CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS # 352
FECHA DE LEGALIZACIÓN:20 DE JUNIO DEL 2025
ACTA DE CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES 2/4

DE FECHA DEL 20 DE JULIO AL 19 DE AGOSTO DE 2025

Contratista	PIM HR SOLUTION SAS/REP: MANUEL ANDRES CÁCERES RINCÓN			
Cedula de ciudadanía Nº	1.090.415.762	**NIT**	901.352.627-6	
Registro único tributario	**No responsable de IVA**		**Responsable de IVA**	X
Objeto	ELABORACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y TÉCNICOS PARA ASEGURAR LA PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN EFICAZ DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LAS NORMAS INTERNACIONALES ISO 9001:2015 E ISO 18091:2019 EN EL IMRD CÚCUTA			
Rubro	2.10.2.1.2.02.02.009.01			
Descripción del rubro	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE GOBIERNO			
Disponibilidad Presupuestal	N° 00 000547 DEL 19/06/2025			
Registro presupuestal	N° 00 000535 DEL 20/06/2025			
Valor total del contrato	$70.000.000			
Plazo o duración	4 meses			
Valor a pagar	$ 17.500.000			
Fecha de acta de inicio	20 de junio de 2025	**Fecha de terminación**	19 de octubre de 2025	
Dependencia supervisora	Dirección			
Nombre y cargo del supervisor	Jorge William Correa Monroy Director			
Garantías del contrato	Póliza 460 47 994000088264 Aseguradora Solidaria de Colombia			
El Director, del Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte certifica que, PIM HR SOLUTIONS Identificado con NIT 901.352.627-6 ha dado cumplimiento al objeto del contrato de prestación de servicios # 352 del 19 de Junio del 2025; durante el periodo comprendido entre el 20 de julio al 19 de agosto de 2025.				
El contratista entrega copia de la planilla de seguridad social.				

JORGE WILLIAM CORREA MONROY

DIRECTOR.

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
6e28016b1c1ca86eccb9bb70a5a65359095c5eaaad16a64011be9cb34090e65b321be314da8f407aa69e95ba3bd3af37

Número de Factura: FVP-9
Fecha de Emisión: 28/08/2025
Fecha de Vencimiento: 27/09/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PIM HR SOLUTION SAS
Nombre Comercial: PIM HR SOLUTION SAS
Nit del Emisor: 901352627
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 7020

País: Colombia
Departamento: Norte de Santander
Municipio / Ciudad: Cúcuta
Dirección: AV DEL RIO 5 A N 90 CON ASTURIAS B 2
Teléfono / Móvil: 3158969344
Correo: caceresrinconm@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 807001836
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Norte de Santander
Municipio / Ciudad: Cúcuta
Dirección: Calle 000
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: subdireccionadm@imrd-cucuta.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	CONSULTORIA 2	SERVICIOS PROFESIONALES DE GESTION	94	1,00	$ 14.705.882,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 2.794.117,58	19.00			$ 14.705.882,00

Notas Finales

pago 02 de 4ELABORACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y TÉCNICOS PARA ASEGURAR LA PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN EFICAZ DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LAS NORMAS INTERNACIONALES ISO 9001:2015 E ISO 18091:2019 EN EL IMRD CÚCUTA Periodo del 20 de julio al 19 de agosto
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
28/08/2025 09:13:44
Documento validado por la DIAN:
28/08/2025 09:13:44
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal		14705882
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		14705882
IVA		2794117.58
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		2794117.58
Total neto factura (=)		17499999.58
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 17499999.58

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		14.705.882,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		14.705.882,00
IVA		2.794.117,58
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		2.794.117,58
Total neto factura (=)		17.499.999,58
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 17.499.999,58

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764088780392 Rango desde: 1 Rango hasta: 50 Vigencia: 2027-02-12

INFORME DE ACTIVIDADES			
Nombre	**PIM HR SOLUTIONS/ MANUEL ANDRES CÁCERES**	**NIT**	**1.090.415.762/ NIT: 901.352.627-6**
Periodo del Pago	**Del 20 DE JULIO AL 19 DE AGOSTO DE 2025**	**Pago No.**	**2/4**
Valor a Pagar	$ 17.500.000	**No Del contrato**	**No. 352**
Supervisor	**JORGE WILLIAM CORREO MONROY DIRECTOR**		
Objeto del Contrato	**"ELABORACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y TÉCNICOS PARA ASEGURAR LA PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN EFICAZ DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LAS NORMAS INTERNACIONALES ISO 9001:2015 E ISO 18091:2019 EN EL IMRD CÚCUTA.**		

Objetivos específicos.	**1**	Realizar un Diagnóstico para determinar el estado actual del Sistema de gestión de calidad (SGC) frente a los deberes exigibles por la norma internacional ISO 9001:2015
	2	Establecer y recomendar las acciones necesarias con el fin de realizar el alistamiento del sistema de gestión (SGC).
	3	Elaboración de un plan detallado de trabajo (PDT) a partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico aplicado.
	4	Capacitación al personal del instituto perteneciente a los diferentes niveles y funciones, sobre aspectos relacionados al SGC y certificar la participación en las capacitaciones desarrolladas.
	5	Acompañamiento para la documentación del SGC según los requisitos de la norma internacional ISO 9001:2015 y a los demás requisitos aplicables.
	6	Acompañamiento para la implementación del SGC de la organización, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la documentación y al plan detallado de trabajo (PDT) definido.
	7	Actualización e implementación de métodos para el seguimiento, medición, análisis y evaluación del SGC.
	8	Planificación y ejecución de la auditoría interna al SGC de la organización.

RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO SEGÚN OBJETO DEL CONTRATO Y OBJETIVOS ESPECIFICOS.

ACTIVIDADES REALIZADAS

ACTIVIDADES	RESULTADOS OBTENIDOS
Realizar un Diagnóstico para determinar el estado actual del Sistema de gestión de calidad (SGC) frente a los deberes exigibles por la norma internacional ISO 9001:2015	1. De acuerdo con el avance del proyecto, este resultado fue presentado en el informe de actividades de la primera cuenta
Establecer y recomendar las acciones necesarias con el fin de realizar el alistamiento del sistema de gestión (SGC).	1. De acuerdo con el avance del proyecto, este resultado fue presentado en el informe de actividades de la primera cuenta.
Elaboración de un plan detallado de trabajo (PDT) a partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico aplicado.	2. De acuerdo con el avance del proyecto, este resultado fue presentado en el informe de actividades de la primera cuenta.
Capacitación al personal del instituto perteneciente a los diferentes niveles y funciones, sobre aspectos relacionados al SGC y certificar la participación en las capacitaciones desarrolladas.	1. Se realizo una reunión virtual para socializar los formatos transversales que se utilizan en el instituto: - Formato Comunicación interna - Formato Comunicación externa - Formato Resoluciones - Formato Circular - Formato listo de asistencia - Formato acta de reunión - Formato informe de gestión - Formato de protocolo 2. Se realizaron 3 reuniones con los colaboradores de los procesos GRD y GTH, para socializar la metodología de los formatos que se llevan a cabo. 3. Se elaboró el diseño técnico y metodológico del primer se seminario virtual "Fundamentos de los SGC en gobiernos locales" para funcionarios y contratistas del IMRD. Entregables:

ACTIVIDADES	RESULTADOS OBTENIDOS
	- 4 actas de reuniones - Ficha técnica del seminario.
Acompañamiento para la documentación del SGC según los requisitos de la norma internacional ISO 9001:2015 y a los demás requisitos aplicables.	1. Se creó y actualizó la información documentada requerida por norma ISO 9001:2015 y por la entidad para el cumplimiento de: - Dirección estratégica (misión y visión). - Comprensión de la organización y su contexto. - Comprensión de necesidades y expectativas de partes interesadas. - Alcance del SGC. - Política de Calidad. - Objetivos de Calidad. - Roles, responsabilidades y autoridades. - Gestión de oportunidades SGC (incluye instrucciones). - Control de Salidas No Conformes (incluye instrucciones). - Gestión del Conocimiento (incluye instrucciones). - Planificación de Cambios. (incluye instrucciones). - Auditorías internas del SGC. - Acciones correctivas y/o de mejora. - Revisión por la Dirección. Entregables: - Manual del sistema integrado de gestión (Misión, Visión, Alcance del SGC, Política de calidad, Objetivos de calidad). - Matriz de contexto interno y externo. - Matriz grupos de interés. - Instructivo de contexto y partes interesadas. - Matriz de roles, responsabilidades y autoridades. - Matriz de oportunidades. - Formato acta de revisión por la dirección SGC. - Procedimiento para auditoría interna. - Formato plan de auditoría interna. - Formato perfil del auditor interno. - Formato informe de auditoría interna. - Formato programa de auditoría interna. - Formato evaluación de auditores. - Matriz de control de las salidas NO conformes (incluye instructivo).

ACTIVIDADES	RESULTADOS OBTENIDOS
	- Matriz de la gestión del conocimiento (incluye instructivo). - Procedimiento de acciones correctivas preventivas y de mejora.
Acompañamiento para la implementación del SGC de la organización, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la documentación y al plan detallado de trabajo (PDT) definido.	1. De acuerdo con el Plan de Trabajo Detallado definido para la implementación y evaluación del sistema de gestión de calidad (SGC), se brindó acompañamiento para la socialización e incorporación eficaz de la información documentada que ha sido creada y/o actualizada, con relación a: resultados del diagnóstico SGC, Misión, Visión, Alcance SGC, Mapa de Procesos, Política de Calidad, Objetivos de Calidad, Herramientas y metodologías para el cumplimiento de los requisitos normativos según los documentos entregados. 2. Se ha brindado acompañamiento en las actividades de recepción de solicitudes, revisión y la incorporación de parámetros de acuerdo con el procedimiento para la creación, actualización y control de la información documentada (trazabilidad de a solicitudes, asignación de códigos, versiones, encabezados y administración del listado maestro de documentos). Entregables: - Actas de reuniones.
Actualización e implementación de métodos para el seguimiento, medición, análisis y evaluación del SGC.	1. Se crearon los instrumentos para la medición de la satisfacción de la comunidad frente a los eventos de ciclovías y programas recreo-deportivos, de acuerdo con los criterios definidos en la comprensión de las necesidades y expectativas de partes interesadas, y los compromisos establecidos en la política de calidad. 2. Se diseñó el modelo de informa para facilitar el análisis y evaluación de resultados de la satisfacción de la comunidad beneficiada. Entregables: - Formato Encuesta satisfacción ciclovía nocturna. - Formato Encuesta satisfacción deportes.

