal manera que se pueda rastrear la información a través del tiempo. (ver aplicativo de indicadores el cual está disponible en el sifi)	
			Revisión de la pertinencia y utilidad de los indicadores	Revisión de la batería de indicadores con el fin de establecer que los indicadores cumplan con su propósito	Plan de medición, análisis y mejora.	Se revisa de manera constante la pertinencia de los indicadores definidos, los que apuntan directamente al plan de desarrollo son analizados a nivel de Subdirección de planeación y los indicadores que miden las variables propias de los procesos se analizan a nivel de calidad junto con cada líder de proceso y/o enlace de calidad.	En las reuniones presenciales y sistemáticas que se realizan con los líderes, revisar la pertinencia de los indicadores y asegurar en caso que se presenten cambios la actualización tanto de las fichas técnicas como del Plan de medición, análisis y mejora.	Equipo Calidad. Todos los procesos.	Se construyó una Matriz de medición pertinente, ésta consolida los diferentes indicadores que monitorearan el Plan de Desarrollo. Lo ganador de ésta matriz es que no solo plasma indicadores de resultado sino también de gestión, esto permite determinar el grado de desarrollo de cada uno de los resultados generados desde los programas del Instituto. Adicional a los indicadores relacionados directamente con Plan de Desarrollo, contamos también con indicadores de procesos que dan cuenta de los requisitos definidos en la GP 1000 y en	Esta revisión se realizó en compañía de la Subdirectora de Planeación, generando una matriz de medición pertinente la cual ayudo a depurar los indicadores y dejar solo aquellos que miden las variables críticas de la gestión, los indicadores de plan de desarrollo y de ISO 9001.	Los indicadores no sufrieron cambios, los que apuntan al plan de desarrollo y los internos siguen a corte de 31 de diciembre 2016. Para el próximo año teniendo en cuenta ISO 9001:2015 y Plan de acción 2017, se reevaluarán los indicadores respectivos de cada proceso.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
									variables críticas de cada proceso.		
		Políticas de Operación	Establecimiento y divulgación de las políticas de operación	Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de las políticas de operación de la entidad. (correos electrónicos, cartelera de la entidad, concursos, actividades, boletines)	Caracterizaciones de cada proceso	Dentro de cada caracterización de proceso están enmarcadas las políticas de operación.	Revisar las políticas de operación de acuerdo a la dinámica del instituto. Actualizar las caracterizaciones y publicarlas en el sifi.	Equipo Calidad.	Cada líder es el responsable de actualizar, divulgar dar cumplimiento a las políticas de operación definidas en cada proceso.	Las políticas son revisadas de manera constante con cada líder de proceso, dichas políticas están plasmadas en las caracterizaciones de procesos.	Las políticas fueron revisadas entre octubre y noviembre por cada líder, considerando que dichas políticas son criterios susceptibles a ser auditados en visita de seguimiento de certificación ISO 9001. Las políticas están disponibles en la caracterización de cada proceso, las cuales están disponibles en el sifi.
			Manual de operaciones o su equivalente adoptado y divulgado	Acto administrativo a través del cual se adopta el Manual de Operaciones de la entidad (Manual de procedimientos, manual de calidad). Doc. de consulta.	Manual de calidad Caracterizaciones de cada proceso	Se aprueba la resolución número 2194 del 24 de diciembre de 2014 por medio de la cual se adopta el Manual de Calidad. Este puede ser consultado en el Sistema de Información SIFI- Gestión Estratégica-Manual	Revisar las políticas de operación de acuerdo a la dinámica del instituto. Actualizar las caracterizaciones y publicarlas en el sifi.	Equipo Calidad.	Sigue en vigencia la resolución concebida desde el inicio.	Sigue en vigencia la resolución concebida desde el inicio.	Bajo la resolución 610 de 18 de julio del 2016, se adopta el manual de proceso y procedimientos del Instituto. Allí se actualiza los diferentes métodos que contempla el SGIC para la gestión de sus procesos. La resolución está en los registros de calidad como evidencia a lo anteriormente mencionado.
			Despliegue de la información	Medios comunicacionales	N.A	Las políticas de operación se encuentran publicadas en el sifi a disposición de todos los interesados.	En caso que se presenten cambios realizar despliegue utilizando medios masivos como: correo institucional, boletín diario y reuniones presenciales del líder con su equipo de trabajo.	Equipo Calidad. Comunicaciones	Cada líder es el responsable de actualizar, divulgar dar cumplimiento a las políticas de operación definidas en cada proceso.	Las caracterizaciones son divulgadas mediante los siguientes medios: Presencial. Sifi. Correo electrónico	Las caracterizaciones son divulgadas mediante los siguientes medios: Presencial. Sifi. Correo electrónico

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Políticas de Administración del Riesgo	Definición por parte de la alta dirección de políticas para el manejo de los riesgos	Acto administrativo o documentos a través del cual se definen y adoptan las políticas de administración del riesgo.	N.A	Resolución 2195 por la cual se adopta el MECI 2014 se encuentra todo el componente y manejo del Riesgo.	Revisar el documento donde se definen la política para la administración del riesgo y en caso que no exista documentar dicha política.	Director Representante por la dirección Equipo de calidad	Mediante la resolución 454 de 2010 se adopta la política de administración del riesgo. Dicha política se implementa a través de la estrategia de Mapa de riesgos tanto por procesos como el Institucional.	Sigue en vigencia la resolución concebida desde el inicio.	Sigue en vigencia la resolución concebida desde el inicio.
