SDIS
Dest:002-SUBSECRETARIA
Orig:DIRECCION DE ANALISIS Y DISEÑO ESTRATEGICO
Asun:CORRESPONDENCIA INCATEGORIZADA
Enviado: 22/12/2015 02:18 PM Folios: 4
Radi INT-83154 nil

83154

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

F-CIR-003

CIRCULAR N.° 0036 22 DIC 2015

PARA: Subsecretaria, Directoras(es) Poblacional, Territorial, de Gestión Corporativa, de Análisis y Diseño Estratégico, Jefes de Oficina Asesora de Comunicaciones, Control Interno, Asesora Jurídica y Asuntos Disciplinarios

DE: Secretario Distrital de Integración Social

ASUNTO: Actualización de las directrices del Sistema Integrado de Gestión

Las nuevas directrices del Sistema Integrado de Gestión (SIG), que a partir de la fecha deben ser conocidas, implementadas y controladas por sus equipos de trabajo en aquellas acciones que indiquen a su dependencia como instancia responsable, son las siguientes:

a. Procedimiento del Proceso de Direccionamiento Político:

	Aprobó
1. PCD-IC-CO-622 Cooperación internacional, nacional, distrital y local de la SDIS (nuevo procedimiento).	Secretario Distrital en calidad de Líder del Proceso de Direccionamiento Político mediante memorando INT-77132 del 7 de diciembre de 2015

b. Riesgos del Proceso de Direccionamiento de los Servicios Sociales:

	Aprobó
2. RDSS-1. Que se entreguen inoportunamente o no se entreguen las respuestas a los peticionarios. (Riesgo actualizado). 3. RDSS-3. Respuesta inoportuna del requerimiento de verificación de estándares. (Riesgo actualizado). 4. RDSS-4. Perdida de información. (Riesgo actualizado). 5. RDSS-5. Que se preste atención inadecuada e inoportuna en los SIAC frente a las solicitudes de la ciudadanía. (Riesgo actualizado). 6. RDSS-8. Que no se reporte oportunamente a las entidades certificadas por la SDIS que cumplieron lo establecido en el Acuerdo 196 de 2005 y el Decreto 063 de 2006. (Riesgo actualizado). 7. RDSS-12. Que no se remita el requerimiento del-a ciudadano-a a la entidad competente informando al requiriente sobre el traslado. (Nuevo Riesgo). 8. RDSS-13. Que se remitan a la ciudadanía respuestas sin criterios de oportunidad, coherencia, claridad y calidez. (Nuevo Riesgo).	Subsecretaria en calidad de Lideresa del Proceso de Direccionamiento de los Servicios Sociales mediante memorando INT-69556 del 17/11/2015

9. RDSS-14. Que se formulen inadecuadamente los estándares de calidad para los servicios. (Nuevo Riesgo). 10. RDSS-15. Que no se cuente con las viabilidades jurídicas y económicas en los tiempos establecidos. (Nuevo Riesgo).	

c. Riesgos del Proceso de Prestación de los Servicios Sociales – Servicio de Desarrollo de Capacidades y Potencialidades en Centros Día:

	Aprobó
11. RPSS18-06. Que no se cumpla con el Plan de Atención PAIIN. (Nuevo Riesgo). 12. RPSS18-07. Que la capacidad de personal sea insuficiente para atender el servicio. (Nuevo Riesgo). 13. RPSS18-08. Que se incumplan los procedimientos. (Nuevo Riesgo). 14. RPSS18-09. Que no se cuente con los espacios adecuados y seguros requeridos para el servicio. (Nuevo Riesgo).	Directora Territorial en calidad de Lideresa del Proceso de Prestación de los Servicios Sociales mediante memorando INT-74475 del 01/12/2015

d. Procedimientos del Proceso de Prestación de los Servicios Sociales:

	Aprobó
15. PCD-PS-IN-559. Ingreso a servicios (procedimiento actualizado; antiguo nombre: ingreso a servicios sociales) 16. PCD-PS-PC-585 Entrega de paquete alimentario de contingencia (procedimiento actualizado)	Directora Territorial en calidad de Lideresa del Proceso de Prestación de los Servicios Sociales mediante memorandos INT-71144 del 20 de noviembre de 2015 (559) e INT-79855 del 14de diciembre de 2015 (585)

e. Riesgos del Proceso de Gestión del Talento Humano:

	Aprobó
17. RTH-2. Que las vacantes en planta superen el 10%. (Riesgo actualizado). 18. RTH-4. Que no se apropien los valores éticos de la SDIS. (Riesgo actualizado).	Directora de Gestión Corporativa en calidad de Lideresa del Proceso de Gestión del Talento Humano mediante memorando INT-73408 del 26/11/2015

f. Riesgos del Proceso de Mejora Continua:

	Aprobó
19. RMC-01. Ausencia de seguimiento y medición a la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos institucionales. (Riesgo actualizado). 20. RMC-06. Gestión institucional que no se evalúa de manera independiente. (Riesgo actualizado). 21. RMC-07. El Plan de Mejoramiento no mejora el desempeño institucional. (Nuevo Riesgo). 22. RMC-08. Carencia de los recursos necesarios para la adecuada ejecución del Programa de Auditoria aprobado. (Nuevo Riesgo).	Director de Análisis y Diseño Estratégico en calidad de Líder del Proceso de Mejora Continua mediante memorando INT-79659 de 14/12/2015

23. RMC-09. Administración del riesgo que no se interioriza en la entidad como un elemento fundamental dentro de la cultura institucional. (Nuevo Riesgo). 24. RMC-10. No se logra medir la satisfacción de la ciudadanía frente a la totalidad de los servicios prestados en cada vigencia. (Nuevo Riesgo).	

g. Proceso de Mejora Continua:

	Aprobó
25. MC-PRO-25. Proceso de mejora continua (proceso actualizado)	Director de Análisis y Diseño Estratégico en calidad de Líder del Proceso de Mejora Continua mediante memorando INT-80400 del 15 diciembre de 2015

h. Procedimientos del Proceso de Mejora Continua:

	Aprobó
26. PCD-MC-RD-524 Revisión por la alta dirección (procedimiento actualizado; antiguo nombre: revisión por la dirección) 27. PCD-EV-MC-216 Acciones preventivas, correctivas, de mejora continua y correcciones (procedimiento actualizado, antiguo nombre: acciones de mejora)	Director de Análisis y Diseño Estratégico en calidad de Líder del Proceso de Mejora Continua mediante memorandos INT-77362 del 7 de diciembre de 2015 (524) e INT-79800 del 14 de diciembre de 2015 (216)

i. Riesgos del Proceso de Gestión del Conocimiento:

	Aprobó
28. RGC-1. Información o Datos misionales no confiables (Riesgo actualizado) 29. RGC-2. Información o datos no oportunos (Riesgo actualizado) 30. RGC-4. Que falte la socialización del conocimiento que se produce en la SDIS (Riesgo actualizado)	Director de Análisis y Diseño Estratégico en calidad de Líder del Proceso de Gestión del Conocimiento mediante memorando INT-82149 del 18 diciembre de 2015

Estas directrices fueron aprobadas por los líderes y lideresas de proceso, y se encontraron conformes en su metodología por la Dirección de Análisis y Diseño Estratégico, dando cumplimiento al Decreto 607 de 2007 en sus artículos 4 (literal L) y 14 (literales c y e).

Así mismo se informa que los siguientes documentos deben dejarse de aplicar, y retirarse de todos los puestos de trabajo de sus dependencias, por haber sido declarados obsoletos por las instancias competentes:

j. Riesgos del Proceso de Direccionamiento de los Servicios Sociales:

	Derogó
31. RDSS-2. No realizar las visitas de verificación de estándares. 32. RDSS-6. No cumplimiento de la entrega de los estándares en los	Subsecretaria en calidad de Lideresa del Proceso de Direccionamiento de los Servicios Sociales mediante memorando INT 69556 del 17/11/2015

tiempos establecidos. 33. RDSS-7. Falta de unificación de criterios para la construcción de los estándares. 34. RDSS-09. El equipo de verificación de condiciones registra información no veraz con el fin de beneficiar a una institución. 35. RDSS-10. Generación de estándares no basados en la garantía del derecho de ciudadanos y ciudadanas. 36. RDSS-11. Los solicitantes del beneficio establecido en el Acuerdo 196 de 2005 y el Decreto 063 de 2006 radican la documentación requerida en las áreas relacionadas con el servicio que prestan sin que se haga la remisión oportuna a la Subsecretaría para su evaluación.	

k. Procedimientos del Proceso de Proceso de Construcción e Implementación de Políticas Sociales:

	Derogó
37. PCD-GE-FC-197. Formación política ciudadana 38. PCD-CI-LN-549. Lectura de realidades 39. PCD-CI-RI-553. Diseño de respuestas integrales	Director Poblacional en calidad de Líder del Proceso de Construcción e Implementación de Políticas Sociales mediante memorando INT-80481 de 15/12/2015

l. Procedimiento del Proceso de Proceso de Prestación de los Servicios Sociales:

	Derogó
40. PCD-GE-AG-186. Acceso a la Justicia en Comisarías de Familia	Directora Territorial en calidad de Lideresa del Proceso de Prestación de los Servicios Sociales mediante memorando INT-71562 de 23/11/2015

m. Riesgos del Proceso de Gestión del Talento Humano:

	Derogó
41. RTH-1. Retraso en los programas y estrategias diseñadas para el bienestar y desarrollo del Talento Humano de la SDIS. 42. RTH-3. Deterioro de clima organizacional. 43. RTH-5. Pérdida de documentos en las historias laborales. 44. RTH-6. Errores en la liquidación de nómina y novedades. 45. RTH-7. La falta de aseguramiento de los recursos financieros para la ejecución de las acciones correctivas de los peligros que se	Directora de Gestión Corporativa en calidad de Lideresa del Proceso de Gestión del Talento Humano mediante memorando INT-73408 del 26/11/2015

presentan en los puestos y áreas de trabajo, identificados durante las inspecciones realizadas, por parte del programa de salud ocupacional.	

n. Riesgos del Proceso de Mejora Continua:

	Derogó
46. RMC-02. Los planes de mejoramiento no contribuyen eficazmente a subsanar las causas de los hallazgos. 47. RMC-03. Falta de reconocimiento del aporte de los informes de auditoría al interior de la SDIS. 48. RMC-04. Dificultad en la ejecución del Plan de Auditoría y de los compromisos adquiridos. 49. RMC -05. Los resultados de la auditoria no reflejan la realidad de la gestión de la SDIS.	Director de Análisis y Diseño Estratégico en calidad de Líder del Proceso de Mejora Continua mediante memorando INT 79659 de 14/12/2015

o. Riesgos del Proceso de Prestación de los Servicios Sociales – Servicio de Desarrollo de Capacidades y Potencialidades en Centros Día:

	Derogó
50. RPSS18-01. Retraso No contar con los medios para responder ante un evento de deterioro de la salud de una persona mayor. 51. RPSS18-02. Las labores administrativas no se asumen con el mismo compromiso que las labores misionales. 52. RPSS18-03. Egreso de personas mayores que no han superado la situación que motivo su ingreso al servicio. 53. RPSS18-04. Insuficiente infraestructura tecnológica para la prestación del servicio. 54. RPSS18-05. Falta de articulación con las instancias locales en el marco del Decreto 607	Directora Territorial en calidad de Lideresa del Proceso de Prestación de los Servicios Sociales mediante memorando INT 74475 del 01/12/2015

Los documentos expedidos mediante la presente circular harán parte del manual del SIG y deben tenerse en cuenta en los ejercicios de inducción y reinducción ordenados por el instructivo I-TH-PR-006 del Proceso de Gestión de Talento Humano, dado que podrían ser aplicables al puesto de trabajo de las personas vinculadas a sus dependencias.

Carlos Vladimir Cobo Ramírez
Secretario Distrital de Integración Social (E)

Anexo: Lo enunciado

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

0036 - 22 DIC 2015

Secretaría Distrital de Integración Social			
Responsables	**Nombre**	**Firma**	**Fecha**
Elaborado por	Viviana Lucia Mendoza - Gestora DADE para el SIG		22/Dic/2015
Revisado por	Martha Prado Hernández - Subdirectora de Diseño, Evaluación y Sistematización		22/12/2015
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para firma del **Secretario Distrital de Integración Social.**			

PROCEDIMIENTO PARA COOPERACION INTERNACIONAL, NACIONAL, DISTRITAL Y LOCAL DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

La versión de este documento puede estar desactualizada, consulte la versión oficial vigente en el módulo SIG de la Intranet

1. Objetivo del procedimiento

Establecer las líneas orientadoras para la gestión de proyectos de cooperación distrital, nacional e internacional, convenios y/o acuerdos con el propósito de contribuir al fortalecimiento, mejoramiento continuo y desarrollo sostenible de los servicios sociales de la Secretaría Distrital de Integración Social.

2. Glosario

Convenio de Cooperación: "Es el celebrado con el fin de lograr la cooperación y asistencia técnica de fondos de organismos multilaterales de crédito o con personas extranjeras de derecho público u organismos de cooperación, asistencia o ayuda por entidades públicas con participación de entidades sin ánimo de lucro, con el objeto de lograr la asociación, asistencia o ayuda internacionales, a fin de lograr el cumplimiento de las funciones de la Secretaria Distrital de Integración Social." (Fuente: procedimiento PCD-AD-CCI de Regí menes Especiales: Convenios Interadministrativos, Convenios de Asociación y Contratos para el Impulso de Programas y Actividades de Interés Público, del proceso de adquisiciones)

Alianza: Espacio participativo ente lo publico y privado que facilita la planeación y desarrollo de iniciativas, recoger aprendizajes y experiencias con empresarios, académicos, servidores públicos, ONG´s y sociedad civil, sobre la construcción confianza, negociación y determinación de reglas de juego.

Cooperación Internacional
Conjunto de recursos financieros y técnicos que se dirigen desde los Estados, las organizaciones multilaterales o las entidades privadas no gubernamentales hacía países, regiones, ciudades o municipios para impulsar o apoyar sus procesos o proyectos de desarrollo. La Cooperación Internacional es la relación que se establece entre dos o más países, organismos u organizaciones de la sociedad civil, con el objetivo de alcanzar metas de desarrollo consensuadas. En un sentido acotado se refiere a todas las acciones y actividades que se realizan entre naciones u organizaciones de la sociedad civil tendientes a contribuir con el proceso de desarrollo de las sociedades

de países en vías de desarrollo. De esta manera, la cooperación puede darse en diferentes niveles, direcciones y formas. La cooperació n puede ser: cultural, Financiera, técnica o cooperación Sur-Sur, humanitaria, triangular y de ayuda humanitaria.