ACTIVIDADES	RESULTADOS OBTENIDOS
	- Formato informe de resultados de satisfacción.
Planificación y ejecución de la auditoría interna al SGC de la organización.	1. Esta actividad se llevará a cabo en la próxima fase del proyecto, conforme al plan de trabajo y cronograma establecidos. Según lo propuesto, se desarrollará durante el mes de octubre.

ANEXOS / SOPORTES/ EVIDENCIAS

	EVIDENCIAS O ANEXO	MEDIO	
Anexo 1	Pago de seguridad Social	Físico x Magnético Fotográfico	
Anexo 2	Cuenta de cobro	Físico x Magnético Fotográfico	
Anexo 3	**05 actas de reuniones** **01 manual** **02 procedimientos** **01 instructivo** **02 propuesta encuestas de satisfacción** **15 formatos** **Total de folios:** **Los archivos digitales se encuentran en el link:**	Físico x Magnético x	

Manuel Andres Cáceres Rincón
Rep. Legal PIM HR

Jorge William Correa Monroy
Director

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para identificar, analizar y dar tratamiento a las No Conformidades reales o potenciales, y para la definición de las acciones de mejora que se puedan presentar para los procesos de la organización, determinando las causas y definiendo e implementando las acciones necesarias para asegurar y mejorar la eficacia del SGC.

2. ALCANCE

Inicia con la identificación de No conformidades reales o potenciales, hasta lograr la eliminación de causas de las no conformidades o la mitigación de estas, así como, el establecimiento de acciones de mejora del SGC cuando se determine pertinente.

3. RESPONSABILIDADES

Responsable	Participantes
Líder de calidad.	Todos los procesos

4. DEFINICIONES

1. Satisfacción del cliente: Percepción del cliente sobre el grado en el que se han cumplido sus requisitos.
2. No conformidad: Incumplimiento de un requisito
3. Información documentada: información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene. La información documentada puede estar en cualquier formato y medio, y puede provenir de cualquier fuente.
4. Plan de Mejora: Conjunto de elementos que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas del SGC, en la gestión de operaciones o en el desempeño de las personas.
5. Mejora Continua: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
6. Correctivo (C): Acción inmediata tomada para eliminar una No Conformidad detectada.
7. Acción correctiva (AC): Acción para eliminar la causa de una No Conformidad real y evitar que vuelva a ocurrir.
8. Acción preventiva (AP): Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad u otra situación potencial no deseable.
9. Acción de Mejora (AM): Acción tomada para mejorar cualquier aspecto del SGC, aunque este no se determine actualmente como un incumplimiento. Estas acciones son producto de Oportunidades de Mejora, recomendaciones, observaciones y/o situaciones que pueden aportar a la innovación y/o mejoramiento del SGC.

5. GENERALIDADES

Las fuentes para identificar las no conformidades reales o potenciales y las oportunidades de mejora son, entre otras:

- Matriz de Riesgos y Oportunidades.
- Revisión por la dirección del SGC.
- Auditorías internas y externas al SGC.
- Resultado del seguimiento y medición de los procesos.
- Evaluación de proveedores.
- Medición de la satisfacción de la comunidad beneficiada y PQRS.
- Resultados del Control de las Salidas No Conformes.
- Resultados del seguimiento al cumplimiento de los objetivos de calidad.
- Incumplimiento de los requisitos legales.

Acciones para tomar frente a los distintos tipos de hallazgos:

Si se trata de una No Conformidad Real: se realiza la corrección, y si es necesario se toman acciones correctivas.

Si se trata de una No Conformidad Potencial: Se toman acciones preventivas (Por ejemplo, acciones para tratar riesgos).

Si se trata de una observación/ oportunidad de Mejora, recomendaciones, o situaciones que pueden aportar a la innovación y/o mejoramiento: se analiza la pertinencia de la observación y se determinan los correctivos a aplicar y/o las acciones correctivas necesarias para que se materializa la oportunidad de mejora. Para este tipo de hallazgos se debe evaluar la necesidad de realizar o no el respectivo análisis de causas.

El líder de cada proceso es quien debe revisar continuamente las posibles fuentes de No conformidades con el fin de detectar posibles No conformidades u oportunidades de mejora. Asimismo, debe analizar las causas de las No conformidades y/u oportunidades de mejoras identificadas, así como de la formulación e implementación de las respectivas acciones preventivas, correctivas y/o de mejora. Para esta actividad, puede solicitar el acompañamiento del Líder de calidad.

Cuando en las diferentes fuentes se identifiquen No conformidades comunes, estas se consolidan en una sola para su tratamiento.

El Líder de calidad debe realizar el seguimiento y cierre de las No conformidades dentro de las fechas establecidas en los respectivos planes de mejora de cada proceso.