Divulgación del mapa de riesgos institucional y sus políticas			Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de los mapas de riesgos de la entidad (cartilla, correos electrónico, cartelera de la entidad, concursos, actividades, entre otros)	N.A	Las matrices se encuentran publicadas en el sifi a modo de consulta de todo el público interés.	Junto con comunicaciones establecer los medios comunicacionales más pertinentes para el despliegue de las matrices.	Equipo de calidad Comunicantes	El mapa de riesgos se divulga a través del sistema de información de la entidad. Éste mapa de riesgos debe ser reevaluado partiendo de los seguimientos que actualmente se están realizando a los mapas de riesgos por procesos.	Actualmente se viene trabajando el mapa de riesgos por procesos. Como parte de este ejercicio se dictó una capacitación de riesgos donde participaron los líderes, la actividad se realizara en dos etapas, una teórica y otra práctica de tal manera que todos los involucrados tengan mucha claridad al momento de trabajar el tema. Hay otra capacitación diseñada para el nivel directivo, la cual se espera dictar en el mes de septiembre. Las evidencias de estas capacitaciones reposan en el proceso de Gestión Humana.	Con respecto a este tema, se dictó una capacitación de riesgos a nivel directivo, como resultado de la actividad se generó el mapa de riesgos estratégico, el cual está disponible en el sifi. Cada mapa de riesgos es conocido por los integrantes de los procesos y en esa medida es controlado por cada líder de programa y proceso. Cabe anotar que cada mapa de riesgos tiene su respectivo seguimiento a diciembre 2016.	
Identificación de riesgos		Identificación de los factores internos y externos de riesgo	Identificación de condiciones internas o externas que puedan generar eventos de riesgo para la entidad.	Matriz de riesgos por procesos	Se cuenta con unas matrices que consolidan los riesgos de cada uno de los procesos del Instituto. Las matrices se encuentran publicadas en el sifi para consulta de las partes	Revisar, actualizar y validar matrices de riesgos acorde a las necesidades de cada proceso	Equipo Calidad. Líderes de cada proceso	Se tiene implementada la metodología del DAFP.	Para el 2016 se diseñó una matriz la cual condensa las diferentes etapas desde el análisis hasta el seguimiento. Dicha matriz también define la "Gráfica de	La herramienta fue aplicada en el seguimiento correspondiente a diciembre 2016. Las evidencias de	

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
						interesadas.				calor”, ésta permite establecer la clasificación del riesgo para su posterior tratamiento. (ver matrices por procesos)	cada proceso reposan en el sifi.
			Riesgos identificados por procesos que puedan afectar el cumplimiento de objetivos de la entidad	Documento de identificación de los riesgos de cada proceso, programas y/o proyectos que contengan las causas, descripción y las posibles consecuencias de los mismos.	Matriz de riesgos por procesos	Cada matriz contiene una estructura donde se estipula tanto las causas como consecuencias e impacto. Cada riesgo tiene un despliegue vertical y horizontal donde se desglosa las características de cada riesgo.	Revisar, actualizar y validar matrices de riesgos acorde a las necesidades de cada proceso	Equipo Calidad. Líderes de cada proceso.	Se tiene implementada la metodología del DAFP.	Para el 2016 se diseñó una matriz la cual condensa las diferentes etapas desde el análisis hasta el seguimiento. Dicha matriz también define la “Gráfica de calor”, ésta permite establecer la clasificación del riesgo para su posterior tratamiento. (ver matrices por procesos)	La herramienta fue aplicada en el seguimiento correspondiente a diciembre 2016. Las evidencias de cada proceso reposan en el sifi.
		Análisis y valoración del riesgo	Análisis del riesgo	Documentos de análisis del riesgo teniendo en cuenta su probabilidad y factibilidad de ocurrencia y el posible impacto en caso de materialización.	Matriz de riesgos por procesos	En la matriz de riesgo se analizan los riesgos identificados por cada proceso. (tercera hoja de Excel)	Se debe revisar la matriz por proceso y realizar la actualización aplicable al periodo 2016.	Líderes de cada proceso con el apoyo del Equipo Calidad.	Se tiene implementada la metodología del DAFP.	Para el 2016 se diseñó una matriz la cual condensa las diferentes etapas desde el análisis hasta el seguimiento. Dicha matriz también define la “Gráfica de calor”, ésta permite establecer la clasificación del riesgo para su posterior tratamiento. (ver matrices por procesos)	La herramienta fue aplicada en el seguimiento correspondiente a diciembre 2016. Las evidencias de cada proceso reposan en el sifi.
			Evaluación de controles existentes	Documento donde se evalúe si los controles para valorar los riesgos son adecuados o no.	Matriz de riesgos por procesos	En la matriz de riesgo se evalúan riesgos internos y externos de cada proceso así como también los controles por cada riesgo. (Quinta hoja del Excel).	Se debe revisar la matriz por proceso y realizar la actualización aplicable al periodo 2016.	Líderes de cada proceso con el apoyo del Equipo Calidad.	Se tiene implementada la metodología del DAFP.	Para el 2016 se diseñó una matriz la cual condensa las diferentes etapas desde el análisis hasta el seguimiento. Dicha matriz también define la “Gráfica de calor”, ésta permite establecer la	La herramienta fue aplicada en el seguimiento correspondiente a diciembre 2016. Las evidencias de cada proceso reposan en el sifi.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
										clasificación del riesgo para su posterior tratamiento. (ver matrices por procesos)	
			Valoración del riesgo	Documento en el cual se analizan los riesgos frente a los controles existentes para mitigar su impacto o su probabilidad de ocurrencia	Matriz de riesgos por procesos	En la matriz del riesgo se valoran los riesgos de cada uno de los procesos. (Sexta hoja del Excel). NOTA: la escala de valoración de los riesgos se clasifican en : - extrema -Alta -Moderada -Baja. La valoración es dada partiendo del impacto que pueda generar la materialización del riesgo.	Se debe revisar la matriz por proceso y realizar la actualización aplicable al periodo 2016.	Líderes de cada proceso con el apoyo del Equipo Calidad.	Se tiene implementada la metodología del DAFP.	Para el 2016 se diseñó una matriz la cual condensa las diferentes etapas desde el análisis hasta el seguimiento. Dicha matriz también define la "Gráfica de calor", ésta permite establecer la clasificación del riesgo para su posterior tratamiento. (ver matrices por procesos)	La herramienta fue aplicada en el seguimiento correspondiente a diciembre 2016. Las evidencias de cada proceso reposan en el sifi.