Acuerdos Comerciales: "son tratados internacionales vigentes celebrados por el Estado colombiano, que contienen derechos y obligaciones en materia de compras públicas, en los cuales existe como mínimo el compromiso de trato nacional para: (i) los bienes y servicios de origen colombiano y (ii) los proveedores colombianos." (Manual de contratación del 07/012015 del proceso de adquisiciones, p. 88)

Cooperación Descentralizada.
Conjunto de iniciativas de cooperación oficial al desarrollo que bajo el liderazgo de autoridades locales, procura estimular las capacidades de los actores de base territorial y fomentar el desarrollo.Esta Cooperación también incluye otros actores como ONGs, Sector Privado, Iglesias, entre otros. se realiza con Proyectos Puntuales /intervenciones concretas ,alianzas de ciudad a través de convenios y acuerdos y hermanamiento gestionados con redes internacionales.

Cooperación de responsabilidad social empresarial
En esta modalidad se presentan una variedad de actores que realizan cooperación directa, por ejemplo, entre Universidades. O por ejemplo, entre el Sector Privado y Sector Gubernamental a través de proyectos de filantropía.

Cooperación de Empresa – Privada. (para Universidades, ONG, iglesia, otras fuente:.) Empresas con ánimo de lucro que brindan recursos financieros, asistencia técnica y transferencia de tecnología, para fines específicos. Buscan aunar recursos de acuerdo con prioridades y líneas de acción de responsabilidad social empresarial.

Responsabilidad social empresarial con empresa Privada para la SDIS : Se constituyen en un medio en el cual sector privado puede realizar prácticas de responsabilidad social empresarial, en los cuales los dos sectores unen esfuerzos complementando la ejecución de servicios sociales, haciéndolos mas sostenibles y sustentables para el desarrollo de la ciudad. A través de acuerdos ambos sectores enfocan su acción por un beneficio común generando alto impacto en la Sociedad. Confluencia de actores – estatales, privados, sociedad civil – sobre una agenda compartida de interés público.

0036 -- 22 DIC 2015

3. Condiciones Generales

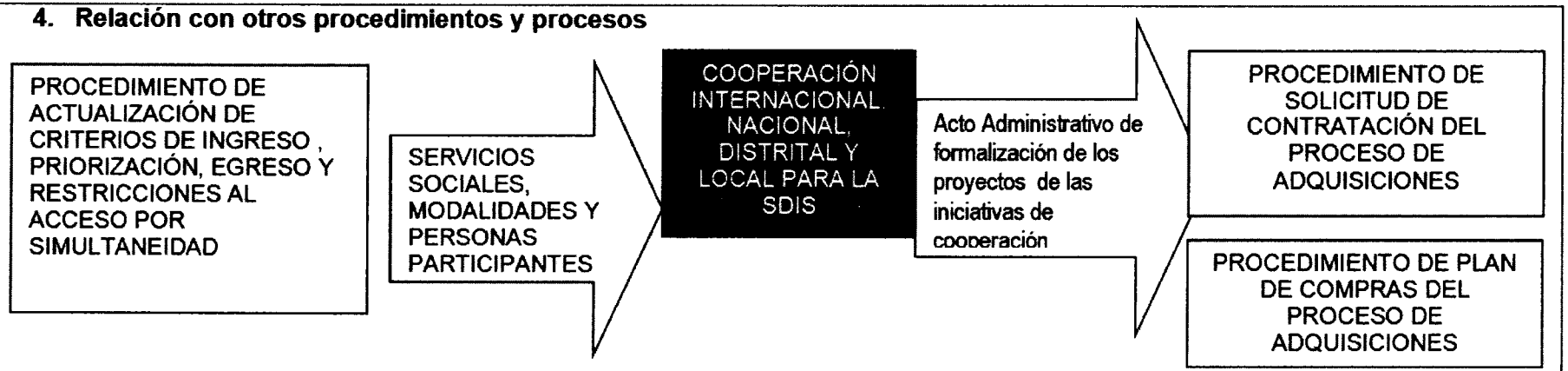
La cooperación debe permitir posicionar a la secretaría como actor relevante, estratégico y confiable en procesos de cooperación descentralizada.

Los proyectos de cooperación deben contribuir a generar impacto en la implementación de los servicios sociales de la Secretaría

Los proyectos de cooperación deben fortalecer la capacidad de gestión de iniciativas institucionales

La cooperación tendrá en cuenta como líneas orientadoras: El Plan de Desarrollo de Bogotá vigente, La Estrategia de Cooperación Internacional de Bogotá, como también El Manual de Alianzas Público – Privadas para el Distrito Capital.

4. Relación con otros procedimientos y procesos



5. Diagrama de flujo del procedimiento

ACTIVIDADES	Responsables	ACTIVO DE INFORMACION(EVIDENCIA O REGISTRO)
Inicio **1. Identifique Necesidades e iniciativas de cooperación**	Dependencias Misionales	Registro de identificación de necesidades de cooperación diligenciado
2. Evalúe la pertinencia de la cooperación ¿Informe indica pertinencia? Sí: pase a actividad 3 No: vuelva a actividad 1	Subsecretaria	Informe
3. Presente al Consejo Directivo para su priorización y aprobación	Subsecretaria	
4. Apruebe o no las iniciativas de cooperación registradas ¿Iniciativas aprobadas? Sí: pase a actividad 5 No: vuelva a actividad 1	Consejo Directivo	Acta con registro anexo
Punto de control **5. Elabore el estudio técnico para el proyecto de la iniciativa de cooperación pertinente al servicio social** **El estudio técnico de cooperación cumple con los requerimientos de la Estrategia de Cooperación Internacional de Bogotá y del Manual de Alianzas Público – Privadas para el Distrito Capital?** **Si: va a la actividad No. 6** **NO: Se devuelve a la actividad 1.**	Subsecretaria en coordinación con las Dependencias Misionales	Estudio técnico de cooperación
6. Identifique socios y aliados estratégicos	Subsecretaria en coordinación con las Dependencias Misionales	Registro de datos empresariales e internacionales

0036-3 22 DIC 2015

y técnicos para la viabilidad del mismo.

10.Formalización de los proyectos de las iniciativas a través de la alianza de cooperación. La formalización del proyecto requerirá de un Acto Administrativo.

7. Posibles productos o servicios no conformes

ACTIVIDAD	PRODUCTO	CRITERIO DE ACEPTACIÓN	TRATAMIENTO	REGISTRO
5. Elabore el estudio técnico para el proyecto de la iniciativa de cooperación pertinente al servicio social	Estudio técnico de cooperación	**Adecuación** El estudio debe cumplir con los requerimientos de la Estrategia de Cooperación Internacional de Bogotá y del Manual de Alianzas Público – Privadas para el Distrito Capital	Ajustar estudio	Formato para medir la implementación del procedimiento F-IM-PRO

	ELABORO	APROBO	
NOMBRE	Patricia Isabel Espinosa	Diana Mireya Parra Cardona	Jorge Enrique Rojas Rodríguez
CARGO	Subsecretaría	Subsecretaria	Secretario Distrital en calidad de Líder del Proceso de Direccionamiento Político

0036 -- 22 DIC 2015

ACTIVIDADES	Responsables	ACTIVO DE INFORMACION(EVIDENCIA O REGISTRO)
7. Identifique fuentes de cooperación (fondos públicos, fondos mixtos y fondos privados)	Subsecretaria en coordinación con las Dependencias Misionales	Registro de datos empresariales e internacionales
8. Elabore y apruebe proyecto de iniciativa de cooperació n	Subsecretaria en coordinación con Dependencias Misionales	Acta de aprobación del Proyecto de iniciativa de cooperación con proyecto anexo
9. Articule con los aliados estratégicos para la presentació n del proyecto de cooperación de las iniciativas El proyecto de cooperación fue aprobado por los aliados estratégicos? Si: Sigue a la act, 10 NO: se devuelva a la act. 8	Subsecreatria en coordinación con Depedencias misioanles	Acta de aprobación o no del proyecto por parte de aliados estratégicos, con proyecto aprobado anexo
[redacted]	Subsecretaría	Acto Administrativo de formalización de los proyectos de las iniciativas de cooperación

6. Aclaración de las actividades

1. **Identicación de Necesidades e iniciativas de cooperación** . La identificación de necesidades se realizará a través de un registro de identificación de necesidades de cooperación, de acuerdo a las prioridades de la entidad

6. **Identicación de socios y aliados estratégicos.** Para tal fin se elaborará un registro de datos empresariales e internacionales en donde se clasificarán de acuerdo al tipo de actividad que desarrollan.
8. **Elaboración y aprobación del proyecto de iniciativa de cooperación**: La aprobación del proyecto deberá contar con los respectivos avales financieros

0036 22 DIC 2015

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO: MEJORA CONTINUA
PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FORMATO: MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS INT 7109 - 07/02/2013

CÓDIGO	F-MC-AR-001
VERSIÓN	1
FECHA	07/02/2013
PÁGINA	1 de 2

(1) Nombre del proceso: Direccionamiento de servicios sociales

(2) Objetivo del proceso: Liderar y orientar el diseño de los servicios sociales integrales del Distrito Capital, asegurando su accesibilidad, oportunidad, continuidad, disponibilidad y adaptabilidad, de forma transectorial, para contribuir con la garantía de los derechos, y promover el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas, en el marco de las políticas sociales.

(3) Servicio social (si aplica)	(4) Código N°	(5) FACTORES DE RIESGOS (8) Causa: (Factores Internos y Externos, Agente Generador)	(7) Origen	(5) IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS (9) Riesgo	(10) Descripción	(11) Efectos o Consecuencias	(12) Riesgo de Corrupción	(13) CIRCULAR OFICIALIZACIÓN N°	Día	Mes	Año	(14) CIRCULAR REVALORACIÓN Decisión	N°	Día	Mes	Año	(15) CLASIFICACIÓN	(16) CALIFICACIÓN (17) Probabilidad de Ocurrencia		(18) Impacto		(19) Calificación inicial	(20) EVALUACIÓN DEL RIESGO	(21) VALORACIÓN (19) CONTROLES (22) Existen	(23) Descripción	(24) Clase	(25) Documentados	(26) Se aplican	(27) Efectividad	(28) Calificación final	(29) EVALUACIÓN DEL RIESGO
N/A	RDSS-1	1. Devolución de las respuestas por parte de la oficina de correspondencia 2. Inoportunidad en el cargue de la respuesta en el SDQS 3. Inoportunidad en el cargue de los requerimientos recepcionados directamente en las dependencias parametrizadas	Interno	Que se entreguen inoportunamente o no se entreguen las respuestas a los peticionarios	Al momento que las respuestas a los peticionarios no se den dentro de los términos establecidos o no sean conocidas por el ciudadano o ciudadana, estas pueden interponer acciones disciplinarias.	*Agotamiento de los términos legales para la respuesta *Acciones legales en contra de la entidad, Silencio administrativo, Tutela *Apertura de procesos disciplinarios a servidores públicos	NO	8	21	2	2012	Actualización					Operativo	A. Casi certeza	5	Moderado	3	15		Existe	*Alertas tempranas enviadas desde SIAC central a cada Usuario-a responsable y designados para la operación del SDQS, en las dependencias parametrizadas en la SDIS * Seguimiento y Acompañamiento permanente del SIAC Central a las dependencias parametrizadas. * Proyección y publicación de aviso, junto con la respuesta, en la pagina web, SDQS y carteleras informativas de la SDIS	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	8	
N/A	RDSS-3	1. Errores en el diligenciamiento del Instrumento Unico de verificación - IUV o acta por parte equipo interdisciplinario. 2. Inadecuado funcionamiento del SDQS y/o el servicio de internet en la SDIS	Interno	Respuesta inoportuna del requerimiento de verificación de estándares	Respuesta fuera de los terminos establecidos en el código contencioso administrativo relacionado con la verificación de estandares para la prestación de los servicios sociales en el Distrito Capital.	*Acciones legales en contra de la entidad, Silencio administrativo, Tutela *Apertura de procesos disciplinarios a servidores públicos	NO	8	21	2	2012	Actualización					Operativo	E. Raro	1	Moderado	3	3		Existe	* Seguimiento a cada uno de los requerimientos de verificación de estanderes por parte del área de inspección y vigilancia. * Seguimiento permanente a las visitas realizadas	Preventivo	Sin documentar	Se aplica	Disminución de impacto	2	
N/A	RDSS-4	No se cuenta con un sistema de información que contenga los datos obtenidos en la verificación de condiciones y de las instituciones.	Interno	Perdida de información	Hace referencia a que la información actualmente se almacena en tablas de excel, donde no se tiene seguridad de los datos recopilados.	* No se puede garantizar la función de inspección y vigilancia que tiene asignada la entidad dentro de sus funciones, para los servicios que cuentan con lineamientos técnicos.	NO	8	21	2	2012	Actualización					Tecnología	D. Improbable	2	Mayor	4	8		Existe	*Definir los requerimientos y necesidades para el sistema de información. *Consolidar la información en excel.	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	3	
N/A	RDSS-5	1. Inadecuada utilización de las herramientas informáticas y de los canales de comunicación 2. Falta de implementación de los manuales de servicio a la ciudadanía de la SDIS. 3. No se cuenta con la totalidad el talento humano cualificado para la atención de la ciudadanía	Interno	Que se preste atención inadecuada e inoportuna en los SIAC frente a las solicitudes de la ciudadanía	Que la atención y la información suministrada en los SIAC no garantice el derecho a la información, comunicación y conocimiento	* Quejas frente a los servidores, servidoras y colaboradores de la SDIS. * Reclamos frente a los servicios sociales prestados por la SDIS y Operadores	NO	8	21	2	2012	Actualización					Operativo	D. Improbable	2	Menor	2	4		Existe	*Manuales de Atención a la Ciudadanía *Cualificación permanente al equipo de servidores, servidoras y colaboradores *Seguimiento y acompañamiento desde el SIAC central a los SIAC Locales. *Actualización periódica de las herramientas informáticas y de los canales de comunicación.	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de probabilidad	2	
N/A	RDSS-8	1. La no entrega oportuna de documentación por parte de la entidad que requiere el beneficio establecido en el Acuerdo 196 de 2005 y el Decreto 063 de 2006 2. Falta de personas idóneas para el análisis de la documentación presentada por los solicitantes del beneficio.	Externo Interno	Que no se reporte oportunamente a las entidades certificadas por la SDIS que cumplieron lo establecido en el Acuerdo 196 de 2005 y el Decreto 063 de 2006.	En el momento en que la SDIS no haga entrega de la relación de entidades certificadas dentro de los terminos de ley, la secretaria de Hacienda o Impuestos Distritales no aplicarán el beneficio.	* Acciones legales contra la SDIS por la no certificación y reporte del cumplimiento de requisitos para acceder al beneficio solicitado.	NO	8	21	2	2012	Actualización					Operativo	C. Posible	3	Mayor	4	12		Existe Existe	*Informe Realización de Visita y aplicación del instrumento oficial *Expedición de Certificación. *La persona que realiza el procedimiento es profesional en derecho	Preventivo Preventivo	Documentado Documentado	Se aplica Se aplica	Disminución de probabilidad	8	
N/A	RDSS-12	1. Inoportunidad en la revisión del contenido de los requerimientos. 2. Falta de apropiación del procedimiento por parte de los responsables	Interno	Que no se remita el requerimiento del-a ciudadano-a a la entidad competente informando al requirente sobre el traslado	El responsable de analizar y determinar la competencia NO traslada el requerimiento a la entidad competente NI informa al ciudadano-a	* Acciones legales en contra de la entidad, Silencio administrativo, Tutela * Apertura de procesos disciplinarios a servidores públicos	NO										Operativo	C. Posible	3	Menor	2	6		Existe	Socialización permanente del Procedimiento a seguir	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de probabilidad	4	
N/A	RDSS-13	El responsable de proyectar respuesta NO revisa, modifica y redacta la respuesta con base en las orientaciones dadas.	Interno	Que se remitan a la ciudadanía respuestas sin criterios de oportunidad, coherencia, claridad y calidez	Que la respuesta del requerimiento ciudadano no sea de fondo	* Acciones legales en contra de la entidad, Silencio administrativo, Tutela * Apertura de procesos disciplinarios a servidores públicos	NO										Operativo	C. Posible	3	Moderado	3	9		Existe	Socialización permanente de los criterios a tener en cuenta para las respuestas	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	4	
N/A	RDSS-14	1. Ausencia de modelos de atención o caracterización de los servicios 2. Falta de conocimiento y apropiación del procedimiento para formulación de estándares de calidad por parte de las áreas técnicas 3. En las áreas técnicas no se asigna un equipo con el dominio y competencia frente al funcionamiento del servicio	Interno Interno Interno	Que se formulen inadecuadamente los estándares de calidad para los servicios	La Falta de conocimiento de los lineamientos y directrices para la operación del servicio, y la no aplicación de la metodología institucional dificulta la correcta formulación de los estándares de calidad para los servicios	* Prestación de servicios sin requisitos de calidad o con requisitos mal formulados.	NO										Operativo	C. Posible	3	Moderado	3	9		Existe	* Aplicación de la Ficha Técnica del estado de los servicios. * Socializaciones del procedimiento con los equipos técnicos de los servicios a estandarizar. * Acta o memorando donde se relacionen e informen al jefe de dependencia responsable del servicio, las caracteristicas que debe tener el equipo técnico que acompañará la formulación de los estándares.	Preventivo Preventivo Preventivo	Documentado Documentado Documentado	Se aplica Se aplica Se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	4	
N/A	RDSS-15	La falta de unidad de criterio frente a la necesidad de los estándares entre las áreas que emiten las respectivas viabilidades (Oficina Asesora Jurídica, Dirección de Análisis y Diseño Estratégico, Subsecretaría).	Interno	Que no se cuente con las viabilidades jurídicas y económicas en los tiempos establecidos.	Las viabilidades jurídicas y económicas son determinantes para la aprobación de los estándares.	* No aprobación de los estándares	NO										Operativo	B. Probable	4	Mayor	4	16		Existe	Mesas de trabajo previas	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de Impacto y Probabilidad	9	