Cuando la No conformidad u Oportunidad de mejora sean producto de una auditoría interna o externa al sistema de gestión de calidad, el seguimiento y cierre de las acciones implementadas será responsabilidad del Líder de calidad con el apoyo el equipo auditor (Si aplica).

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTO Y/O REGISTRO	RESPONSABLE
1. Identificar las No Conformidades y/o las Oportunidades de Mejora	El Líder de cada Proceso con el apoyo de los demás miembros del equipo de trabajo, deben revisar continuamente la información de las fuentes enunciadas en las generalidades de este procedimiento, con el fin de establecer las No Conformidades (NC) y/o las Oportunidades de Mejora (OM) relacionadas con los Procesos del SGC. Asimismo, se deben considerar los hallazgos de No conformidad provenientes de los informes de auditorías. Una vez se identifique la No conformidad u Oportunidad de Mejora de cualquiera de las posibles fuentes, se procede a realizar el registro de las mismas en el Formato de Plan de Mejora. Esta actividad es responsabilidad del Líder de cada Proceso y para esto se contará con el apoyo del Líder de calidad.	Plan de Mejora	Líderes de los procesos Equipo Auditor Líder de calidad
2. Correctivos	Una vez se detecte cada No conformidad, se deben tomar los respectivos correctivos que permitan dar solución al problema. Los correctivos aplicados se deben registrar en el formato de Plan de Mejora. ¿El correctivo aplicado garantiza que la NC no vuelva a ocurrir?	N/A	Líderes de Procesos Líder de calidad

	Si: Comunicar al Líder de SGC para que conjuntamente evalúen las justificaciones para el cierre del hallazgo. No: Continuar con la actividad 2.		
3. Análisis de Causas	En los casos en que los correctivos aplicados no eliminen la No conformidad de Raíz, se debe proceder con el análisis de causas para la posterior toma de Acciones Correctivas. Para esto, el Líder del proceso con su equipo de colaboradores y con la asesoría del Líder de calidad, analizan las causas de la No conformidad hasta identificar la causa raíz mediante el uso de diversos métodos, tales como: ➢ Lluvia de ideas. ➢ 5 ¿por qué? ➢ Diagrama de Ishikawa ➢ Diagrama de Pareto, entre otros. El resultado del trabajo en equipo para el análisis de causas se deja registrado en el formato de Plan de mejora.	Plan de mejora	Líderes de los Procesos Líder de calidad
	Definir las acciones correctivas requeridas para eliminar las causas de las no conformidades reales o potenciales. Para el caso de las oportunidades de mejoramiento, se deben definir las Acciones de Mejora que se consideren pertinentes (en caso de que se considere aplicable).	Plan de Mejora.	Líderes de los Procesos y sus equipos de trabajo.

4. Definir acciones correctivas, preventivas y/o de mejora	Para el caso de las No conformidades potenciales, por ejemplo, las detectadas en los riegos, se deben establecer las respectivas Acciones Preventivas. Todas las acciones deben ser registradas en el formato Plan de Mejora. Antes de proceder con la implementación de las acciones, es importante que el Líder de calidad evalué la pertinencia de las acciones definidas con relación a los hallazgos y a sus respectivas causas.		Líder de calidad.
5. Implementar acciones	Los responsables de cada proceso deben asegurar la correcta implementación de las diferentes acciones dentro de los plazos establecidos en el plan de mejora. Es necesario conservar evidencias que demuestren la implementación de las acciones.	Evidencias de las acciones implementadas	Líderes de los procesos.
6. Seguimiento a planes de mejora	El Líder de calidad realizará un seguimiento periódico a los diferentes planes de mejora establecidos por los diferentes procesos, verificando en cada caso las respectivas evidencias que demuestren que las acciones se han implementado de acuerdo con lo planificado.	Plan de mejora	Líder de calidad
7. Evaluar eficacia de las acciones	Para los casos en que las No Conformidades provengan de Informes de Auditorías, los respectivos miembros del Equipo Auditor serán los responsables de evaluar la eficacia de las acciones al determinar que las causas fueron eliminadas y de esta manera, concluir que las acciones tomadas fueron eficaces. Esta actividad también	Plan de mejora	Líder de calidad Equipos Auditores

	puede ser realizada por el Líder de calidad. Para los casos en que las No Conformidades provengan de otras fuentes, el Líder de calidad será el responsable de valorar la eficacia de las acciones tomadas.		
8. Informe para Revisión por la Dirección	El Líder de calidad debe preparar la información para reportar en el Revisión por la Dirección del SGC.	Informe consolidado para revisión por la dirección.	Líder de calidad

7. DOCUMENTACIÓN ASOCIADA	
Código	**Nombre del Documento**
GIN-PR-03	Formato de Plan de mejora

ELABORO:	Eva Carolina Bautista Parra - Asesora de Control Interno
Actualizo:	Equipo de calidad
Aprobó:	Jorge William Correa Monroy – Director
Aprobó para el sistema de gestión	Jorge William Correa Monroy – Director

Nombre del curso:

Primer seminario en línea: **FUNDAMENTOS PARA LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN GOBIERNOS LOCALES BASADOS EN LAS NORMAS INTERNACIONALES ISO 9001:2015 e ISO 18091:2019.**

AVISO DE BIENVENIDA:

Les damos una cálida bienvenida a este espacio de transferencia de conocimientos generales y de toma de conciencia, que esperamos permita elevar su contribución al desempeño de calidad de los procesos a través de las normas internacionales ISO 9001:2015 e ISO 18091:2019 "Directrices para sistemas de gestión de calidad en los gobiernos locales"

Le deseamos el mejor de los éxitos y recuerde siempre que "la calidad puede ser esquiva, pero los ciudadanos la merecen".