			Controles	Controles correctivos y preventivos definidos para proceso o actividad para mitigar la probabilidad e impacto de los riesgos	Matriz de riesgos por procesos	Los controles definidos por cada riesgo, adicionalmente se se realiza el Seguimiento y Monitoreo a cada uno de ellos. (hoja séptima del Excel)	Se debe revisar la matriz por proceso y realizar la actualización aplicable al periodo 2016.	Líderes de cada proceso con el apoyo del Equipo Calidad.	Se tiene implementada la metodología del DAFP.	Para el 2016 se diseñó una matriz la cual condensa las diferentes etapas desde el análisis hasta el seguimiento. Dicha matriz también define la "Gráfica de calor", ésta permite establecer la clasificación del riesgo para su posterior tratamiento. (ver matrices por procesos)	La herramienta fue aplicada en el seguimiento correspondiente a diciembre 2016. Las evidencias de cada proceso reposan en el sifi.
			Mapa de riesgos por procesos	La entidad debe establecer un mapa de riesgo que contendrá toda la información establecida anteriormente.	Matriz de riesgos por procesos	Cada proceso cuenta con su respectiva matriz. Dicho registro es actualizado cada año y en caso que aplique en tiempo real. Dicho registro se encuentra a modo de consulta en el sistema de	Se debe revisar la matriz por proceso y realizar la actualización aplicable al periodo 2016.	Líderes de cada proceso con el apoyo del Equipo Calidad.	Se tiene implementada la metodología del DAFP.	Para el 2016 se diseñó una matriz la cual condensa las diferentes etapas desde el análisis hasta el seguimiento. Dicha matriz también define la "Gráfica de calor", ésta permite establecer la	La herramienta fue aplicada en el seguimiento correspondiente a diciembre 2016. Las evidencias de cada proceso reposan en el sifi.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
						información del Isvimed y es el equipo de calidad quien se realiza el control frente a su debida actualización, el líder por su parte se encarga de mitigar y generar barreras para que los riesgos no se materialicen desestabilizando el proceso.				clasificación del riesgo para su posterior tratamiento. (ver matrices por procesos)	
			Mapa de riesgos institucional	Mapa de riesgo institucional en el cual se elevan todos los riesgos que afectan a la entidad en su conjunto y los riesgos identificados de los procesos misionales y se incluirán los riesgos de corrupción de los que trata la ley 1474 de 2011	Plan anticorrupción del periodo en curso. Matrices de riesgos por procesos	Se cuenta con mapa de riesgos por procesos que se encuentran en el SIFI- módulo de calidad. El mapa de riesgo de anticorrupción se encuentra en el documentos Plan Anticorrupción 2016. Este documento se halla en la página del Instituto www.isvimed.gov.co – Fortalecimiento- Estatuto de Anticorrupción.	Consolidar ambas matrices para tener una única fuente de información, de tal manera que se realice un control más riguroso.	Equipo Calidad. Todos los procesos.	Este mapa de riesgos será reevaluado tan pronto finalice el seguimiento realizado al mapa de riesgos por procesos.	Tan pronto finalice el ejercicio con cada proceso y se realice la capacitación a nivel directivo, el resultado final se verá reflejado en el Mapa de riesgos institucional.	Con base los riesgos clasificados como extremos y altos, se estructuro el mapa de riesgos institucional, el cual esta disponible en el sifi.
EVALUACION Y SEGUIMIENTO	AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL	Autoevaluación del control y gestión	Actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación	Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la sensibilización sobre la autoevaluación en la entidad. (Cartillas, correos electrónicos, cartelera de la entidad, concursos actividades, entre otros)	Encuestas de satisfacción interna realizada por comunicaciones. Campaña promovida por la oficina de control interno para fomentar el autocontrol, autoevaluación y la autorregulación desde cada proceso.	En la institución se tiene mecanismos que permiten monitorear el elemento tales como: - Desde el área de comunicaciones se diligencia el formato de Encuesta de Satisfacción Interna. - Desde calidad se monitorea de manera periódica los indicadores por proceso y emite a su vez un evaluación en casa sobre las actividades a realizar por parte del líder. - Campaña de sensibilización promovida	Se debe dar continuidad a las actividades utilizando medios comunicacionales que fomenten la autoevaluación.	Equipo de Comunicaciones. Equipo de calidad Control interno	Desde las estrategias de Control Interno Control se tiene a modo de propuesta una campaña que aún no ha sido elevada a comunicaciones, sin embargo el tema ya está en consideración del Jefe de la oficina de control interno y se espera que en los próximos días éste se consolide y se realice el despliegue correspondiente. Cabe anotar que desde calidad se está	Actualmente se está realizando un despliegue de la campaña de autocontrol denominada “MEJORO YO, MEJORA ISVIMED” promovida desde el la Oficina de control interno, el medio que actualmente se está utilizando es el boletín institucional el cual se difunde mediante correo electrónico y carteleras, sin embargo desde Calidad se recomienda solicitar el apoyo de comunicaciones para visualizar otros medios comunicaciones que	Se finalizó el 2016 con la campaña propuesta desde control interno y desde calidad se trabaja el tema desde la Mesa de calidad, quien opera las actividades del día a día de los procesos.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
						por de control interno para fomentar el autocontrol, autoevaluación y la autorregulación desde cada proceso.			promoviendo a través de boletín interno una serie de información que articula varios temas del MECI, esto con el fin de generar sentido de pertenencia y fomentar la cultura de Calidad VS los demás sistemas del SGIC.	permitan dar alcance a todo el público interés que no permanece en las instalaciones del instituto, hacemos referencia básicamente a los procesos misionales que se encuentran de manera constante en el campo.	