0036 22 DIC 2015

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO: MEJORA CONTINUA
PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FORMATO: MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS INT 7109 - 07/02/2013

CÓDIGO	F-MC-AR-001
VERSIÓN	1
FECHA	07/02/2013
PÁGINA	1 de 2

(1) Nombre del proceso: PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

(2) Objetivo del proceso: Prestar servicios sociales con estándares de calidad, que contribuyan progresivamente al mejoramiento de calidad de vida de las personas mediante la prevención de vulneración de derechos, la promoción y restitución de los mismos como instrumento de la implementación de las políticas sociales

(3) Servicio social (si aplica)	(4) Código N°	(6) FACTORES DE RIESGOS		(5) IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			(12) Riesgo de Corrupción	(13) CIRCULAR OFICIALIZACIÓN				(14) CIRCULAR REVALORACIÓN					(15) CLASIFICACIÓN	(16) CALIFICACIÓN					(20) EVALUACIÓN DEL RIESGO	(21) VALORACIÓN							(29) EVALUACIÓN DEL RIESGO
		(8) Causa: (Factores Internos y Externos, Agente Generador)	(7) Origen	(9) Riesgo	(10) Descripción	(11) Efectos o Consecuencias		N°	Día	Mes	Año	Decisión	N°	Día	Mes	Año		(17) Probabilidad de Ocurrencia		(18) Impacto		(19) Calificación inicial		(19) CONTROLES							
																									(22) Existen	(23) Descripción	(24) Clase	(25) Documentados	(26) Se aplican	(27) Efectividad	(28) Calificación final	
Desarrollo de Capacidades y Potencialidades en Centros Día	RPSS18-06	Existe una carga contractual para hacer el respectivo seguimiento individual a los participantes.	Interno	Que no se cumpla con el Plan de Atención PAIIN	Debido a que los profesionales manejan una carga contractual alta, se pueden generar retrasos en los seguimientos oportunos al PAIIN	* Hallazgos por parte de los entes de control	NO										Operativo	B. Probable	4	Moderado	3	12		No existe	Definir las cargas de los puestos de trabajo y obligaciones contractuales.	Preventivo	Sin documentar	No se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	6	
	RPSS18-07	Retrasos en los periodos de contratación de los profesionales.	Interno	Que la capacidad de personal sea insuficiente para atender el servicio.	Existen periodos en los cuales se altera la prestación del servicio por la falta de talento humano generando retrasos en los procesos, aumentando la carga laboral	* No se presta un servicio de manera oportuna para las personas mayores	NO										Operativo	C. Posible	3	Moderado	3	9		Existe	1 Definir con claridad los perfiles que se requieren del Talento Humano para la operación de cada Centro.	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	4	
																										2 Seguimiento al proceso de contratación del talento humano para el funcionamiento de los centros.	Preventivo	Documentado	Se aplica			
	RPSS18-08	No existe apropiación de los procedimientos por parte de los funcionarios del servicio.	Interno	Que se incumplan los procedimientos	El desconocimiento de los procedimientos genera que no se brinde una atención acorde con las necesidades de la población.	* Inconsistencias en la prestación del servicio.	NO										Operativo	C. Posible	3	Moderado	3	9		Existe	1 Socialización de los procedimientos generales de la prestación de los servicios sociales, en el marco del Sistema Integrado de Gestión.	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	4	
																										2 Inducción al equipo cada vez que exista rotación o personal nuevo.						
	RPSS18-09	Falta de mantenimientos preventivos en infraestructura, equipos y reparaciones o adecuaciones inoportunas (se programan en fechas distantes)	Interno	Que no se cuente con los espacios adecuados y seguros requeridos para el servicio.	El servicio no cuenta con los espacios apropiados para la prestación del servicio como por ejemplo se presentan obstaculos para el acceso de las personas mayores, infraestructura deteriorada.	*Disminución en la calidad del servicio prestado a la población * Accidentes por factores físicos de infraestructura	NO										Operativo	C. Posible	3	Moderado	3	9		Existe	1 Oficializar el estander de Espacios adecuados y seguros para los Centros Día	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	4	
																									Existe	2 Oficiar en los tiempos adecuados a la Subdirección de Plantas Físicas.	Preventivo	Documentado	Se aplica			

0036 - 22 DIC 2015

La versión de este documento puede estar desactualizada, consulte la versión oficial vigente en el módulo SIG de la Intranet

1. Objetivo del procedimiento

Dar acceso a nueve (9) servicios sociales[1] que presta la SDIS, a las personas del DC que cumplan los criterios de ingreso definidos para los mismos en el marco de los derechos, la corresponsabilidad ciudadana y de la transparencia en la gestión institucional, con el fin de iniciar adecuadamente el proceso de atención establecido por la entidad.

2. Glosario

Atención intramural: Forma de atención que se lleva a cabo dentro de las instalaciones de la Subdirección Local para la Integración Social, en la cual se brinda orientación, información y referenciación; contextualizando a los ciudadanos-as acerca de la SDIS, teniendo en cuenta la entidad, connotación de derechos desde los servicios sociales, concepción del carácter público, diferencia entre lo Estatal y gubernamental, el papel de la-el ciudadana-o como sujeto de derechos, los servicios sociales y la importancia de garantizar la atención a la ciudadanía por parte del-la servidor-a público. En estas atenciones grupales los ciudadanos-as tienen la posibilidad de reconocer a los demás como pares ciudadanos, aportando solidariamente a la resolución de las distintas situaciones[2].

Atención extramural: Espacio pedagógico de reflexión ciudadana, que permite un acercamiento directo con la ciudadanía en los territorios sociales (...)[3].

Comité técnico para excepcionalidad: instancia de decisión de los casos de excepcionalidad en relación con los criterios de identificación, asignación y permanencia, que a juicio de los Subdirectores(as) Técnicos(as) del Nivel Central y Local deban ser

[1] Ver condiciones generales del procedimiento (capítulo 3)
[2] Circular 007 del 25 de marzo de 2014. Procedimiento para la Orientación, Información y Referenciación a personas y familias atendidas por emergencias sociales. P 7
[3] Ibíd. P 7

0036 -- 22 DIC 2015

conocidos por el comité. [4]

Criterios de Identificación: Son los parámetros mediante los cuales la Secretaría Distrital de Integración Social determina, con base en la lectura de realidades, la inclusión de la población en las modalidades de servicios sociales a través de los cuales se promueven, protegen y restablecen los derechos de los ciudadanos y ciudadanas.[5].

Criterios de Priorización: Son los parámetros adicionales a los criterios de identificación, que permiten fijar un orden de ingreso a los servicios, cuando la demanda ciudadana, supera la oferta institucional.[6].

Estado: Es la descripción administrativa del tipo de vinculación que el Ciudadano o Ciudadana tiene con las modalidades de Servicio social, los estados posibles son: Identificado, inscrito, en atención, suspendido, atendido.[7]

Identificación: Es la etapa del procedimiento mediante el cual la Secretaría Distrital de Integración Social registra los datos básicos del ciudadano o ciudadana como primer contacto en la línea de atención. (los ciudadanos y ciudadanas que se encuentran en este estado están identificados).[8].

Ingreso: Es la etapa inicial del procedimiento de acceso a las modalidades de los servicios sociales en donde se identifica al ciudadano o ciudadana y se inscribe previo cumplimiento de criterios.[9].

Ingreso por Excepción: Es una activación mediante la cual se vincula beneficiario(a) (activo) de un servicio social a un ciudadano o

[4] Resolución 767 de 13 de agosto de 2009. Por la cual se reglamenta el Consejo para la Gestión Integral Social. Artículo 18.
[5] Criterios de identificacion, priorización, restricciones por simultaneidad y egreso, para el acceso a los servicios sociales. Documento asociado al proceso de direccionamiento estratégico. P 121..
[6] Ibíd. P 121.
[7] Ibíd. P 124.
[8] Ibíd. P. 125.
[9] Ibíd. P. 125.

0036 22 DIC 2015

ciudadana que no cumple con los criterios de ingreso y priorización pero que en razón a situaciones legales o de evidente vulneración requiere la vinculación autorizada por el Comité Técnico para la Excepcionalidad de la SDIS.[10].

SIRBE: sistema misional de información para registro de beneficiarios[11]

Subdirección técnica: Subdirección para la Infancia, Subdirección para la Juventud, Subdirección para la Adultez, Subdirección para la Vejez, Subdirección para la Familia, Subdirección para la Gestión Integral Local, Subdirección para la Identificación, Caracterización e Integración, Subdirección para Asuntos LGBT o Subdirección Local para la Integración Social, según decretos distritales 607/07 y 149/12.

3. Condiciones generales

a) Este procedimiento es aplicable únicamente a los siguientes servicios sociales:
   (1) Mi vital alimentario
   (2) Atención integral externa a personas mayores de 18 años con discapacidad – Integrarte
   (3) Desarrollo de capacidades y oportunidades en centros de protección social
   (4) Desarrollo de capacidades y potencialidades con apoyo económico tipo A, B, B desplazados y C
   (5) Desarrollo de capacidades y potencialidades con apoyo económico cofinanciado D
   (6) Desarrollo de capacidades y potencialidades en centros día
   (7) Desarrollo de capacidades y potencialidades en centro noche
   (8) Atención integral a personas de los sectores LGBTI, sus familias y redes de apoyo
   (9) Atención integral a ciudadanos habitantes de calle

a) Si el servicio social que solicita el ciudadano-a cuenta con directrices específicas de ingreso (procedimientos, instructivos, protocolos, etc.) se deben aplicar dichas directrices de manera adicional a este procedimiento

[10] Ibíd.. P 125.
[11] Secretaria Distrital de Integración Social. Instructivo de diligenciamiento ficha SIRBE cabezote SDIS. Bogotá D.C., 2014. p. 4.