INFORMACIÓN Y ASESORÍA:

Las solicitudes de información y/o asesoría se pueden realizar a través del correo electrónico: gestioncalidad@imrd-cucuta.gov.co , o a través del teléfono celular y WhatsApp: +57 3102547343.

El equipo de calidad de la entidad estará disponible para atender sus solicitudes.

REGLAS DE PARTICIPACIÓN:

Las siguientes reglas de participación tienen por objeto propiciar dinámicas exitosas de interacción en la plataforma virtual de capacitación empleada por el IMRD Cúcuta; éstas son de observancia obligada para los actores que participan en experiencias de aprendizaje autogestivas en línea.

Del material didáctico digital

- Estará disponible a través de la plataforma virtual.
- Se entrega para uso personal y exclusivo de los participantes.
- Es responsabilidad de cada participante descargar en sus dispositivos los materiales que desee conservar y realizar los respaldos correspondientes para evitar pérdidas.

De la asesoría

- Los participantes podrán solicitar la asesoría necesaria para comprender las propuestas teóricas y realizar las actividades de aprendizaje.
- Esta asistencia puede solicitarse una vez terminada la lectura del material didáctico suministrado.
- Toda comunicación con los asesores se realizará exclusivamente por los medios que se indican en la pestaña de "información y asesoría".

Plazos de entrega de evidencias y evaluaciones

- Para cada actividad propuesta o evaluación se establecerá una fecha límite de entrega, la cual estará especificada en la información general del evento de capacitación.

Regularidad en la participación:

- Para aprobar es necesario cumplir con todas las actividades establecidas en el evento de capacitación en tiempo y forma, además de presentar la evaluación final,
- Se aplicará control de asistencia a las sesiones sincrónicas y los participantes serán responsables de acceder a la plataforma con la frecuencia necesaria para atender las lecturas, actividades y la evaluación final según los plazos establecidos.

Conocimiento de las reglas

- Estas reglas están disponibles para todos los participantes en cada portada principal de los eventos de capacitación, por lo tanto, el desconocimiento de su contenido no es excusa para sustraerse de los efectos de cualquiera de las situaciones aquí descritas.
- Las situaciones no previstas en las presentes reglas serán resueltas por el equipo coordinador del evento de capacitación.

ASPECTOS CLAVES PARA ASEGURAR UNA APROPIACIÓN EFECTIVA DEL CONTENIDO DEL SEMINARIO:

- Permita que la calidad sorprenda a sus clientes (tanto internos como externos).
- No le tenga miedo al cambio.
- Mantenga el TEMPLE (Transparencia – Eficiencia - Modernidad e innovación – Perseverancia – Legitimidad – Empatía).
- Sea creativo(a).
- Insista, persista y no desista.
- Crea en sí mismo(a).
- Busque la excelencia, vale la pena.

FICHA DEL CURSO:

TITULO
SEMINARIO: FUNDAMENTOS PARA LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN ALCALDÍAS BASADOS EN LAS NORMAS INTERNACIONALES ISO 9001:2015 e ISO 18091:2019.

DIRIGIDO A: Servidores públicos y colaboradores de gobiernos locales, de todos los niveles, funciones y tipos de vinculación.

OBJETIVO

Asegurar que los participantes comprendan los conceptos y los beneficios de contar con un sistema de gestión de calidad basado en las normas técnicas internacionales ISO 9001 e ISO 18091.

COMPETENCIA GENERAL

Aplica los conceptos y principios fundamentales de los sistemas de gestión de calidad para contribuir de manera eficaz con la mejora continua de los procesos institucionales, especialmente desde el enfoque del ser y del saber, en un marco de manejo ético y responsable de las tecnologías de la información.

RESULTADO DE APRENDIZAJE

Reconocer los fundamentos y los aspectos generales, que permiten contribuir de manera eficaz con el sistema de gestión de calidad.

CONTENIDO

1. Introducción al sistema de gestión de calidad (SGC).
2. principales desafíos de los sistemas de gestión de calidad.
3. Beneficios esperados de un SGC.
4. Aspectos generales de los sistemas de gestión de calidad en Gobiernos locales.

REFERENCIALES TÉCNICOS UTILIZADOS:

- Internacional Organization for Standardization (2015). ISO 9001 Sistema de gestión de Calidad. Requisitos.
- Internacional Organization for Standardization (2019). ISO 18091 Sistema de gestión de Calidad. Directrices para la aplicación de la Norma ISO 9001 en el gobierno local.

INTENSIDAD HORARIA TOTAL: 8 horas

MODALIDAD: virtual sincrónica y asincrónica.