			Herramientas de autoevaluación	Determinar cómo a partir de los riesgos, indicadores, controles establecidos y demás elementos que le permitan tomar información, puede realizar la autoevaluación de la gestión, tomando los correctivos necesarios.	Acciones correctivas, preventivas y mejora. Ficha técnica de indicadores.	Cada proceso cuenta con sus respectivas fichas técnicas, éstas varían al número de indicadores que estén constituidos por cada proceso. Adicionalmente cada proceso tiene matriculadas acciones CPM donde se enmarcan las actividades a desarrollar para el despliegue de éste elemento.	Dar continuidad a la documentación de acciones CPM	Equipo Calidad. Líderes de todos los procesos	Se ha diseñado un software de indicadores el cual consolida en sistema de medición institucional como fuente única para la toma de decisiones partiendo de los resultados generados desde cada proceso del SGIC. El software ya fue lanzado y se espera que en los próximos días sea alimentado por parte de los responsables con el apoyo de calidad. Actualmente se cuenta con acciones correctivas en curso las cuales mediante planes de acción promueven los correctivos desde cada uno de los procesos del SGIC.	Como parte del mejoramiento continuo y de incentivar la autoevaluación y autocontrol, se establecieron acuerdos entre calidad y la oficina de control interno, en cuento a que cada vez que la Oficina de control interno realice las auditorias por dependencia dicho informe será remitido tanto al auditado como a calidad, de esta manera se garantizara que las acciones posteriores sean documentado bajo la modalidad que aplique, ya sea acción preventiva, correctivo de mejora.	Derivados del ciclo 5 de auditorías internas de calidad, se documentaron las diferentes acciones correctivas y preventivas contempladas en los informes por procesos. Las acciones se encuentran formalizadas y publicadas en el sifi para su posterior seguimiento realizado por calidad.
				La entidad debe estar en capacidad de alimentar el proceso de autoevaluación a partir de otros sistemas que le permitan ejercer el proceso de manera correcta. El aplicativo	N.A	Los reportes de Control Interno se encuentran en la página web institucional, en el link: www.isvimed.gov.co -Fortalecimiento Institucional- Control	Aplicar informe ejecutivo anual de control interno, informes de gestión por procesos y asegurarse que existan los envíos de los informes aplicables a la oficina de control interno junto con las respectivas evidencias.	Oficina de Control Interno. Equipo de calidad	Es necesario que desde Control interno se recuerden la utilización de los informes de acciones correctivas, preventivas y mejora	Se cuenta con la evidencia del informe ejecutivo anual aplicable 2015, así mismo como los informes pormenorizados a corte julio 2016. En el	Se generaron los informes de ley aplicables a dar cumplimiento a este producto, cada

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
				MECI (Informe Ejecutivo Anual de Control Interno), el Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión puede ser, entre otros, parte de esos sistemas.		Interno.			frente a los resultados de autoevaluación que se promueven desde dicha oficina. Esto con el fin de articular los diferentes sistemas que permitan ejercer control frente a los correctivos a implantar dentro de cada uno de los procesos institucionales.	seguimiento pasado había quedado pendiente en realizar las auditorías en el eje temático de: austeridad en el gasto el cual fue se evidencia realizado para éste seguimiento.	informe fue entregado al director y debidamente publicado en las plataformas tanto internas como gubernamentales.
	AUDITORIA INTERNA	Auditoría Interna	Procedimiento de Auditoría Interna	Procedimiento de auditorías internas definido basado en evidencias documental que permita ejercer control permanente a la gestión.	Procedimiento para la ejecución de auditorías internas de calidad Procedimiento para auditoría de control interno	Se desarrollan auditoría internas de calidad lideradas por el equipo de calidad así como también se desarrollan auditorías internas realizadas por la oficina de control interno. Ambas auditorías tienen como propósito establecer el grado de adecuación y conveniencia del sistema con respecto al cumplimiento de requisitos aplicables en términos legales y de ISO 9001 y GP 1000.	Realizar el quinto ciclo de auditorías internas de calidad. Ejecutar el programa de auditoría anual liderado por la oficina de control interno.	Oficina de Control Interno. Equipo de calidad	Actualmente se da cumplimiento al procedimiento de auditoría que se tiene establecido para tal fin. Derivado de éste procedimiento se genera el Plan anual de auditorías de control interno.	Como parte de la gestión emprendida desde la oficina de control interno, en el mes de agosto se adopto el estatuto de la actividad de auditoría interna, con el fin de implementar métodos allí contenidos.	En el mes de octubre y noviembre se ejecutó el quinto ciclo de auditoría interna de calidad, así mismo desde la oficina de control interno se realizaron las auditorías contempladas en el Plan de auditoría anual. Cabe anotar que cada actividad se ciñe a la metodología definida para cada tipo de auditoría. Los soportes derivados a este producto reposan en la oficina de control interno y en calidad.