0036 -- 22 DIC 2015

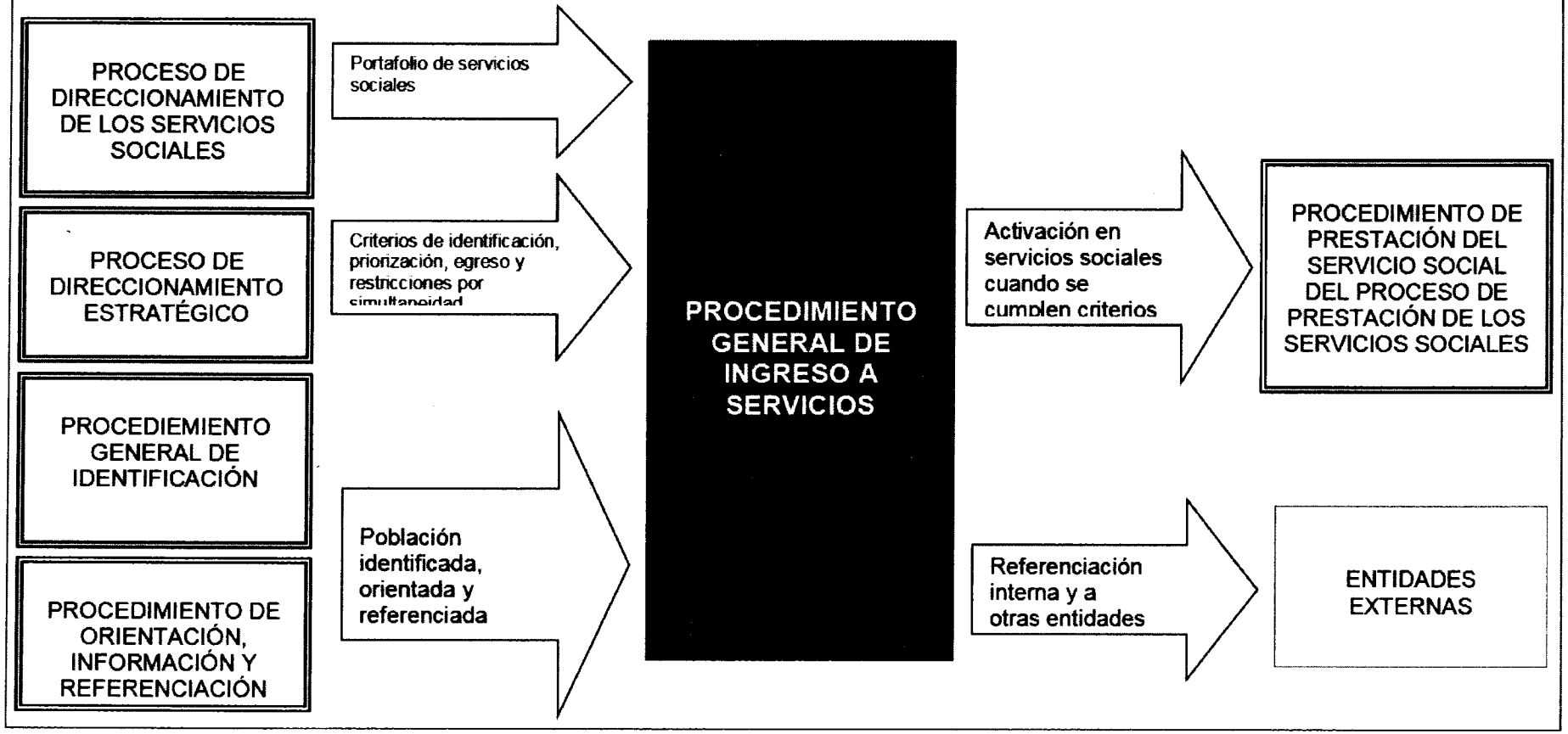
b) Debe estar oficialmente definido el **portafolio** de servicios sociales de la entidad.
c) Deben estar oficialmente definidos los Criterios de Ingreso, Egreso, Priorización y Restricciones por Simultaneidad para el acceso a los servicios de la Secretaría Distrital de Integración Social.

Son referencia jurídica del procedimiento:

Decreto Distrital 607 de 2007. Por el cual se determina el Objeto, la Estructura Organizacional y Funciones de la Secretaría Distrital de Integración Social.
Resolución 767 de 2009 Por la cual se reglamenta el Consejo para la Gestión Integral Social de la Secretaría Distrital de Integración Social.

0036 22 DIC 2015

4. Relación con otros procedimientos y procesos



0036 -- 22 DIC 2015

5. Diagrama de flujo del procedimiento

Subdirección técnica que presta el servicio (equipo del servicio social)	Secretaria técnica consejo GIS	Activo de información
Inicio **(Viene del procedimiento general de identificación de población PCD-PS-ID-558)** **0. Determine si la ciudadanía solicita ingreso a los servicios sociales** **Si solicita ingreso: pase a actividad 1** **No solicita ingreso: aplique procedimiento de recolección y digitación PCD-DO-RS-081-B (subproceso) del proceso de gestión del conocimiento**		
1. Consulte la base SIRBE para verificar datos de la ciudadanía		

0036 - 22 DIC 2015

Subdirección técnica que presta el servicio (equipo del servicio social)	Secretaría técnica consejo GIS	Activo de información
Punto de control **3. Realice visita domiciliaria** **¿Se requiere ingreso por excepcionalidad?** **Sí: pase a actividad 4** **No: pase a actividad 8**		3. Formato General Visita Domiciliaria COD F-PS-IN-002 diligenciado
4. Documente el caso aplicando el protocolo para presentación de casos excepcionales P-PS-IN-001 (subproceso) del proceso de prestación de los servicios sociales		
	5. Cite al Comité Técnico para la Excepcionalidad aplicando el protocolo para presentación de casos excepcionales P-PS-IN-001 (subproceso) del proceso de prestación de los servicios sociales	

0036 - 22 DIC 2015

Subdirección técnica que presta el servicio (equipo del servicio social)	Secretaria técnica consejo GIS	Activo de información
2. Haga validación de criterios para el ingreso del-a ciudadano-a al servicio social, diligenciando la ficha SIRBE mediante el procedimiento de recolección y digitación PCD-DO-RS-081-B (subproceso) del proceso de gestión del conocimiento y determine: **¿Cumple criterios?** **Si: pase a actividad 9 y 10** **No: pase a actividad 8** **Se requiere información adicional: pase a actividad 3**		

0036 -- 22 DIC 2015

Subdirección técnica que presta el servicio (equipo del servicio social)	Secretaría técnica consejo GIS	Activo de información
6 y 7. Reúnase con el Comité Técnico para la Excepcionalidad aplicando el protocolo para presentación de casos excepcionales P-PS-IN-001 (subproceso) del proceso de prestación de los servicios sociales **¿Se aprueba ingreso por excepcionalidad?** **Sí: pase a actividad 9 y 10** **No: pase a actividad 8**		
8. Notifique al ciudadano-a las razones de su no acceso a los servicios sociales		8. Constancia de notificación
9 y 10. Verifique disponibilidad de cupo ¿El servicio social dispone de cupo? Sí: pase a actividad 12 No: pase a actividad 11		
11. Notifique al ciudadano-a y Haga el registro de la información en SIRBE (cambio de estado a inscrito) y vuelva a actividad 9 y 10		11.1. Constancia de notificación 11.2. SIRBE

0036 - 22 DIC 2015

Subdirección técnica que presta el servicio (equipo del servicio social)	Secretaría técnica consejo GIS	Activo de información
		12.1. Constancia de notificación 12.2. SIRBE

6. **Aclaración de las actividades:**

1. **CONSULTE EL SISTEMA MISIONAL (SIRBE), PARA VERIFICAR DATOS DE LA CIUDADANÍA:** La – el profesional del servicio social consultará el número de identificación en el sistema de información misional de la SDIS, con el propósito de identificar si el –la ciudadano –a, cuenta con algún tipo de actuación

2. **HAGA VALIDACIÓN DE CRITERIOS PARA EL INGRESO DEL-A CIUDADANO-A EN LOS SERVICIOS SOCIALES:** Consulte en SIRBE y las bases de datos que le permitan verificar que la - el ciudadana - o solicitante no está activo en otro servicio social que le genere simultaneidad o incumplimiento de otros criterios de ingreso a los servicios sociales vigentes.

3. **REALICE VISITA DOMICILIARIA:** En caso de ser necesario profundizar en la información suministrada por la - el ciudadana-o, y de necesitar verificación de la misma, programe una visita domiciliaria y desarróllela de acuerdo a los documentos oficiales vigentes (instructivos, protocolos, formatos, entre otros).

4. **DOCUMENTE EL CASO Y PRESENTELO AL COMITÉ TÉCNICO PARA LA EXCEPCIONALIDAD:** Si se identifica que a pesar de no cumplir con los criterios de ingreso al servicio social, el ciudadano-a necesita la atención, debe documentar el caso a partir de la visita domiciliaria, solicitando copia de los documentos de identificación del núcleo familiar, copia de un

0036 22 DIC 2015

7. Posibles productos o servicios no conformes

ACTIVIDAD	PRODUCTO	CRITERIO DE ACEPTACIÓN	TRATAMIENTO	REGISTRO
3. Realice visita domiciliaria	Formato de visita domiciliaria	**Completitud**: El formato de visita domiciliaria debe tener el total diligenciamiento de las variables que lo componen, con el fin de que permita la celeridad en las acciones, promueva la eficacia y mitigue los re-procesos. **Coherencia**: La información capturada en el formato de visita domiciliaria debe ser coincidente con la ya suministrada por el –la ciudadano-a en la solicitud inicial.	Revisión y devolución de los formatos que presenten inconsistencias de forma y de fondo.	F-IM-PRO

	ELABORO		REVISO	APROBO	
NOMBRE	Andrés Penagos Guarnizo Giovanna Rivera Paez	Viviana Turriago Mejía María de Pilar Trespalacios Diana Marcela Puerto María Adela Mena Bejarano Sandra Avila Pérez	VIRGINIA ALEMÁN	MARIA ANTONIA VELASCO GUERRERO	DIANA MIREYA PARRA CARDONA
CARGO	**Gestoras- es SIG** Gestor Subdirección para la Infancia Gestora Subdirección para la Vejez	Gestora Subdirección para la Familia Gestora Subdirección para la Gestión Integral Local Gestora Subdirección para la Caracterización e Integración Gestora PPSS	SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIÓN E INFORMACIÓN	Directora Territorial – Lideresa Proceso Prestación de los Servicios Sociales	Subsecretaria – Lideresa del proceso de direccionamiento de los servicios sociales.

0036-2 22 DIC 2015

recibo de servicio público domiciliario para verificar el domicilio de la familia, los documentos deberá presentarlos al Comité Técnico para la Excepcionalidad.

5. **CITE AL COMITÉ TÉCNICO PARA LA EXCEPCIONALIDAD:** La Subdirección técnica local para la integración social o la Subdirección técnica central, que requiera presentar el caso al Comité Técnico para la Excepcionalidad para definir el ingreso o no de un-a ciudadana-a a un servicio social, lo hará solicitando a la secretaría técnica del consejo para la Gestión Integral Social de acuerdo a lo definido en el acto administrativo vigente (Resolución 767 de 2009) o el que la modifique.

8. **INFORME AL CIUDADANO-A LAS RAZONES DE SU NO ACCESO A LOS SERVICIOS SOCIALES:** Si el ciudadano-a no cumple con los criterios de ingreso, o la decisión del comité técnico para la excepcionalidad fue negativa frente a la presentación del caso, infórmele de manera escrita las razones por las cuales no puede acceder en ese momento al servicio social.

9 y 10. VERIFIQUE DISPONIBILIDAD DE CUPO: El – la profesional responsable, verifica la disponibilidad de cupos disponibles de acuerdo a la cobertura programada por centro de atención.

11. **HAGA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN EN SIRBE (CAMBIO DE ESTADO A INSCRITO):** En caso de que en el momento no haya cupos disponibles, registre la información en SIRBE y realice el cambio de estado ha estado "inscrito".

12. **HAGA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN EN SIRBE (CAMBIO DE ESTADO A EN ATENCIÓN):** En caso de que si hayan cupos disponibles, registre la información en SIRBE y realice cambio de estado a estado "en atención", seguido a esto Infórmele al - la ciudadano - a de viva voz, su activación en el servicio social. En caso de ser ingresado por resolución de excepcionalidad, remita comunicación escrita.

E: 9 E 0 0 9102 JIO 22

3. Condiciones generales

Preparación previa de Insumos: El/la Subdirector/a Local responsable de la unidad operativa y dependencia responsable del servicio social, previo a la entrega del paquete alimentario de contingencia deberán planear y coordinar como mínimo la siguiente información:

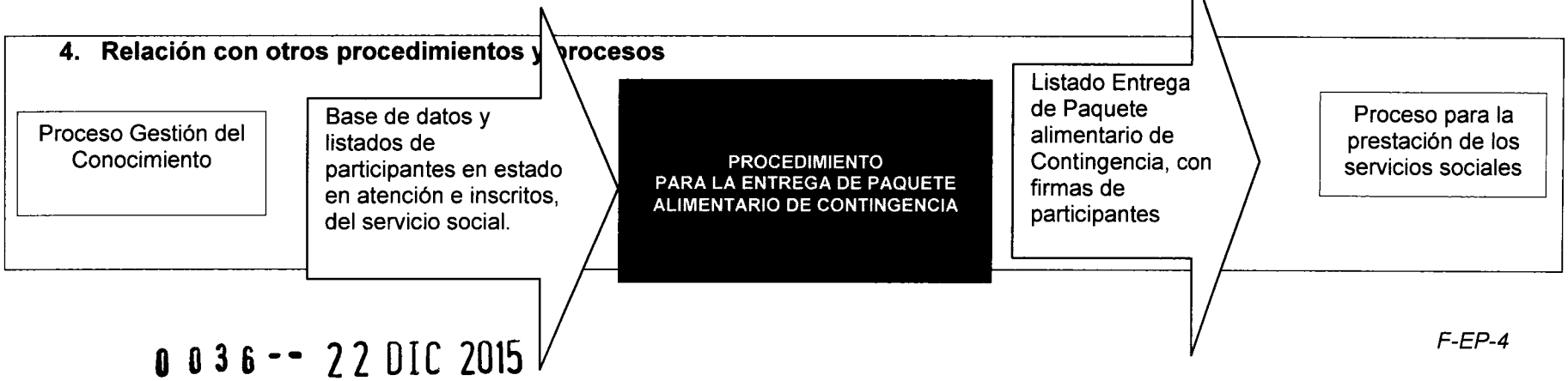
- Número de días de suspensión del servicio social.
- Tipo y número de paquetes alimentarios a entregar.
- Punto y día de entrega.
- Identificación de responsables del servicio social.

Responsables de la entrega del paquete alimentario de contingencia: La entrega del paquete alimentario la realiza el operador contratado por la SDIS, en coordinación con el referente local del servicio o el coordinador responsable de la unidad operativa de acuerdo al servicio social o a quien delegue y la Interventoría y/o Supervisión.

Para el caso de comedores comunitarios- Centro de Referenciación y Desarrollo de Capacidades -CRDC, debe estar presente el referente local del proyecto.

Otros Insumos: Para la entrega del paquete alimentario de contingencia por parte del operador, se debe contar con el listado de participantes en atención e inscritos del servicio social que será elaborado en el Formato Listado de Entrega Paquete Alimentario de Contingencia.

4. Relación con otros procedimientos y procesos



0036 -- 22 DIC 2015

La versión de este documento puede estar desactualizado, consulte la versión oficial vigente en la intranet – Sistema Integrado de Gestión

1. Objetivo del procedimiento

Realizar la entrega de un paquete alimentario de contingencia, a los participantes de los servicios sociales que se ven afectados por la suspensión de éstos, con el fin de garantizar el suministro alimentario.

2. Glosario:

Paquete alimentario de contingencia: Consiste en la entrega de alimentos de forma individual a los participantes en estados:en atención e inscritos de los servicios sociales de la Secretaria Distrital de Integración Social -SDIS que cuentan con apoyo alimentario, con el fin de satisfacer las necesidades alimentarias durante el período de suspensión del servicio. El paquete alimentario de contingencia se compone por alimentos perecederos (Grupo 1: tubérculos y plátanos, Grupo 2: verduras y Grupo 3: frutas) y alimentos no perecederos (Grupo 1: cereales, Grupo 4: huevos y leguminosas, Grupo 5: lácteos, Grupo 6: aceites y Grupo 7: dulces y otros).