CERTIFICACIÓN:

- Certificado de participación en el seminario otorgado por el Centro Tecnológico de Cúcuta (CTC), la Alcaldía de Cúcuta y el Instituto Tecnológico Superior de Guanajuato - ITESG de Mexico. (Se otorgará certificación de participación a quien cumpla con la asistencia, el desarrollo de las actividades y la evaluación del seminario).

DESARROLLO DEL SEMINARIO:

MÓDULO 1. INTRODUCCIÓN A LOS SGC.

Actividad 1. Video introductorio.

Los invitamos a ver el contenido del video que nos brinda un experto de la calidad a nivel internacional, para ilustrarnos sobre la importancia de lograr y mantener un alto nivel de calidad en la forma en que operan los gobiernos locales, con el fin de contribuir con una prosperidad económica sostenible y el desarrollo social a nivel local. Esta actividad no requiere la entrega de evidencia, es únicamente de información general para su comprensión.

Facilitador: Mtro. Fidel Aragón Franco (México).

Delegado Técnico por Latinoamérica ante la (ISO) Organización Internacional de Normalización dedicado a la definición de los estándares internacionales.

Consultor en organizaciones públicas y privadas para la implementación, certificación y acreditación conforme a diferentes estándares nacionales e internacionales: MIPG, ISO 21001, ISO 9001, ISO 22301, ISO 45001, ISO 14001, EFQM, BASC, Habilitación y Acreditación en Salud y en Educación. Auditor Internacional en Sistemas de Gestión con más de 250 auditorías ejecutadas.

Docente de postgrados en el ámbito de Sistemas de Gestión, Productividad, Planeación, Modelos de Excelencia y Responsabilidad empresarial en México, Colombia, Perú, Venezuela, Salvador, Nicaragua, Chile y Panamá.

Actividad 2. Sesión virtual sincrónica "Introducción al SGC".

Sesión de clase virtual sincrónica de 1 hora.

Descripción de la sesión:

Recurso: material de apoyo del docente.
Facilitador: Docente ITESG.

Actividad 3. Ruta hacia la calidad y la excelencia.

Aquí encontrará una ruta de 10 pasos que se deberían tener en cuenta para fortalecer la toma de conciencia frente a la calidad y buscar la excelencia en el desempeño individual y colectivo. Le recomendamos hacer una lectura detallada y en cada paso reflexionar sobre las posibilidades de mejora que considere pertinentes. Esta actividad no requiere la entrega de evidencia, es únicamente de lectura e interiorización.

Recurso: Los 10 pasos por la ruta hacia la calidad y la excelencia

Actividad 4. Reflexionemos sobre los principales desafíos de los sistemas de gestión de calidad.

Foro: Paradigmas de los sistemas de gestión de calidad.

Evidencia: Después de revisar y reflexionar sobre los paradigmas planteados en el archivo adjunto denominado "Ejemplos de paradigmas en los sistemas de gestión de calidad", por favor genere dentro del **"foro"** un ejemplo relativo a cualquiera de los casos compartidos o relacione un paradigma adicional que haya detectado en la entidad y que pueda servir como ejemplo de reflexión para la mejora continua.

Recurso: Ejemplos de paradigmas en los sistemas de gestión de calidad. En este documento encontrará algunos de los principales paradigmas que se han generado alrededor de los sistemas de gestión de calidad.

ACTIVIDAD: Paradigmas de los sistemas de gestión de calidad. Para el cumplimiento de esta actividad deberá generar una participación en el foro, de acuerdo a la temática planteada, marcando la opción **"Añadir nuevo tema de debate"** y enviando sus aportes al foro.

MÓDULO 2. SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN GOBIERNOS LOCALES.

Actividad 5. Generalidades del SGC en Gobiernos Locales.

Los invitamos a ver el **vídeo "Generalidades de los SGC"**, con el fin de reconocer algunos de los aspectos más relevantes que le permitirán contribuir de manera eficaz con los sistemas de gestión de calidad en Gobiernos Locales.

Asimismo, es fundamental que realicen la lectura del documento **"Resumen Norma Internacional ISO 18091:2019 para Gobiernos Locales"**, con el fin de asegurar la comprensión del objeto, campo de aplicación y algunos conceptos importantes de este documento creado para las alcaldías a nivel mundial.

La información presentada en el video y en el documento resumen, le brindará los conocimientos necesarios para presentar la evaluación final del seminario.

Recurso: Video generalidades de los SGC.
Facilitador: Oscar José Cáceres Rincón.
Consultor en Sistemas de Gestión.

Actividad 6. Sesión virtual sincrónica "Generalidades de los SGC en Gobiernos Locales.".

Sesión de clase virtual sincrónica de 1 hora.

Descripción de la sesión:

Recurso: material de apoyo del docente.
Facilitador: Oscar José Cáceres Rincón.
Consultor en Sistemas de Gestión.

Actividad 7. Evaluación final.

Aquí encontrará la evaluación final del seminario, por favor contestar las preguntas y asegurarse de dar clic en "enviar".

Por tratarse de un evento de participación, la calificación únicamente se tendrá en cuenta para fines de retroalimentación de los participantes y de la entidad.

Mensaje final: Gracias por su cálida participación y esperamos que siga avanzando permanentemente por la ruta hacia la calidad y la excelencia.

Recuerde que,

¡La Calidad, es un CompromISO de todos!