			Programa de auditorías – Plan de auditorías	El programa de auditorías incluye las auditorías de gestión y las de calidad.	Procedimiento para la ejecución de auditorías internas de calidad Procedimiento para auditoría de control interno. Formato de programa	Actualmente se cuenta con un método que asegura el cumplimiento de las auditorías internas de calidad y de control interno desde su planificación hasta su implementación y evaluación. Para cada	Dar cumplimiento al Plan de auditoría anual de control interno tanto en tiempos como en alcances, garantizando la legislación aplicable vigente.	Oficina de control interno	Se evalúa el Plan de auditoría de Control Interno aplicable a la vigencia del 2016 el cual fue aprobado en Comité directivo acta N°2 del 26 de febrero del 2016. Se evidencia que el Informe de	En el periodo aplicable a mayo-agosto 2016 se realizaron las siguientes auditorías como parte del cumplimiento del programa anual de la oficina de control interno: SUIT, austeridad en el gasto, seguimiento	En el mes de octubre y noviembre se ejecutó el quinto ciclo de auditoría interna de calidad, así mismo desde la oficina de control interno se realizaron

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
					<p>anual de auditoria de control interno. Plan de auditoria interna de calidad.</p> <p>Programa de auditorías internas de calidad</p>	<p>etapa se utiliza una herramienta que facilita el control al cumplimiento de cada una de éstas.</p> <p>Los registros reposan en el sistema de información y se pueden consultar por el público interés.</p>			<p>Austeridad en el gasto el cual se tuvo que haber realizado desde el mes de marzo no se tiene disponible. Es necesario que el tema sea elevado al comité directivo y contextualizar al ordenador del gasto sobre dicha situación para determinar alternativas que subsanen éste incumplimiento. Las demás auditorias e informes aplicables al periodo analizado (enero – abril 2016) se encuentran disponibles y presentados a los entes internos y gubernamentales. Cada evidencia cuenta con su radicado correspondiente.</p> <p>NOTA: El formato donde se elaboró y evidenció el Plan de auditoria de control interno no cumple con la estructura documental definida dentro del SGIC. Se recomienda hacer uso de los formatos disponibles directamente del SIFI puesto que los cambios son dinámicos y se puede incurrir en hallazgos derivas de control de registros.</p>	<p>a las acreencias a favor de la entidad, informe pormenorizado, CHIP seguimiento a la entrega de la información través de la información presupuestal, Comité de conciliación, al programa de OPV y seguimiento al plan de mejoramiento de la contraloría.</p>	<p>las auditorias contempladas en el Plan de auditoria anual. Cabe anotar que cada actividad se ciñe a la metodología definida para cada tipo de auditoria.</p> <p>Los soportes derivados a este producto reposan en la oficina de control interno y en calidad.</p>

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
			Informe Ejecutivo Anual de Control Interno	El informe debe ser realizado de acuerdo a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. Sirve como insumo para el fortalecimiento continuo y mejora del sistema de control interno en la entidad.	Informe de auditoría de control interno	Actualmente se está elaborando el informe que obedece al año 2015, la fecha límite de envío al ente gubernamental es hasta el febrero 28 del periodo en curso. Cada año se publica en la página www.isvimed.gov.co – Fortalecimiento – Informes de Gestión. Dicha información es publicada a modo de consulta para las partes interesadas.	Enviar informe ejecutivo del año inmediatamente anterior e ir compilando el informe ejecutivo aplicable para la vigencia actual (2016)	Oficina de control interno	Se evidencia informe ejecutivo aplicable al año 2015. Dicho informe fue entregado al director el día 29 de febrero del 2016. Se evidencia que el resultado fue positivo encontrando un nivel de resultado del 79% “satisfactorio”.	N.A su seguimiento se realizar en diciembre.	Este informe ha sido el instrumento de gestión para cada uno de los procesos del SGIC. Cada actividad a gestionar está documentada como acción correctiva, preventiva o de mejora, las cuales son controladas en cierres por calidad.
		Plan de Mejoramiento	Herramientas de evaluación definidas para la elaboración del plan de mejoramiento	Proceso, procedimiento o mecanismo a través del cual se trabajen recomendaciones y análisis generados en el desarrollo del componente de auditoría Interna y las observaciones del Órgano de Control Fiscal. Debe ser un proceso, procedimiento o mecanismo documentado que permite realizar seguimiento a las acciones emprendidas por los responsables y la verificación de éstas.	Procedimiento para acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Los resultados derivados de las auditorías internas y por el órgano de control fiscal, son gestionados utilizando las herramientas de acciones CPM que nos suministra el sistema de calidad.	Dar continuidad a la implementación de las acciones CPM.	Oficina de control interno Equipo de calidad	Se cuenta con dos planes de mejoramiento aplicables a corte de diciembre 2015. Uno está relacionado con el Plan de mejoramiento institucional y el otro es el de contraloría. A éstos planes se realiza seguimiento semestral, dicho seguimiento será valorado en el mes de agosto con el fin de evidenciar grado de implementación de dicho plan. Los dos planes están en conocimiento de la dirección bajo los memorandos de consecutivo 200-09 y 200-14.	En agosto 3 se realizo seguimiento al informe de la contraloría, evidenciando un resultado de implementación del 88%, no se logra un nivel más alto debido a que aun no se han documentado e implementado acciones históricas definidas en periodos anteriores, la causa radica en que hay algunas acciones que requieren un debido proceso donde interviene el factor tiempo, estamos hablando de casos particulares inherentes a convenios que son apelados por las partes involucradas. Se espera que el próximo seguimiento dichos procesos se cierren al 30 de diciembre del 2016.	Desde el comité directivo se revisa de manera constante el Plan de mejoramiento institucional, se ha establecido mayor control por parte de la oficina de control interno. Los avances son más significativos desde las actividades a desarrollar desde cada proceso. La evidencia puntual de avance reposa en las actas del comité directivo y en los seguimientos realizados al Plan de mejoramiento

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
										El instructivo de Planes de mejoramiento debe ser actualizado anexando que cada que se genere un plan de mejoramiento debe reportarse tanto al auditado como a calidad de tal manera que se pueda ejercer control desde la documentación de acciones hasta su posterior implementación.	institucional.
			Seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento	Mecanismo para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento.	<p>Instructivo para el seguimiento al plan de mejoramiento institucional.</p> <p>Consolidado de acciones correctivas, preventivas y mejora.</p>	Actualmente, a través del consolidado de acciones CPM, se realiza seguimiento y control a los planes de mejora de cada uno de los procesos. Su revisión es sistemática y de allí se genera un informe a la alta dirección sobre el estado de las acciones CPM emprendidas desde cada uno de los procesos.	Dar continuidad a la metodología y emprender acciones nuevas partiendo de los planes de mejoramiento entregados por la oficina de control interno y demás entes regulatorios.	Líderes de procesos y equipos de calidad	<p>El seguimiento de las acciones emprendidas se refleja en las acciones CPM documentadas desde cada uno de los procesos del SGIC.</p> <p>Dichas acciones son monitoreadas desde calidad mediante el consolidado de acciones CPM. El seguimiento se realiza de manera personalizada entre el líder y calidad, generando un seguimiento el cual es registrado en cada acción y publicadas en el sifi como fuente de información para las partes interesadas.</p> <p>Cabe anotar que el informe ejecutivo del 2015 no se tiene en conocimiento por parte de la subdirección de</p>	<p>De acuerdo al informe suministrado por la contraloría mediante el radicado E5468, se evidencia que la efectividad de las acciones relacionadas con el plan de mejoramiento único de la contraloría se encuentra en un porcentaje del 86.9%. Dicho resultado se relaciona con los anteriormente descritos.</p> <p>Al Plan de mejoramiento institucional se ha venido realizando un seguimiento sistemático, se envió al director mediante memorando 200-14, el plan está siendo trabajo por cada responsable y se espera que finalizando agosto se realice la devolución a la oficina de control interno para determinar el grado de eficacia de las acciones allí</p>	Desde el comité directivo se revisa de manera constante el Plan de mejoramiento institucional, se ha establecido mayor control por parte de la oficina de control interno. Los avances son más significativos desde las actividades a desarrollar desde cada proceso. La evidencia puntual de avance reposa en las actas del comité directivo y en los seguimientos realizados al Plan de mejoramiento institucional

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
									planeación, lo cual es crítico teniendo en consideración que en cabeza de dicha subdirección recae la responsabilidad de elaborar el respectivo plan de mejoramiento aplicable al 2016.	descritas. El próximo seguimiento se validara el resultado final de la implementación de dicho Plan de mejoramiento.	
EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Información y Comunicación interna y externa	Identificación de las fuentes de información externa	Mecanismos para identificar la información externa. (recepción de peticiones, quejas y reclamos y/o denuncias, buzón de sugerencias, encuestas de satisfacción,)	Procedimiento para la satisfacción del usuario.	El proceso de Gestión de atención al usuario en cabeza del jefe de comunicaciones es quien se encarga de todo el tema relacionado con los usuarios, desde la satisfacción de éstos hasta la gestión de sus PQRS. El instituto cuenta con varios puntos de atención, en cada uno de estos se encuentra ubicado un buzón de sugerencias medio por el cual el usuario puede comunicarse con el instituto.	En la página web, se cuenta con otra alternativa para colocar todo tipo de inquietud y PQRS, de la misma manera se da respuesta a dicha petición.	Dar cumplimiento a los métodos definidos en los procedimientos mencionados.	Jefe de comunicaciones y equipo de trabajo de atención al usuario.	Actualmente se cuenta con una encuesta de satisfacción electrónica la cual se realiza de maneara personalizada al momento posterior de recibir la atención. Este aplicativo permite generar informes en línea que a su vez alimentan el indicador de satisfacción de usuario. Al mismo tiempo se actualizo el procedimiento donde se estandariza dicho método.	Desde la jefatura de comunicaciones se envió una circular recordando los tiempos establecidos para responder las peticiones y las implicaciones que esto podía generar al instituto. A partir de mayo quien no cumpla con tiempos se envía un correo con coipa al director quien está completamente empoderado del asunto. El impacto ha sido tan positivo que los tiempos de respuesta han disminuido logrando la meta de 10 días hábiles para su respuesta.	Se continúa cumpliendo los tiempos de respuesta establecidos.
				Instructivo para el manejo del buzón de sugerencias					Con respecto a la respuesta oportuna de las peticiones, el indicador de oportunidad presenta mejoras, evidenciado una disminución en los tiempos de respuesta. Pasamos de tener un tiempo promedio de 30 a 20 días hábiles.	Todas las peticiones son radicadas con número de archivo sin importar el medio por el cual llegue a al institución, esto ha generado un mayor impacto en la cobertura de la respuesta y un mayor blindaje para el instituto en términos de tutelas y demandas.	Como uno de los mecanismos nuevos, tanto al responsable de responder la petición como al subdirector encargado, le llega la alerta de las peticiones pendientes por responder. Este lineamiento es suministrado directamente por la dirección para darle un mayor estatus a las necesidades de los usuarios. Se realizara un seguimiento sistemático al tema de tal manera que se evidencia mejora en la oportunidad y completitud de la respuesta.
									El procedimiento de peticiones también presento ajustes en su	Los radicados se generan de manera	

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
									contexto.	<p>automática, disminuimos radicados duplicados lo que permite una mayor trazabilidad del número de peticiones y trazabilidad de las mismas.</p> <p>Con el caso de las peticiones interpuestas en la defensoría del pueblo, se estipulo con la defensora del pueblo que se estableciera un término de 5 días para responder las peticiones entregadas por este canal. Hasta el momento ha fluido de manera satisfactoria. Para lograr lo anterior se realizaron reuniones sistemáticas lo que ya no es necesario ya que se estabilizo el tema.</p>	
			Fuentes internas de información (manuales, informes, actas, actos administrativos) sistematizada y de fácil acceso.	Debe existir un documento (electrónico, físico o como determine la entidad) que permita consultar toda la documentación y/o archivos de importancia para el funcionamiento y gestión de la entidad.	Documentos del SGIC	En el sistema de información SIFI, reposa toda la información relacionada con su funcionamiento como manuales etc. SIFI-procesos del SGIC	Dar cumplimiento a los métodos definidos en los procedimientos mencionados.	Líderes de procesos	Los documentos y registros derivados de la gestión y de consulta para usuarios internos esta disponible en el sifi.	Los documentos y registros derivados de la gestión y de consulta para usuarios internos está disponible en el sifi y en la web del instituto.	Los documentos que estructuran las metodologías de trabajo están publicados en el sifi para consulta de todas las partes involucradas.