Suspensión del servicio: Es la interrupción de la prestación de un servicio social de la SDIS durante un tiempo, generado por causas de fuerza mayor (interrupción de servicios públicos ajenos al cumplimiento de las obligaciones administrativas, eventualidades que interfieran en el normal desarrollo de los procesos contractuales, emergencias de origen natural o antrópico), o por solicitud de la Secretaria Distrital de Salud.

Servicio Social: Es un instrumento de política social que se materializa en un conjunto de acciones integrales de carácter prestacional, con talento humano, recursos físicos, técnicos y financieros que contribuyen a la garantía de los derechos y el mejoramiento de la calidad de vida de personas, familias y comunidades en el territorio. (Fuente: SDIS, CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN, PRIORIZACIÓN, RESTRICCIONES POR SIMULTANEIDAD Y EGRESO, PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS SOCIALES DE LA SDIS, versión 3, p.127)

Tipo de Paquete Alimentario de Contingencia: Hace referencia a la conformación del paquete alimentario, de acuerdo al número de días que se atenderá al participante, al tipo de contratación que se tenga y al servicio social de la SDIS.

0036 22 DIC 2015

5. Flujograma del procedimiento

RESPONSABLES Y ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO:

SLIS (COORDINADOR/A DE LA UNIDAD OPERATIVA O NUTRICIONISTA LOCAL O REFENTES LOCALES)	DEPENDENCIA RESPONSABLE DEL SERVICIO QUE SE SUSPENDE	SUBDIRECCIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL LOCAL - GIL	ACTIVOS DE INFORMACIÓN
Inicio			
1. Identifique previamente las causas de una posible suspensión			Correo Electrónico dirigido a dependencia responsable del servicio
1A. Determine los días de suspensión, tipo de paquete, cantidades, punto y día propuesto de entrega y demás logística requerida			Correo Electrónico dirigido a dependencia responsable del servicio
	2. Solicitea la Sub. GIL paquete alimentario de contingencia		Diligenciar el formato "Solicitud paquete Alimentario de contingencia"
	3. Solicite a la Sub. GIL la logística		Correo Electrónico
		4. Programe entrega del paquete alimentario de contingencia	Correo Electrónico a la dependencia responsable del servicio anexando programación

0036 - 22 DIC 2015

5. Genere y organice listados de entrega			Diligenciar Formato "Listado Entrega de Paquete alimentario de Contingencia"
6. Convoque a los participantes que recibirán el paquete alimentario de contingencia. Asiste el participante con su documento de identidad? Sí: Pase a la actividad 7 No: Pase a la Actividad 7A			
7. Entregue paquete alimentario de contingencia y pase a la actividad 8			7.1. Formato "Listado Entrega de Paquete alimentario de Contingencia", con firmas de participantes 7.2. Acta de entrega
7A. Regresa el paquete de contingencia al Operador			
8. Verificación de cantidades			Acta
PUNTO DE CONTROL 9, Devuelvaa la Sub. GIL listados firmados de Paquetes de Contingencia.			
10 Realice reunión de Seguimiento y aplique Lineamiento L-BS-003 de Organización de Archivos Institucionales Fin			Acta

U 0 3 6 22 DIC 2015

Para el caso de comedores comunitarios –CRDC los participantes serán convocados por los y las Referentes Locales y para el caso de otras unidades operativas los convocará el coordinador/a de la unidad operativa o su delegado.

Actividad 7 Entrega paquete alimentario de contingencia: El operador debe organizar la logística en el punto de entrega y la ubicación del vehículo y realizar la toma de firmas en los listados.
La SLIS, deberá organizar a los participantes de acuerdo a la metodología que establezca para la entrega del paquete alimentario de contingencia.

El/la Referente o Coordinador/a de la unidad operativa debe informar a los participantes que el paquete alimentario de contingencia corresponde a una entrega individual, con aportes nutricionales del 35 al 40%, los alimentos que componen el paquete, el tiempo de cobertura, y recomendar la revisión de los productos al momento de recibirlo.

El operador debe realizar la entrega del paquete alimentario a los participantes, quienes deben presentar su documento de identificación original o contraseña (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad). La entrega se realizará solo a mayores de catorce (14) años.

Para los menores de catorce, deberá firmar el recibido del paquete alimentario de contingencia, sus padres, acudientes o jefe de núcleo familiar, quienes deben encontrarse caracterizados en la ficha SIRBE, para lo cual deberá presentar el NUIP, NIT, registro civil o carné de identificación, además del documento original del autorizado. De lo contrario, deberán utilizar el Formato Autorización Entrega del Paquete Alimentario de Contingencia. En el acta levantada el día de la entrega, deberá relacionarse los nombres y apellidos de los participantes en atención e inscritos que autorizaron la entrega del paquete, así como los nombres y apellidos de los autorizados. Las autorizaciones originales deben archivarse con las actas en la Subdirección Local de Integración Social – SLIS.

En caso que la SGIL, requiera copia de las autorizaciones, la SLIS deberán remitir estos soportes.

Cuando existan entregas de paquetes alimentarios de contingencia en puntos simultáneos en la ciudad, por la logística que se requiere, el operador podrá dejar los paquetes a cargo del/ la Coordinador/a de la unidad o a quien delegue deberá realizar la entrega de los paquetes. Al momento del recibo de los paquetes por parte de la unidad operativa, es necesario registrarlo en un acta.

La convocatoria y entrega de paquetes alimentarios a participantes en estado inscrito, la definirá la SDIS de acuerdo a la gestión que realice al momento de convocar, situación que debe quedar registrado en el acta levantada el día de la entrega.

6. Aclaración de las actividades

Actividad 1 – Actividad 1A. Identificación previa (días de suspensión, tipo de paquete, cantidades, punto y día de entrega): El/la Coordinador/a de la unidad operativa en conjunto con el equipo de la Subdirección Local o dependencia responsable respectiva, deberá definir de acuerdo a las causas y número de días de cierre de la unidad operativa, el tipo de paquetes alimentarios de contingencia a solicitar, para lo cual debe tenerse en cuenta si existen históricos de entregas y/o asistencia de participantes, de modo que se eviten devoluciones de paquetes alimentarios de contingencia. Es importante definir el lugar, la persona que va acompañar la entrega, la fecha y hora probables para la entrega.

Actividad 2 Solicitud paquete alimentario de contingencia: El jefe de la dependencia responsable del servicio a suspender, hará la solicitud del paquete alimentario de contingencia a través de correo electrónico a la Subdirección para la Gestión Integral Local diligenciando el Formato Solicitud Paquete Alimentario de Contingencia.

Actividad 3 Solicitud de logística: La dependencia responsable a través de correo electrónico, solicitará a la Subdirección para la Gestión Integral Local – SGIL gestionar ante el operador la logística necesaria como mesas, sillas y/o carpas que posiblemente pudieran requerirse para la entrega del paquete alimentario de contingencia de acuerdo a lo contratado.

Actividad 4 Programación de entrega del paquete alimentario de contingencia: El pedido lo realizará la Subdirección para la Gestion Integral Local -SGIL, reenviando el correo de solicitud al operador, Interventoría y/o supervisión, Coordinador del proyecto, Subdirectores/as Local y dependencia responsable del servicio, Nutricionista Local, referente de pedidos de alimentos SGIL y referente local confirmando la entrega del paquete.

Actividad 5 Generación y organización listados de entrega: Esta actividad debe quedar conforme a lo establecido en el formato.

Actividad 6 Convocatoria: Se debe realizar la convocatoria de los participantes en estados: en atención e inscritos, por turnos, utilizando diferentes canales de comunicación (perifoneo, llamadas, carteleras, líderes comunitarios, emisoras comunitarias, entre otros) con el fin de garantizar la asistencia.

Si no son reclamados los paquetes, deben ser retirados por el operador.

Actividad 8 Verificación de cantidades: Una vez terminada la entrega de los paquetes alimentarios de contingencia, la Interventoría y/o Supervisión y el operador, realizarán el conteo de las firmas de los paquetes alimentarios de contingencia entregados y devueltos, colocando una línea horizontal en las casillas de aquellas personas que no fueron a retirar el paquete y verificando en el vehículo el número de paquetes devueltos (en caso que aplique), el cual debe corresponder al número del listado, lo cual constará en la respectiva acta que elabora la Interventoría y/o Supervisión con el operador.

Actividad 9 Devolución de los listados: El o la Referente Local o Coordinador/a de la unidad operativa o a quien delegue, debe tomar copia física de los listados de los paquetes alimentarios de contingencia en atención e inscritos y copia del acta de Interventoría y/o Supervisión y entregar a la mano los listados y el acta, al equipo de la SGIL máximo a los dos (2) días hábiles siguientes a la entrega del paquete alimentario de contingencia.

En caso fortuito de pérdida de los listados originales de manera total o parcial, el Referente Local o Coordinador/a de la unidad operativa o a quien delegue, debe colocar la denuncia ante la autoridad competente e informar a el/la Subdirector/a Local, Subdirector/a para la Gestión Integral Local –SGIL, , con el fin de convocarlos a una reunión donde se explique la situación presentada, se adjunte la denuncia, copia del acta de Interventoría y/o Supervisión y se levante acta con asistencia, la cual será el soporte de la entrega.

Actividad 10 Seguimiento: El equipo de la SGIL llevará el control de paquetes alimentarios de contingencia programados, entregados, no entregados o devueltos al operador, con los siguientes datos mínimos: Nombre de unidad operativa, fechas de entrega y cubrimiento en días de acuerdo al tipo de paquete de contingencia solicitado.

Previo a la reunión de seguimiento, los asistentes verificarán las cantidades de paquetes alimentarios de contingencia programados, entregados y no entregados o devueltas al operador por tipo (según cobertura) y unidad operativa. Ésta reunión se lleva a cabo en la SGIL.

0036 -- 22 DIC 2015

7. Posibles productos y/o servicios no conformes

ACTIVIDAD	PRODUCTO O SERVICIO	CRITERIO DE ACEPTACIÓN	CORRECCIÓN TRATAMIENTO	REGISTRO
9 Devolución de listados	Entrega del Formato "Listado Entrega de Paquete alimentario de Contingencia" con firmas de participantes	Oportunidad: La SLIS deberá realizar la devolución de los listados con copia del acta máximo dos (2) días hábiles después de la entrega del paquete Alimentario de Contingencia	Preventivo: Incluir en el correo electrónico de la programación la devolución de los listados en el tiempo establecido.	*Formato para medir la implementación del procedimiento F-IM-PRO*

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	Olga Lucía Gómez Corredor Joan Manuel Ladino Rojas. María Adela Mena Bejarano.	Carlos E. Toledo Maza Greys Baryudy Cortés Daza	María Antonia Velasco Guerrero
CARGO	Equipo Canasta complementaria de alimentos Complementaria de Alimentos – SGIL Equipo SIG- Dirección Territorial.	Coordinador proyecto 730 Subdirectora para la Gestión Integral Local	Directora Territorial – Lideresa del Proceso Prestación de los Servicios Sociales

0036-2 22 DIC 2015

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO: MEJORA CONTINUA
PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FORMATO: MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS INT 7109 - 07/02/2013

CÓDIGO	F-MC-AR-001
VERSIÓN	1
FECHA	07/02/2013
PÁGINA	1 de 2

(1) Nombre del proceso: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

(2) Objetivo del proceso: Gerenciar el talento humano de la SDIS a través de la generación de capacidades, valores y motivación, para soportar la gestión de los procesos institucionales

(3) Servicio social (si aplica)	(4) Código N°	(5) FACTORES DE RIESGOS (6) Causa: (Factores Internos y Externos, Agente Generador)	(7) Origen	(5) IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS (9) Riesgo	(10) Descripción	(11) Efectos o Consecuencias	(12) Riesgo de Corrupción	(13) CIRCULAR OFICIALIZACIÓN N°	Día	Mes	Año	(14) CIRCULAR REVALORACIÓN Decisión	N°	Día	Mes	Año	(15) CLASIFICACIÓN	(16) CALIFICACIÓN (17) Probabilidad de Ocurrencia		(18) Impacto		(19) Calificación inicial	(20) EVALUACIÓN DEL RIESGO	(21) VALORACIÓN (19) CONTROLES (22) Existen	(23) Descripción	(24) Clase	(25) Documentados	(26) Se aplican	(27) Efectividad	(28) Calificación final	(29) EVALUACIÓN DEL RIESGO
N/A	RTH-2	1. Los procesos asociados a la provisión de planta, desarrollados por terceros ((lista de elegibles CNSC) no se ejecutan de forma oportuna 2. El Tiempo de proceso para proveer las vacantes requeridas es muy largo, excede los tiempos de espera institucionales, frente a lo cual se debe contratar personal por prestación de servicios	Interno	Que las vacantes en planta superen el 10%	Un porcentaje mayor al 10% refleja ineficiencia en la ejecución de recursos porque representa 200 empleos que deben ser presupuestados en la vigencia. Mientras que un porcentaje menor al 10 % es tolerable, conforme a los tiempos empleados en la provisión, a cargo de la Comisión Nacional del Servicio Civil.	* Sobrecarga de trabajo * Afectación del clima laboral * Afectación de la eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.	NO	12A	21	7	2010	Actualización	[redacted]				Operativo	C Posible	3	Moderado	3	9	[redacted]	Existe	* Reporte mensual a la cantidad de personas contratadas por Orden de prestación de servicios. * Reporte mensual sobre incorporación de cargos provisionales * Provisión de empleos de la planta temporal	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de probabilidad	6	[redacted]
N/A	RTH-4	1. Desconocimiento de los valores éticos de la Secretaría	Interno	Que no se apropien los valores éticos de la SDIS.	Se manifiesta en el establecimiento de relaciones laborales y personales conflictivas en la Secretaría. El desconocimiento de los valores y principios éticos también pueden dar lugar a episodios de corrupción	*Generación de productos o servicios de mala calidad contemplados en la misión de la entidad. *Pérdida de recursos financieros de la Secretaría y generación de ambientes propicios para actos de corrupción *Afectación de la imagen institucional.	SI	12A	21	7	2010	Actualización	[redacted]				Operativo	B Probable	4	Moderado	3	12	[redacted]	Existe	* Auditorías Oficina de Control Interno, Planes de mejoramiento. (Plan de Mejoramiento Interno). * Reporte periodico de Talleres por parte de los nucleos de convivencia laboral sobre la difusión de los valores éticos en la entidad. * Verificación de la socialización del código de ética durante el proceso de inducción y reinducción para el personal de planta y para el proceso de ingreso del personal contratado por prestación de servicios	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de probabilidad	9	[redacted]

0036-2 22 DIC 2015

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO: MEJORA CONTINUA
PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FORMATO: MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS INT 7109 - 07/02/2013

CÓDIGO:	F-MC-AR-001
VERSIÓN	1
FECHA	07/02/2013
PÁGINA	1 de 2

(1) Nombre del proceso: MEJORA CONTINUA

(2) Objetivo del proceso: Evaluar y establecer acciones para mejorar la gestión de la entidad en el marco del Sistema Integrado de Gestión.