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CICLOVÍA

Tu opinión es muy importante para seguir mejorando este espacio de recreación, deporte y sana convivencia. Esta encuesta es anónima y solo tomará unos minutos.

Fecha: _____/_____/_____
¿De dónde nos visita? Barrio, comuna o sector: _____
Edad: _____
Género: F ____ M ____ Otro ____

Por favor califique su nivel de satisfacción en los siguientes aspectos:

	Aspecto evaluado	(5) Muy Satisfecho	(4) Satisfecho	(3) Medianamente Satisfecho	(2) Poco Satisfecho	(1) Muy Insatisfecho
1	Organización general del evento.					
2	Percepción de seguridad.					
3	Accesibilidad (movilidad y señalización).					
4	Impacto en su bienestar (físico, emocional y social).					
5	Variedad de actividades recreativas y deportivas.					
6	En términos generales, ¿qué tan satisfecho(a) se encuentra con la experiencia de la ciclovía?					

7. ¿Recomendaría la ciclovía a familiares o amigos? Sí, totalmente_____ Tal vez _____ No _____

Por qué: _____

_____

8. ¿Qué sugerencia nos brindaría para mejorar nuestros servicios?

_____

_____

Protección de datos

El IMRD Cúcuta garantiza la confidencialidad de esta información, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales.

Canales de comunicación

Si desea reportar un hecho de corrupción, puede hacerlo a través de:

https://imrd-cucuta.gov.co/atencion-al-ciudadano/

anticorrupcion@imrd-cucuta.gov.co

"IMRD Cúcuta: El deporte inspira y la recreación une"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PROGRAMAS DEPORTIVOS

Tu opinión nos ayuda a mejorar la calidad de nuestros programas deportivos y a ofrecer mejores experiencias para la comunidad. Esta encuesta es anónima y solo tomará unos minutos.

Fecha: _____/_____/_____
Edad: ____
Género: F ____ M ____ Otro ____
Barrio/Comuna:_____

Programa en el que participa: _____

Califique su nivel de satisfacción frente a los siguientes criterios:

	Aspecto evaluado	(5) Muy Satisfecho	(4) Satisfecho	(3) Medianamente Satisfecho	(2) Poco Satisfecho	(1) Muy Insatisfecho
1	Nivel de organización general del programa.					
2	Cumplimiento de la programación.					
3	Desempeño del personal del IMRD (profesionalismo, puntualidad, trato respetuoso).					
4	Impacto en su bienestar (físico, social y emocional)					
5	¿Qué tan satisfecho(a) está con la experiencia general en el programa?					

6. ¿Recomendaría este programa a otras personas? Sí, totalmente_____ Tal vez _____ No _____

Por qué: _____

_____

5. ¿Qué sugerencia nos brindaría para mejorar nuestros programas?

_____

_____

Protección de datos

El IMRD Cúcuta garantiza la confidencialidad de esta información, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales.

Canales de comunicación

Si desea reportar un hecho de corrupción, puede hacerlo a través de:

https://imrd-cucuta.gov.co/atencion-al-ciudadano/

anticorrupcion@imrd-cucuta.gov.co

"IMRD Cúcuta: El deporte inspira y la recreación une"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ESCENARIOS RECREO DEPORTIVOS

Su opinión es muy importante para mejorar nuestros escenarios y servicios. Esta encuesta es anónima y solo tomará unos minutos.

Fecha de la visita: ____ / ____ / _____

Escenario visitado: _____

Por favor califique su nivel de satisfacción en los siguientes aspectos:

	Aspecto evaluado	(5) Muy Satisfecho	(4) Satisfecho	(3) Medianamente Satisfecho	(2) Poco Satisfecho	(1) Muy Insatisfecho
1	Orden y limpieza del escenario					
2	Estado de la infraestructura					
3	Accesibilidad (movilidad, señalización, ingreso de personas con discapacidad)					
4	Percepción de seguridad dentro y fuera del escenario.					
5	En términos generales, ¿qué tan satisfecho(a) se encuentra con la su experiencia en el escenario?					

6. ¿Recomendaría este escenario a otras personas? Sí, totalmente_____ Tal vez _____ No _____

Por qué: _____

_____

7. ¿Qué sugerencia nos brindaría para mejorar nuestros escenarios?

_____

_____

Protección de datos

El IMRD Cúcuta garantiza la confidencialidad de esta información, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales.

Canales de comunicación

Si desea reportar un hecho de corrupción, puede hacerlo a través de:

https://imrd-cucuta.gov.co/atencion-al-ciudadano/

anticorrupcion@imrd-cucuta.gov.co

"IMRD Cúcuta: El deporte inspira y la recreación une"

INFORME TRIMESTRAL DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Proceso que entrega el informe:	
Responsable del informe:	
Fecha de entrega del informe:	
Periodo de evaluación (especifique los meses):	
Método de aplicación de la evaluación (presencial/virtual/telefónico):	

Objetivo

Texto que describa el objetivo de la medición en específico.

Detalle de los participantes en la evaluación

Datos de la población y muestra de las encuestas aplicadas.

Descripción de los resultados obtenidos

Se muestran los resultados obtenidos de acuerdo a cada pregunta de la encuesta aplicada. (Gráficas o tablas).