			Rendición anual de cuentas con la intervención de los distintos grupos de interés, veedurías y ciudadanía.	La entidad debe tener establecido un mecanismo donde se comunique información sobre programas, proyectos, obras, contratos y administración de los recursos.	Plan de comunicaciones	Para la rendición de cuentas se tienen establecidos varios mecanismos de divulgación tales como página web, edición y divulgación física con los medios de comunicación y reunión presencial con todas las partes involucradas.	Realizar rendición de cuentas aplicables al periodo en curso.	Dirección general en apoyo con comunicaciones.	Se utilizan los mismos medios comunicaciones descritos en el seguimiento anterior, la próxima rendición de cuentas está programada para finales del periodo 2016. Actualmente se tiene una propuesta para migrar a otra plataforma de	Se utilizan los mismos medios comunicaciones descritos en el seguimiento anterior, la próxima rendición de cuentas está programada para finales del periodo 2016. Actualmente se tiene una propuesta para migrar a otra plataforma de página web, con el fin que sea más amigable y	La rendición de cuentas aplicable al 2016 está programada ara febrero del 2017. Los canales que se utilizaran para convocar las partes interesadas son las siguientes: Redes sociales. Voz a voz con personal social.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
									página web, con el fin que sea más amigable y fácil navegación.	fácil navegación. La rendición de cuentas eta disponible en el web.	Medios de comunicación (prensa). Página web. Para el caso interno por medio boletín. Se elaborara un inserto para distribuir por medios masivos, adicionalmente se publicará en la página web dado cumplimiento a la ley de transparencia.
			Tablas de retención documental de acuerdo con lo previsto en la normatividad	Proceso y/o actividades de gestión documental de acuerdo con la ley 594 de 2000 o la norma que la modifique o sustituya.	Procedimiento para la gestión y tramite de documentos Instructivo para la organización de expedientes	En el Instituto se maneja las Tablas de Retención Documental a partir de una base de datos en donde se especifica la Oficina Productora del documento, el código, series y subseries y tipos documentales, retención (archivo central o archivo de gestión) y finalmente su disposición final.	Realizar ajuste a las tablas de retención con base a los cambios de organigrama y de series documentales dentro de cada proceso.	Líderes de Centro documental con el apoyo de cada líder de proceso.	Actualmente y con base al manual de funciones, se están actualizando la TRD por área.	Se cuenta con TRD por áreas, las cuales son administradas por el líder de archivo, éstas son actualizadas de manera sistemática y se estructura a partir del organigrama vigente.	Las TRD están vigentes y el ultimo envío realizado al Consejo departamental de archivos fue en octubre del 2015 evidenciado aspectos por mejorar relacionadas con la estructura organizacional. Estas observaciones fueron realizadas por el ente de control en septiembre de 2016. El comité interno de archivo decidió corregirlas al momento de realizar el proceso de reajuste administrativo en 2017.
			Política de Comunicaciones	La entidad debe establecer un mecanismo de comunicación con los usuarios internos y	N.A	Se cuenta con documentos que describen metodológicamente la forma como se realiza las	Elaborar política y realizar el despliegue correspondiente al público interés.	Jefe de comuniones	Actualmente tenemos un plan de comunicaciones el cual se articula con los	Actualmente la jefe de comunicaciones está en contacto con el enlace destinado desde la	Hasta el momento no se evidencia una política al respecto, la persona qu

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
				externos. Dicha política, proceso o procedimiento debe contener entre otros, matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria, etc.		comunicaciones, sin embargo no se cuenta con una política claramente definida			lineamientos definidos por el Municipio de Medellín. La política se construirá tan pronto se aprueba el Plan de Desarrollo 2016-2019. En caso que desde el Municipio no se defina una política al respecto ISVIMED procederá a formular la propia.	Secretaría de Comunicaciones de la alcaldía, quien manifiesta que la política se encuentra en proceso de actualización. El instituto no tendrá una propia ya que los entes descentralizados deben adoptar dicha política mediante acuerdo municipal. El compromiso es estar atentos a que se defina la política para su posterior cumplimiento.	actualmente lidera la parte operativa de comunicaciones retomara el tema para fijar lineamientos frente a la elaboración de una política propia o en caso contrario si la alcaldía ya cuenta con ésta adherirnos a dichos lineamientos.
		Sistema de Información y comunicación	Manejo organizado o sistematizado de la correspondencia	Establecer directrices claras para el manejo documental de tal manera que no haya contratiempos entre correspondencia recibida y la respuesta que se genera al usuario y/o grupo de interés.	Procedimiento para la gestión y tramite de documentos Instructivo para la organización expedientes de	Se aplica de manera fiel a la norma todo lo concerniente con recibo y despacho de correspondencia. Se lleva debidamente su respectivo radicado de tal manera que se pueda establecer una trazabilidad con el registro. Ya sea interno o externo.	Realizar ajustes al proceso en caso que se requieran.	Líder del centro documental.	Toda correspondencia enviada y recibida tiene un radicado con el cual se puede realizar trazado de la información que entra y sale de la institución.	Toda correspondencia enviada y recibida tiene un radicado con el cual se puede realizar trazado de la información que entra y sale de la institución., así mismo se tiene implementado un mecanismo que permite identificar la entrega interna efectivamente realizada.	En el ultimo trimestre se ha incentivado por parte de los funcionarios la radicación de toda comunicación oficial que sale y entra al instituto. De tal manera que se pueda tener evidencia de los tiempos de respuestas y de los responsables que generan o hacen llegar dicha correspondencia.