(3) Servicio social (si aplica)	(4) Código N°	(5) FACTORES DE RIESGOS		(5) IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			(12) Riesgo de Corrupción	(13) CIRCULAR OFICIALIZACIÓN				(14) CIRCULAR REVALORACIÓN					(15) CLASIFICACIÓN	(16) CALIFICACIÓN					(20) EVALUACIÓN DEL RIESGO	(21) VALORACIÓN							(29) EVALUACIÓN DEL RIESGO
		(6) Causa: (Factores Internos y Externos, Agente Generador)	(7) Origen	(9) Riesgo	(10) Descripción	(11) Efectos o Consecuencias		Nº	Día	Mes	Año	Decisión	Nº	Día	Mes	Año		(17) Probabilidad de Ocurrencia		(18) Impacto		(19) Calificación Inicial		(19) CONTROLES							
																										(22) Existen	(23) Descripción	(24) Clase	(25) Documentados	(26) Se aplican	(27) Efectividad	(28) Calificación final	
N/A	RMC-01	* El representante de la alta dirección no cuenta siempre con información de los indicadores de gestión de manera oportuna y consistente	Interno	Ausencia de seguimiento y medición a la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos institucionales	No todos los procesos reportan con oportunidad ni completitud los indicadores de gestión que han formulado para hacer seguimiento a su gestión	* Ausencia de información objetiva para la toma de decisiones que favorezcan la mejora institucional	NO	15	19	8	2010	Actualización	[redacted]				Estratégico	B. Probable	4	Mayor	4	16	[redacted]	Existe	Cronograma de reporte de indicadores aprobado en el primer Comité de Gestores SIG de cada año Alertas mensuales enviadas a los líderes de los procesos cuando hace falta formular indicadores o cuando el reporte carece de oportunidad y completitud. Socialización de debilidades en la formulación y seguimiento de indicadores de gestión en el desarrollo de la revisión por la dirección, para motivar la implementación de acciones de mejora.	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de probabilidad	12	[redacted]
N/A	RMC-05	* El equipo auditor accede a peticiones indebidas de los auditados para ocultar o distorsionar los resultados de la auditoria * Temor a amenazas que pueden derivarse de denunciar irregularidades	Interno	Gestión institucional que no se evalúa de manera independiente	El ejercicio auditor se sesga por presiones	*Informes de auditoría que no reflejen la realidad de la gestión de la entidad	SI	12	29	4	2013	Actualización	[redacted]				Operativo	C. Posible	3	Catastrófico	5	15	[redacted]	Existe	Seguimiento a través de las mesas de trabajo de los avances del ejercicio auditoría por parte de la Líder (sa) de Auditoria En las entrevistas del ejercicio auditor participan mínimo 2 auditores de los que conforman el equipo de auditoria	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de probabilidad	10	
N/A	RMC-07	* El no análisis de causas del hallazgo aplicando una metodología e involucrando a todos los actores relacionados con el hallazgo * Los reponsables de las acciones, en algunas ocasiones, no han participado en la formulación de dichas acciones, en consecuencia , no tienen conocimiento de las mismas y por ende, no se ejecutan *El cierre de acciones se realiza por una persona sin la competencia requerida *El líder de Proceso, Gerente de Proyecto o Jefe de Dependencia no participa activamente en la formulación del Plan de Mejoramiento, delegando le responsabilidad en el Gestor SIG y otras personas	Interno	El Plan de Mejoramiento no mejora el desempeño institucional	La Entidad formula planes de mejoramiento que no concretan la mejora continua de la gestión	* Ineficiente uso de recursos * Debilidades en el SIG * Estancamiento institucional * Incumplimientos de requisitos * Hallazgos reiterados en procesos de auditoría * Multas y sanciones para la Entidad	NO	[redacted]									Estratégico	B. Probable	4	Mayor	4	16		Existe	Punto de control y aclaración de actividades en el Procedimiento Acciones Preventivas, Correctivas, de Mejora y Correcciones Aplicativo de Registro y Control de Acciones Formato de seguimiento acciones preventivas, correctivas, correcciones y de mejora	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de probabilidad	12	
N/A	RMC-08	*Planta de personal insuficiente y/o sin el perfil requerido *No contar con soporte de contratistas requeridos para la ejecución del programa de auditoría * No asignación del transporte para cumplir con las visitas de auditoría	Interno	Carencia de los recursos necesarios para la adecuada ejecución del Programa de Auditoría aprobado	No es posible desarrollar adecuadamente el Programa de Auditoria por limitaciones de los recursos requeridos (humanos, logísticos, tecnológicos etc.)	* No se cumple con la evaluación independiente de la gestión institucional * No se logra la mejora continua que se puede identificar desde el ejercicio auditor *Incumplimiento de requisitos sin detectar *Multas y sanciones para la Entidad	NO										Financiero	D. Improbable	2	Moderado	3	6		Existe	Presentación del Programa de Auditoría para aprobación del Comité de Control Interno Solicitudes de personal por parte del Jefe de la Oficina	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de probabilidad	3	
N/A	RMC-09	* Los equipos de proceso no destinan el tiempo suficiente requerido para administrar sus riesgos. * El nivel directivo no toma el interés suficiente por la administración del riesgo	Interno	Administración del riesgo que no se interioriza en la entidad como un elemento fundamental dentro de la cultura institucional	Hace referencia a que los diferentes niveles de la organización no participen de manera activa y constante en las acciones necesarias para la identificación y adecuado tratamiento de los riesgos asociados a los procesos institucionales y servicios sociales.	* Ausencia de control sobre las incertidumbres que enfrenta la entidad para el cumplimiento de sus objetivos * Hallazgos por parte de los entes de control	NO										Estratégico	B. Probable	4	Moderado	3	12		Existe	*Cronograma de Administración de Riesgos que se presenta para aprobación en el primer Comité de Gestores SIG del año * Alertas mensuales enviadas a los líderes de los procesos que tengan retrasos en su ejercicio de Administración de Riesgos * Presentación del estado de la Administración de Riesgos en la Revisión por la Alta Dirección que se realiza semestralmente al Sistema Integrado de Gestión	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de probabilidad	9	
N/A	RMC-10	* No se asignan los recursos requeridos para la medición de la totalidad de los servicios * Los recursos institucionales son insuficientes para desarrollar la medición por cuenta propia * Los encuestados no se sienten en plena libertad al responder las encuestas cuando las mismas son aplicadas por el prestador del servicio	Externo	No se logra medir la satisfacción de la ciudadanía frente a la totalidad de los servicios prestados en cada vigencia	Se refiere a que no se asignan recursos para adelantar la medición de la satisfacción de la ciudadanía frente al total de los servicios que presta la SDIS.	* No se mejorara la calidad de los servicios prestados con base en la medición de la satisfacción de la ciudadanía *Incumplimiento de requisitos del SIG	NO										Estratégico	A. Casi certeza	5	Mayor	4	20		Existe	En el ante proyecto de la Subsecretaría de cada vigencia se incluye la necesidad de asignar recursos que permitan terciarizar la medición de la satisfacción de la ciudadanía	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	12	

0036 -- 22 DIC 2015

Veeduría Distrital		indicadores. (Dirección de Análisis y Diseño Estratégico) Programa de auditoría. (Oficina de Control Interno)	Proyecto, Jefe de Dependencia
Oficina de Control Interno	Planes de mejoramiento		
Dirección de Análisis y Diseño Estratégico	*Hojas de vida y Mediciones de indicadores por proceso. *Mapas de riesgo de cada proceso		
Líderes de los procesos	Autoevaluación de los procesos.		
DADE	Formulaciones de proyectos.		
Dirección de Análisis y Diseño Estratégico.	Plan Estratégico (dependencia, proyecto y proceso)		

II. Evaluar la gestión de la entidad

Responsable de coordinar la etapa: Oficina de Control Interno.

PROVEEDORES	INSUMOS	PRODUCTOS	DESTINATARIOS
Líderes y equipos de Proceso	Informe de autoevaluación Acciones de Mejora.	Medición de indicadores (Líderes de los procesos) Riesgos administrados. (Líderes de los procesos) Informe de Auditoría Interna (Oficina de Control Interno) Plan de mejoramiento por procesos (Líderes de los procesos) Informe de revisión por la Dirección. (Representante de la alta dirección)	Dirección de Análisis y Diseño Estratégico. Oficina de Control Interno. Secretaria Distrital. Consejo Directivo Comité Coordinador del SIG Líderes de los procesos
Dirección de Análisis y Diseño Estratégico.	Medición de indicadores procesos		
Consejo Directivo	Programa de auditoria aprobado.		
Líderes y equipos de Proceso	Indicadores medidos Riesgos administrados		
Entes externos e internos de control.	Resultados de Auditorias		
Oficina de Control Interno	Estado de las acciones		

0036 22 DIC 2015

Líder(esa) del proceso:	**Tipo de proceso:**
Director de Análisis y Diseño Estratégico	Direccionamiento ☐ Misional ☐ Administrativo ☐ Seguimiento y Control ■

A. PLANEAR

1. Objetivo del proceso: Evaluar y establecer acciones para mejorar la gestión de la entidad en el marco del Sistema Integrado de Gestión.
2. Alcance del proceso: El proceso inicia con la planeación de la evaluación de la Entidad y termina con el seguimiento de planes de mejoramiento y el respectivo cierre de las acciones de mejora relacionadas en los origines establecidos en el procedimiento de acciones de mejora.
3. Normatividad: Ver Normograma en el módulo SIG de la Intranet

4. Etapas del proceso

I. Planear la evaluación de la entidad

Responsable de coordinar la etapa: Dirección de Análisis y Diseño Estratégico

PROVEEDORES	INSUMOS	PRODUCTOS	DESTINATARIOS
Subsecretaría- SIAC	Informe de Gestión Trimestral Servicio Integral de Atención a la Ciudadanía-SIAC.	Cronograma de ejecución de la revisión por la dirección. (Dirección de Análisis y Diseño Estratégico)	Consejo Directivo Comité Coordinador del SIG.
Oficina de Control Interno, Contraloría Bogotá,	Auditorías internas y externas anteriores.	Cronograma de medición de	Líderes Proceso, Gerentes de

0036-21 22 DIC 2015

6. Identificación de riesgos del proceso: Ver riesgos del proceso en el módulo SIG de la Intranet

7. Principal producto: Mejora de la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión de la Secretaría Distrital de Integración Social.

B. HACER

8. Procedimientos y documentos asociados: Ver procedimientos y documentos asociados al proceso en el módulo SIG de la Intranet	**9. Activos de información:** Ver activos de información en los procedimientos del proceso ubicados en el mó dulo SIG de la Intranet

C. VERIFICAR

10. Seguimiento y medición de la gestión del proceso: Ver indicadores del proceso en el módulo SIG de la Intranet

D. ACTUAR

11. Acciones de mejora: Ver acciones de mejora del proceso en el módulo SIG de la Intranet

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	Equipo Proceso de Mejora Continua	Karinfer Olivera Donato	Carlos Vladimir Cobo Ramírez
CARGO		Gestora Proceso de Mejora Continua	Líder del proceso de Mejora Continua

F-PRO-3

0036 22 DIC 2015

	correctivas y preventivas.		
Líderes de los procesos	Informe de autoevaluación de los procesos.		

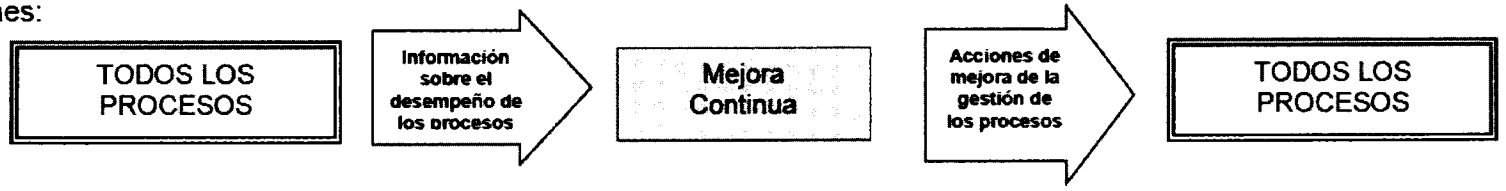
III. Formular y hacer seguimiento a las acciones de mejora

Responsable de coordinar la etapa: Oficina de Control Interno

PROVEEDORES	INSUMOS	PRODUCTOS	DESTINATARIOS
Oficina de Control Interno.	Resultados de Auditorías Internas y externas.	Planes de mejoramiento por procesos e institucional	Líderes de los Procesos Consejo Directivo Comité Coordinador del SIG
Subsecretaría - SIAC	a) Informe de requerimientos con respuesta fuera de términos. b) Resultado de la Medición de la Satisfacción de la Ciudadanía. c) Resultados de Percepción de la Ciudadanía		
Líderes de los procesos	Medición de los Indicadores por proceso Identificación y valoración de Riesgos por proceso Planes de mejoramiento		
Secretaria	Resultados de la Revisión por la Dirección		

5. Proceso y articulación con otros procesos

Convenciones:



0036 -- 22 DIC 2015

Líder de Proceso: Cargo responsable de coordinar el logro del objetivo del proceso como un tema de entidad y no de dependencia, únicamente puede ser líder(esa) de proceso el/a Secretario/a , el/a Subsecretario/a, los/as directores/as y los/as jefes/as de oficina; el liderazgo no implica la responsabilidad de ejecutar el proceso en su totalidad, sino de hacer la gestión para que los diferentes involucrados concurran en su ejecución; el liderazgo de un proceso es indelegable. (Formato F-PRO)

Mejora Continua: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño (NTCGP 1000:2009 citada en el Procedimiento de Acciones de Mejora PCD-EV-MC-216).

Partes Interesadas: Conjunto de actores diferentes a los usuarios que tienen algún tipo de participación directa o indirecta en la operación y prestación de los bienes y servicios por parte de las entidades y organismos distritales (NTD SIG 001:2011).

Procesos: Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados. (NTCGP 1000:2009)

Representante de la Alta Dirección: Funcionario(a) del nivel directivo con la responsabilidad de "Ser el soporte principal de la (del) Secretaria(o) Distrital de Integración Social para la consolidación, mejora continua y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión" (Resolución 0096 de 2015 Artículo 15)

Sistema Integrado de Gestión: "Es el conjunto de orientaciones, procesos, políticas, metodologías, instancias, instrumentos y acciones orientadas a garantizar un desempeño institucional articulado y armónico, para el cumplimiento de su misión y objetivos institucionales

El Sistema Integrado de Gestión de la Secretaria de la Integración Social está conformado por los siguientes subsistemas: Subsistema Interno de Gestión Documental y Archivo (SIGA), Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI), Subsistema Seguridad y Salud Ocupacional (S&SO), Subsistema de Responsabilidad Social (SRS), Subsistema de Gestión Ambiental (SGA), Subsistema de Gestión de Calidad (SGC) y Subsistema de Control Interno (SCI)." (Resolución 0096 de 2015 Artículos 1 y 4).

Transparencia: La gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y las decisiones claras; por lo tanto, es importante que las entidades garanticen el acceso a la información pertinente de sus procesos facilitando el control social.

1. Objetivo del procedimiento

Realizar la revisión del Sistema Integrado de Gestión, con el fin de verificar la conveniencia, adecuación, eficiencia, efectividad, eficacia y mejora continua del sistema de la Secretaria Distrital de Integración Social.

2. Glosario:

Adecuación: Grado en el que las disposiciones planificadas permiten cumplir con los requisitos, políticas y objetivos de la entidad. (NTCGP 1000:2009)

Alta Dirección: Se refiere a el (la) Secretario (a) de Integración Social, quien lo preside, el (la) Subsecretario (a), los (as) Directores (as) de Análisis y Diseño Estratégico, de Gestión Corporativa, poblacional y Territorial y los Jefes de las Oficinas de Comunicaciones, Jurídica, Asuntos Disciplinarios y Control Interno, quienes actúan en calidad de Comité Coordinador del SIG (Resolución 0096 de 2015 Artículo 8).

Comité de Gestores: Instancia operativa del Sistema Integrado de Gestión (Resolución 0096 de 2015 Artículo 6).

Conveniencia: Grado de alineación o coherencia del objeto de revisión con las metas y políticas organizacionales. (NTCGP 1000:2009)

Efectividad: Es la medida de impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles. (NTCGP 1000:2009)

Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. (NTCGP 1000:2009)

Eficiencia: Es la relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados. (NTCGP 1000:2009)

Gestores de proceso: Apoyo técnico y operativo de los líderes de proceso (Resolución 0096 de 2015 Artículo 17 Parágrafo 1)

0036 - 22 DIC 2015

4. Relación con otros procedimientos y procesos



CONVENCIONES:



0036 22 DIC 2015

3. Condiciones generales

1) Este procedimiento debe aplicarse mínimo dos veces al año.

2) Para suministrar la información de entrada para la revisión por la dirección, los líderes de proceso deberán tener en cuenta los siguientes insumos y diligenciar el Formato de Reporte de Desempeño del Sistema Integrado de Gestión (Código: F-MC-RD-001), incluyendo las fuentes de revisión por la alta dirección que allí se indiquen.

3) El Informe de Revisión por la Dirección deberá enmarcarse en la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión, a partir del reporte de desempeño del proceso, las recomendaciones del Comité Directivo y el criterio, análisis y conclusiones individuales, en los siguientes sentidos:
   a. La mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema Integrado de Gestión y sus procesos (acciones de mejora continua de los procesos, frente al resultado de las auditorías de la medición de sus indicadores y controles).
   b. La mejora del servicio en relación con los requisitos de la ciudadanía (qué y cómo se mejoran los servicios prestados para la satisfacción de la ciudadanía).
   c. Las necesidades de recursos (cómo se garantizan los recursos financieros, humanos, tecnológicos, físicos, de información y de tiempo para la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión).

0036 - 22 DIC 2015

		derivadas de la revisión.	Sistema Integrado de Gestión.
7. Socialice los resultados de la Revisión por la Alta Dirección a los gestores de proceso.			
	Subproceso Procedimiento de Acciones de Mejora PCD-EV-MC-216.		
		FIN	

6. Aclaración de las actividades

- Actividad 4: Busca evitar duplicidades en el registro de los hallazgos. Confirmar que la información publicada en el Instrumento de Registro y Control de Acciones de Mejora corresponde a la última actualización.

- Actividad 6: En la reunión del Comité Coordinador del SIG (Resolución 0096 de 2015 Artículo 8), el (la) Representante de la Alta Dirección debe presentar a éste, la información contenida en el Formato de Reporte de Desempeño del Sistema Integrado de Gestión (Código: F-MC-RD-001) consolidado y solicitar las decisiones para la mejora.

- El Acta de Revisión del Sistema Integrado de Gestión debe incluir los resultados, decisiones, acuerdos alcanzados, recursos necesarios y las solicitudes de acción de mejora, para lo cual se debe aplicar el Procedimiento de Acciones de Mejora (PCD-EV-MC-216).

- La toma de decisiones hace mención a los compromisos de la Alta Dirección, en el marco de la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión.

0036 - 22 DIC 2015

5. Diagrama de flujo del procedimiento

Representante de la Alta Dirección	Líderes de Proceso	Alta Dirección	Activo de Información
INICIO			
1. Solicite la información de entrada para la revisión del Sistema Integrado de Gestión.			1.1. Memorando 1.2. Cronograma
	Punto de Control 2. Prepare la Información para la revisión según lo establecido en el numeral 2 de las condiciones generales de este procedimiento.		2. Formato de Reporte de Desempeño del Sistema Integrado de Gestión (Código: F-MC-RD-001) diligenciado.
3. Analice y consolide la información reportada por los procesos.			3. Formato de Reporte de Desempeño del Sistema Integrado de Gestión (Código: F-MC-RD-001) consolidado.
4. Identifique en el Instrumento de Registro y Control de Acciones de Mejora la existencia de acciones para los hallazgos de la Revisión por la Alta Dirección incluidos en el informe.			
5. Apruebe el informe consolidado.			
		6. Analice el informe de Revisión por la Alta Dirección y tome las decisiones	6. Acta de revisión del

0036 -- 22 DIC 2015

7. Posibles productos o servicios no conformes

ACTIVIDAD	PRODUCTO O SERVICIO	CRITERIO DE ACEPTACIÓN	TRATAMIENTO	REGISTRO
2. Preparar la información para la revisión según lo establecido en el numeral 2 de las condiciones generales de este procedimiento.	Formato de Reporte de Desempeño del Sistema Integrado de Gestión (Código: F-MC-RD-001) diligenciado	**Completitud.** Totalidad de la información de entrada para la revisión por la dirección, de acuerdo con las condiciones generales.	Volver a diligenciar el instrumento.	Formato de medición de la implementación del procedimiento F-IM-PRO
2. Preparar la información para la revisión según lo establecido en el numeral 2 de las condiciones generales de este procedimiento.	Formato de Reporte de Desempeño del Sistema Integrado de Gestión (Código: F-MC-RD-001) diligenciado	**Cumplimiento.** Desarrollo de la actividad de acuerdo con el cronograma establecido.	Recordatorio en Comité de Gestores un mes calendario previo a la fecha de revisión	Formato de medición de la implementación del procedimiento F-IM-PRO

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	Juan Manuel Vega Diana Catharine Corredor Nadia Catherine Vargas Ginna Catalina Cruz Viviana Lucia Mendoza	Equipo del Proceso de Mejora Continua	Carlos Vladimir Cobo Ramirez
CARGO	Gestores DADE para el SIG		Director de Análisis y Diseño Estratégico Líder del Proceso de Mejora Continua

0036 -- 22 DIC 2015

1. Objetivo del procedimiento:

Mejorar continuamente el desempeño institucional mediante la formulación, implementación, seguimiento y cierre de acciones registradas en el Plan de Mejoramiento, asociadas a los procesos, dependencias, proyectos de la Secretaría Distrital de Integración Social SDIS, con el fin de tomar progresivamente decisiones coherentes con los aprendizajes de la entidad.

2. Glosario:

ACCIÓN CORRECTIVA: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada indeseable. . (Fuente: instructivo I-IAM-02 para el diligenciamiento del instrumento de registro y control de acciones de mejora)

ACCIÓN PREVENTIVA: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situaci potencialmente indeseable. La acci . (Fuente: instructivo I-IAM-02 para el diligenciamiento del instrumento de registro y control de acciones de mejora)

ACCIÓN DE MEJORA CONTINUA: Acciones tomadas para aumentar la capacidad de los procesos, mediante el aprovechamiento de oportunidades de mejora. (Fuente: instructivo I-IAM-02 para el diligenciamiento del instrumento de registro y control de acciones de mejora)

CAUSA: Origen, motivo o razón por la cual se presenta un hallazgo. Un hallazgo puede tener origen en varias causas. (Fuente: instructivo I-IAM-02 para el diligenciamiento del instrumento de registro y control de acciones de mejora)

CORRECCIÓN: Acción tomada para eliminar una No conformidad detectada, que ataca puntualmente el incumplimiento, más no ataca las causas. Una corrección puede darse junto con una acción correctiva. (Fuente: instructivo I-IAM-02 para el diligenciamiento del instrumento de registro y control de acciones de mejora)

EVIDENCIA: Registros, declaraciones de hechos, o cualquier otra información, que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables. Estas pueden ser cualitativas o cuantitativas. (Fuente: procedimiento PCD-EI-SI-219 de ejecución de auditoría interna)

FORTALEZA: Actuación positiva relevante identificada en el ejercicio de evaluación. (Fuente: instructivo I-IAM-02 para el diligenciamiento del instrumento de registro y control de acciones de mejora)

HALLAZGO: Resultado de una acción evaluativa, que identifica oportunidades de mejora, no conformidades y no conformidades potenciales. (Fuente: instructivo I-IAM-02 para el diligenciamiento del instrumento de registro y control de acciones de mejora)

INSTRUMENTO DE REGISTRO Y CONTROL DE ACCIONES DE MEJORA: Herramienta en la cual se registran y lleva la trazabilidad de las acciones que propone realizar la Entidad para el mejoramiento continuo dando respuesta a los hallazgos negativos identificados con origen en auditorias, revisiones por la dirección, análisis de indicadores, etc. de tal manera que con este instrumento se facilita, organiza y controlan todas y cada una de las acciones propuestas.

L-G-J: Líder de proceso, Gerente de proyecto o Jefe de Dependencia.

NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito. (Fuente: procedimiento PCD-EI-SI-219 de ejecución de auditoría interna)

NO CONFORMIDAD POTENCIAL: Situación que implica el posible incumplimiento a futuro de un requisito. Es la posibilidad de incumplimiento de una necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. Un riesgo es una no conformidad potencial, pero no la única. (Fuente: instructivo I-IAM-02 para el diligenciamiento del instrumento de registro y control de acciones de mejora)

OPORTUNIDAD DE MEJORA: Situación que no implica incumplimiento de un requisito, pero que debe ser tenida en cuenta para realizar mejoras en el producto, proceso y sistema de gestión, o para mitigar situaciones de riesgo o eliminar no conformidades potenciales.. (Fuente: procedimiento PCD-EI-SI-219 de ejecución de auditoría interna)

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL: Documento que consolida las acciones de mejoramiento necesarias para eliminar la(s) causa(s) de una n [...]. (Fuente: instructivo I-IAM-02 para el diligenciamiento del instrumento de registro y control de acciones de mejora.

PRODUCTO O SERVICIO: Resultado de un proceso o de un conjunto de procesos.

0036-2 22 DIC 2015

UBICACIÓN DEL HALLAZGO: Clasificación del origen del hallazgo dependiendo si este pertenece a un proceso, proyecto, área o dependencia [...].(Fuente: instructivo I-IAM-02 para el diligenciamiento del instrumento de registro y control de acciones de mejora)

REQUISITO: Necesidad o expectativa establecida, generalmente explícita u obligatoria. (Fuente: procedimiento PCD-EI-SI-219 de ejecución de auditoría interna)

RIESGO: Posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos. (Fuente: procedimiento PCD-EV-AR-217 de administración de riesgos)

VERIFICACIÓN: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva del cumplimiento de los requisitos especificados o la eficacia de las acciones implementadas. (Fuente: procedimiento PCD-EI-SI-219 de ejecución de auditoría interna)

3. Condiciones Generales

- **Origen de las acciones:**

ORIGEN	TIPO DE ACCIÓN DE MEJORA				PROVEEDOR
	CORRECCIÓN	CORRECTIVA	DE MEJORA CONTINUA	PREVENTIVA	
Riesgos			X	X	Líder, gestor y/o equipo del proceso.
Análisis de producto y/o servicio no conforme	X	X			DADE. Interventor o Supervisor de contrato.
Incumplimiento de requisitos legales	X	X			Acta de verificación de Plantas Físicas Informes de auditoría Secretaría de Salud (Acta De inspección y vigilancia) UAECOBB, Actas de