			Manejo organizado o sistematizado de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos.	Los recursos físicos y humanos de la organización deben tener asociados procesos, procedimientos y guías donde se establece el manejo de éstos y su adecuada utilización.	N.A	Actualmente se cuenta con el SIFI. Es el sistema de información de la entidad, allí se estructuran módulos que permiten tener control en frentes relacionados con Gestión humana, contables, pagos, informes de interventoría, entre otros.	Fortalecer el SIFI con módulos que conversen entre si, para disminuir reprocesos en el sistema.	Líder de Gestión de TICS.	El sistema de información cuenta con módulos sistematizados que monitorean este producto. A medida que se van generando más necesidades el área de TICS procede a realizar el desarrollo correspondiente.	El sistema de información cuenta con módulos sistematizados que monitorean este producto. A medida que se van generando más necesidades el área de TICS procede a realizar el desarrollo correspondiente.	El sistema de información cuenta con módulos sistematizados que monitorean este producto. A medida que se van generando más necesidades el área de TICS procede a realizar el desarrollo correspondiente.

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO	PRODUCTO	DOCUMENTOS ASOCIADOS	DOCUMENTOS ESTADARIZADOS ANTE EL SGIC	ESTADO ACTUAL	PLAN DE ACCIÓN- AÑO 2016	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO 1 Mayo	SEGUIMIENTO 2 Agosto	SEGUIMIENTO 3 Diciembre
			Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio.	Identificación de usuarios y/o grupos de interés a quienes van dirigidos sus productos y/o servicios.	Procedimiento para la atención del usuario.	La institución cuenta con mecanismos personalizados y virtuales, allí se recopilan las necesidades de los usuarios y de este mismo modo se da respuesta a sus derechos de petición. Se cuenta con varios puntos de atención lo que posibilita cubrir demanda en diferentes sectores del Municipio.	Actualizar procedimiento en caso que aplique y fortalecer los mecanismos existentes que faciliten la comunicantes con los grupos interés.	Jefe de comunicaciones	Dentro del Plan de comunicaciones se definen tres tipo de públicos: internos externos y mixtos. Esto permite enfocar las estrategias comunicacionales acorde al público deseado. Actualmente tenemos cuatro puntos de atención a usuarios: alpujarra, sede administrativa, San Cristobal y Lucitania.	Se está evaluando la posibilidad de dar cobertura a las casas de gobierno ubicadas en Santa Elena y San Antonio de Prado. Una vez se establezcan los recursos necesarios y asignados para ellos se realizara la presencia en dichas sedes. En el seguimiento de diciembre se evaluara la implementación de dicho mecanismo.	Aun esta en evaluación lo mencionado en el seguimiento anterior. Se espera que en el 2017 se ponga en marcha la nueva estructura de la página web y otros canales de comunicaciones con el público interés.
			Medios de acceso a la información con que cuenta la entidad.	La entidad debe poner a disposición de sus usuarios y/o grupos de interés diferentes medios de acceso a la información como página web, cartelera comunitarias, periódico oficial, buzón de sugerencias, entre otros que crea conveniente.	Procedimiento para la atención del usuario. Instructivo de comunicación, medios y eventos internos y relaciones publicas	La institución cuenta con mecanismos personalizados y virtuales, allí se recopilan las necesidades de los usuarios y de este mismo modo se da respuesta a sus derechos de petición. Se cuenta con varios puntos de atención lo que posibilita cubrir demanda en diferentes sectores del Municipio. También en cada una de sus sedes se cuenta con cartelera las cuales contienen información actualizada y de interés, con información inherente al instituto y a los servicios ofertados por la entidad.	Actualizar procedimiento en caso que aplique y fortalecer los mecanismos existentes que faciliten la comunicantes con los grupos interés. Definir medios comunicacionales que serán entregados a los grupos interés acorde a cada eje temático a tratar.	Equipo de Comunicaciones	Isvimed cuenta con varios canales tales como: página web, buzón de sugerencias, atención personalizada, entregables y redes sociales. De esta manera se comunica con los usuarios internos, externos y mixtos. Cabe anotar que los entregables que actualmente tiene logo de la administración pasada se reevaluarán su pertinencia.	Los entregables están en ajustes técnicos, tan pronto finalicen serán trabajados desde la parte diseño y redacción para poder enviar a producción y posteriormente distribuirlos. Se espera que en el seguimiento de diciembre el tema ya esté en implementación. Con respecto a la página web, se está reestructurando de tal manera que sea más amigable e interactiva con el público interés. Se accederá a una plataforma más flexible y fácil de administrar para efectos de cambio de información a publicar.	Los plegables y cartillas están en etapa final de producción, se espera que sean entregados en el primer mes del 2017. La página fue reestructurada y se iniciara con cambios de contexto la tercera semana enero 2017. En el primer trimestre del 2017 se revisara que lo anterior se haya consolidado.

1. REGISTROS:

- Programa de capacitación.
- Programa de bienestar.
- Programa de Inducción y re inducción al pero
- Evaluación de desempeño.
- Evaluación de acuerdos de gestión.
- Plan de medición, análisis y mejora. (cuadro de mando de indicadores)
- Matriz de riesgos por procesos.
- Programa de auditorías internas de calidad
- Programa de auditorías de control interno
- Planes de auditorías internas de calidad
- Planes de auditoria de control interno.
- Informes de auditoría interna de calidad.
- Informe ejecutivo anual expedido por oficina de control interno.
- Planes de mejoramiento de control interno
- Acciones CPM
- Evidencias sobre despliegue de campaña liderada por calidad.
- Evidencias sobre despliegue de campaña liderada por control interno
- Evidencias de rendición de cuentas.
- Tablas de retención documental

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Carolina Martínez Cano Contratista del SGIC	Luz Adriana Campuzano Mejía Subdirectora de Planeación	Comité de control interno y calidad