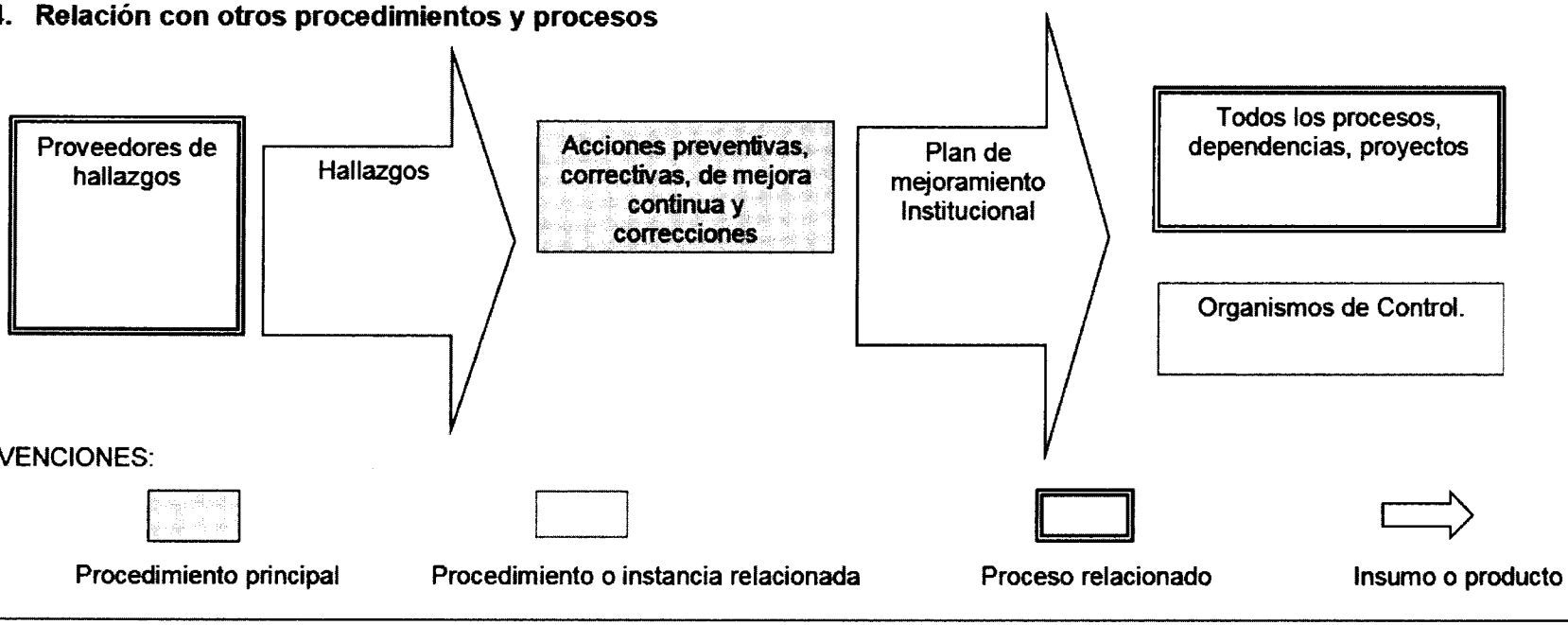
0036 -- 22 DIC 2015

					supervisión a terceros OTROS
Desempeño de los Indicadores	X	X	X	X	Líder de cada proceso
Informe de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias	X	X	X	X	Subsecretaría
Revisión por la Dirección del SIG	X	X	X	X	Representante de la Alta Dirección para el SIG
Medición de la satisfacción de la ciudadanía y partes interesadas	X	X	X	X	Subsecretaría
Análisis de los Activos de Seguridad de la Información	X	X	X	X	Proceso Mantenimiento y Soporte de TIC
Auditorías Internas	X	X	X	X	Oficina de Control Interno
Auditorías Externas	X	X	X	X	Contraloría de Bogotá - Veeduría Distrital y Otros
Ineficacia de Acciones		X			Oficina de Control Interno
Análisis de causas Investigaciones disciplinarias que se repiten en el tiempo	X	X			Oficina de Asuntos Disciplinarios

- No necesariamente todos los orígenes anteriormente relacionados deben tener una acción asociada en el Instrumento de Registro y Control de Acciones de Mejora
- Las observaciones derivadas de los informes de auditoría surtirán el tratamiento a través de acciones de mejora continua.
- En el caso de que la Oficina de Control Interno advierta un presunto incumplimiento de lo establecido en este procedimiento deberá informar a la oficina de asuntos disciplinarios para que surta el trámite respectivo.

0036 - 22 DIC 2015

4. Relación con otros procedimientos y procesos



0036 - 22 DIC 2015

5. Diagrama de flujo

L-G-J	OFICINA DE CONTROL INTERNO (EQUIPO DE TRABAJO OCI)	
	Inicio **1. Realice e informe el registro de los hallazgos derivados de auditorías o los notificados a la OCI por otro proveedor**	1.1. Instrumento de Registro y Control de Acciones de Mejora 1.2. Correo electrónico al L-G-J
2. Revise en el aplicativo y verifique el estado de los hallazgos asignados a su proceso, dependencia, proyecto ¿Requiere corrección? Sí: pase a actividad 3 No: pase a actvidad 4		
RESPONSABLE(S) DIRECTO(S) DE LOS HALLAZGOS		
3. Realice corrección (acciones inmediatas para solucionar la falla detectada) y pase a actividad 8		3.1. Evidencias (Soportes) de la corrección 3.2. Correo electrónico al L-G-J informando corrección
4. Determine las causas que originan la no conformidad real o potencial o la acción de mejora. Si requiere asesoría en esta actividad podrá solicitarla ante la OCI.		4.1. Evidencia del análisis de causas (Acta de reunión con todos los actores involucrados que contenga firma de aceptación de las acciones en las que tienen responsabilidad) 4.2. Registro en el Instrumento de Registro y control de Acciones de Mejora

0036 -- 22 DIC 2015

6. Aclaración de las actividades:

Actividad 1. **Realizar el registro de los hallazgos:** La OCI actualizará el instrumento de registro y control de acciones de mejora los 10 primeros días de cada mes. En el caso de los hallazgos derivados de orígenes diferentes de auditorías, estos serán notificados por el proveedor que los identifique.

Actividad 3: Si la actividad requiere corrección el término de ejecución para realizar dicha acción es de máximo 2 meses.

Actividad 4. **Determinar las causas que originan la No conformidad Real o Potencial o la Acción:** Para determinar las causas que originan la No Conformidad el responsable directo del hallazgo podrá emplear cualquier método para Análisis y Solución de problemas como lo es: Diagrama Causa Efecto (Espina de Pescado), Lluvia de Ideas, Método de los 5 porqués, entre otros. Esta actividad debe ser desarrollada de manera conjunta con las personas, dependencias o procesos involucrados dentro del hallazgo. Si se requiere podrá solicitarse asesoría en el tema ante la OCI.

Actividad 5. **Formular el plan de mejoramiento:** la Formulación del Plan de mejoramiento en el instrumento de acciones de mejora se debe realizar en un término no mayor a 10 días hábiles siguientes al registro e información del hallazgo por parte de la OCI. Si cumplido é ste término no se ha presentado el respectivo Plan de Mejoramiento el instrumento se cerrará y no permitirá cargar información, por lo tanto se hace necesario presentar solicitud justificada a la Oficina de Control Interno para autorizar la apertura del instrumento por un tiempo adicional para el cargue del Plan de Mejoramiento. Para el caso de los hallazgos derivados de auditoría externa de la Contraloría de Bogotá, se regirán por los parámetros establecidos por este organismo y la trasmisión mediante el aplicativo SIVICOF la realiza la OCI.

Cuando las acciones formuladas para atender los hallazgos, sean responsabilidad de personas, dependencias o procesos diferentes a los que están liderando la formulación del plan es necesario asegurar que los responsables acepten las acciones a su cargo en el Plan de Mejoramiento.

Actividad 7: **Realizar seguimiento a las acciones planteadas:** En el caso de que se reporten la totalidad de las evidencias de cumplimiento de una acción de origen interno, se debe informar a la OCI para que esta oficina en el lapso de 10 día hábiles comunique el cierre o en su defecto la justificación de porque no se puede cerrar. Cuando la entidad tenga cumplidas las acciones derivadas de auditorí

0036 -- 22 DIC 2015

Punto de control **5. Formule el plan de mejoramiento**		5.1. Planeación de las acciones (Acta de reunión con todos los actores involucrados que contenga firma de aceptación de las acciones en las que tienen responsabilidad) 5.2. Registro en el Instrumento de Registro y control de Acciones de Mejora
RESPONSABLE(S) DIRECTO(S) DE LOS HALLAZGOS		
6. Implemente acciones del Plan de Mejoramiento		6.1. Evidencias (Soportes) de Acciones 6.2. Correo electrónico al L-G-J informando acciones
L-G-J		
7. Realice seguimiento trimestral al cumplimiento de las acciones registrando las evidencias en el avance de las mismas.		7. Correo electrónico a la OCI, con avance en las acciones
	Punto de control **8. Realice seguimiento al avance de las acciones valorando las evidencias** **¿La acción fue efectiva (atacó la causa raíz del hallazgo)?** **Sí: pase a actividad 9** **No: vuelva a actividad 5**	8.1. Instrumento de Registro y control de Acciones de Mejora 8.2. Formato seguimiento (F-MC-MC-001) diligenciado
		9.1. Formato de seguimiento (F-MC-MC-001) diligenciado 9.2. Comunicación al líder del proceso solicitando revalorar los Riesgos si obedece a este origen

0036 -- 22 DIC 2015

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO: MEJORA CONTINUA
PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FORMATO: MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS

INT 7109 - 07/02/2013

CÓDIGO:	F-MC-AR-001
VERSIÓN:	1
FECHA:	07/02/2013
PÁGINA:	1 de 2

(1) Nombre del proceso: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

(2) Objetivo del proceso: Recolectar, sistematizar, analizar, transformar y transferir saberes y conocimientos relacionados con el quehacer de la SDIS, con el fin de que estén disponibles y puedan ser usados en la toma de decisiones que contribuyan al logro de la misionalidad institucional.

(3) Servicio social (si aplica)	(4) Código N°	(5) FACTORES DE RIESGOS: (6) Causa: (Factores Internos y Externos, Agente Generador)	(7) Origen	(8) IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS: (9) Riesgo	(10) Descripción	(11) Efectos o Consecuencias	(12) Riesgo de Corrupción	(13) CIRCULAR OPICIALIZACIÓN: N°	Día	Mes	Año	(14) CIRCULAR REVALORACIÓN: Decisión	N°	Día	Mes	Año	(15) CLASIFICACIÓN	(16) CALIFICACIÓN: (17) Probabilidad de Ocurrencia		(18) Impacto		(19) Calificación inicial	(20) EVALUACIÓN DEL RIESGO	(21) VALORACIÓN: (19) CONTROLES: (22) Existen	(23) Descripción	(24) Clase	(25) Documentados	(26) Se aplican	(27) Efectividad	(28) Calificación final	(29) EVALUACIÓN DEL RIESGO
N/A	RGC-1	Errores en la recolección atribuibles a falta de competencias técnicas, comportamentales y de gestión de los servidores públicos y contratistas	Interno	Información o Datos misionales no confiables	Se refiere a los datos o información que no fue correctamente diligenciada o digitada y por tanto no se puede considerar confiable para la realización de los análisis requeridos para la entidad.	No contar con información confiable para la toma de decisiones, reporte de metas y atención a solicitudes de reporte de información.	NO	15	19	8	2010	Actualización					Estratégico	B Probable	4	Catastrofico	5	20		Existe	Plan de socialización y entrenamiento en los diferentes lineamientos para la recolección, crítica y digitación a cargo de los servidores públicos y contratistas de la SDIS	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	12	
		Errores en la digitación atribuibles a falta de competencias técnicas, **comportamentales y de gestión de** los servidores públicos y contratistas	Interno																													
N/A	RGC-2	Demora en la crítica y digitación de la ficha, desconocimiento del procedimiento de recolección y digitación.	Interno	Información o datos no oportunos	Se refiere a los datos o información que se digitan de forma extemporanea.	La extemporaneidad en la digitación implica la inoportunidad de información misional útil, afecta la la calidad de los análisis, las decisiones institucionales. Los reportes de metas.	NO	15	19	8	2010	Actualización					Operativo	C Posible	3	Mayor	4	12		Existe	Plan de socialización y entrenamiento en los diferentes lineamientos para la recolección, crítica y digitación a cargo de los servidores públicos y contratistas de la SDIS	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	6	
		No todo el personal que lleva a cabo las actividades del procedimiento de recolección y digitación cuenta con las competencias suficientes para operar adecuadamente el procedimiento.	Interno																													
		Concentración primordial en acciones misionales dejando en un segundo lugar a las acciones transversales como registro de información en el sistema por parte de los proyectos	Interno																				Autoevaluar el procedimiento de recolección y digitación	Preventivo	Documentado	Se aplica			
		No se cuenta con lineamientos que operaticen la normatividad vigente en las responsabilidades frente a la información.	Interno																				Establecer procedimientos, instructivos o protocolos según sea el caso para unificar línea técnica de manejo de la información.	Preventivo	Documentado	Se aplica			
N/A	RGC-3	Ausencia de criterios para la definición de la información que debe ser analizada	Interno	No contar con el analisis de acuerdo a la información que se tiene	Información disponible que al no estar analizada no contribuye a la toma de decisiones	Toma de decisiones inadecuadas	NO	15	19	8	2010	Actualización	16	29	5	2015	Operativo	B Probable	4	Mayor	4	16		Externo	Establecer los criterios para la definición de la información que debe ser analizada para la toma de decisiones	Preventivo	Sin documentar	No se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	9	
N/A	RGC-4	Falta de operativizar las estructuras con que se cuenta para que se divulgue el conocimiento	Interno	Que falte la socialización del conocimiento que se produce en la SDIS	Se refiere a información transformada que no se distribuye a la totalidad de los servidores públicos, o que no es conocida, asimilada ni utilizada	No se cierra el ciclo del proceso de gestión de conocimiento, por tanto las decisiones que se toman no van a impactar en el cumplimiento del objetivo institucional	NO	15	19	8	2010	Actualización					Operativo	C Posible	3	Moderado	3	9		Existe	Fortalecer las estructuras establecidas para que se divulgue el conocimiento producido en la SDIS	Preventivo	Documentado	Se aplica	Disminución de impacto y probabilidad	4	
		No contar con un plan de divulgación y socialización del conocimiento producido en la SDIS	Interno				NO	15	19	8	2010	Actualización					Operativo	C Posible	3	Moderado	3	9		Existe	Formulación del Plan anual para la divulgación y socialización del conocimiento	Preventivo	Documentado	No se aplica			

0036-21 22 DIC 2015

as externas, con los respectivos registros y soportes, podrá solicitar al ente de control respectivo el cierre de las mismas por medio de la OCI.

7. Posibles productos y/o servicios no conformes

ACTIVIDAD	PRODUCTO O SERVICIO	CRITERIO DE ACEPTACIÓN	TRATAMIENTO	REGISTRO
5. Formular el plan de mejoramiento a través del diligenciamiento del instrumento	Plan de Mejoramiento ingresado en Instrumento	**Oportunidad.** El Plan de Mejoramiento debe reportarse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al registro e información del hallazgo o a la oficialización del Mapa de Riesgos **Efectividad.** Las acciones propuestas deben tener la capacidad de eliminar la(s) causa(s) origen del hallazgo	Reporte de la No Oportunidad al Secretario-a de la SDIS y al Comité Coordinador de Control Interno para que se tomen las medidas pertinentes. Realizar comunicación por parte de la OCI con las observaciones relacionadas con las acciones propuestas	Formato F-IM-PRO para medir la implementación del procedimiento
8. Realizar seguimiento al avance de las acciones valorando las evidencias	Cierre de la acción	**Efectividad:** La acción realizada eliminó la causa raíz del hallazgo	Reformular acciones	Formato F-IM-PRO para medir la implementación del procedimiento

	ELABORÓ			REVISÓ	APROBO
NOMBRE	Karinfer Yelitza Olivera	Johanna Paola Caicedo, Alma Victoria Iregui y Maria Ximena Sarmiento – Rol de Asesoría y Acompañamiento	**Equipo del Proceso de Mejora Continua**	**Gustavo Rayo Morales**	Carlos Vladimir Cobo Ramírez
CARGO	**Profesional DADE**	Profesionales Oficina Control Interno		Jefe Oficina de Control Interno	Director Dirección de Análisis y Diseño Estratégico

0036 -- 22 DIC 2015