Un breve análisis de dichos resultados.

Conclusiones

Texto conclusiones

IMRD CÚCUTA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** GDP-FO-07
	Gestion de Dirección y Planeación	**Versión:** 01
	Formato Matriz de Roles, Responsabilidades y Autoridades	**Fecha:** 21/08/2025

ROL	CONFORMACION	AUTORIDAD	RESPONSABILIDADES
ALTA DIRECCIÓN	DIRECTOR	Tienen la autoridad para decidir y tomar acciones frente a todos los aspectos estratégicos y operativos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC).	1. Aprobar la politica y los objetivos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), así como, la planificación para el logro de los objetivos. 2. Establecer y aSGCnar los roles,responsabilidades y autoridades del SGC. 3. Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el apropiado desempeño del SGC. 4. Rendir cuentas a las partes ineteradas pertinentes sobre la eficacia del SGC. 5. Promover en toda la organizacion el enfoque al cliente, el enfoque a procesos y el pensamiento basados en riesgos. 6. Promover la toma de conciencia del personal sobre la importancia de cumplir los requisitos del SGC. 7. Apoyar a los demas roles del SGC para asegurar su compromiso y liderazgo frente al SGC. 8. Asegurar que se identifican,comprenden y se cumplen regularmente los requisitos de las partes interesadas, los legales y reglamentarios aplicables al SGC. 9. Realizar a intervalos planificados la revision por la dirección del SGC para evaluar su conveniencia, adecuacion y eficacia. 10. Promover la mejora continua del SGC en la organzación.

IMRD CÚCUTA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** GDP-FO-07
	Gestion de Dirección y Planeación	**Versión:** 01
	Formato Matriz de Roles, Responsabilidades y Autoridades	**Fecha:** 21/08/2025

ROL	CONFORMACION	AUTORIDAD	RESPONSABILIDADES
COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	DIRECTOR O SU DELEGADO. SUBDIRECTORES.	Tiene la autoridad de formalizar la creación, actualización o eliminación de documentos del Sistema de Gestión de Calidad.	1. Revisar las acciones relacionadas con la creación, actualización o eliminación del documentos del Sistema de Gestión de Calidad. 2. Dar conceptos de las acciones relacionadas con la creación, actualización o eliminación del documentos del Sistema de Gestión de Calidad. 3. Formaliza en el acta producto de la reunión del comité la creación, actualización o eliminación del documentos del Sistema de Gestión de Calidad. 4. Revisar información para la revisión por la dirección. 5. Revisar los informes producto de las acciones de seguimiento a la implementación del SGC
EQUIPO AUDITOR	Todos los que apliquen de acuerdo al perfil requerido para auditores internos del SGC	Tienen la autoridad para evaluar de manera sistemática e independiente el desempeño del SGC y determinar su nivel de comformidad, adecuacion y eficacia frente a los requisitos aplicables.	1. Planificar las auditorías internas del SGC. 2. Ejecutar las auditorías internas según lo planificado. 3. Realizar los informes de auditoría y presentarlos en los plazos establecidos. 4. Asegurar el estricto cumplimiento del procedimiento de auditorías internas y el registro adecuado de la información requeridos en los respectivos formatos de auditoria. 5. Actuar en cumplimiento de los principios de auditoría. 6. Mantener y mejorar sus competencias como auditor interno.

IMRD CÚCUTA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** GDP-FO-07
	Gestion de Dirección y Planeación	**Versión:** 01
	Formato Matriz de Roles, Responsabilidades y Autoridades	**Fecha:** 21/08/2025

ROL	CONFORMACION	AUTORIDAD	RESPONSABILIDADES
EQUIPO COORDINADOR DE SISTEMA DE GESTIÓN	Equipo de Calidad	Tiene la autoridad para coordinar y realizar seguimiento a todas las actividades de planificación, implementación, evaluación y mejora del SGC en todos los procesos.	1. Realizar seguimiento al cumplimiento de las responsabilidades y autoridades aSGCnadas a los diferentes roles del SGC. 2. Brindar acompañamiento y asesoría a los procesos para la eficaz implementación de las diferentes actividades establecidas por el SGC. 3. Controlar y mantener actualizada la información documentada del SGC. 4. Socializar los documentos aprobados para el SGC a los responsables de los diferentes procesos y subprocesos de la organización. 5. Brindar orientaciones a los líderes de procesos y subprocesos sobre la creación, actualización y control de la información documentada del SGC. 6. Consolidar y preparar la información requerida como entrada para la revisión por la dirección del SGC. 7. Asesorar al personal sobre la obtención y conservación de evidencias y soportes requeridos por el SGC. 8. Informar a la alta dirección sobre el desempeño del SGC y sobre las oportunidades de mejora que se detecten desde los diferentes procesos de la organización. 9. Verificar la eficaz implementación de los procedimientos de trabajo y el diligenciamiento de los formatos. 10. Acompañar a los líderes de procesos y subprocesos sobre la formulación y ejecución de las acciones correctivas, preventivas y de mejora del SGC.

LIDERES DE PROCESOS	Director Subdirectores Personal contratista líder de proceso	Tiene la autoridad para asegurar que el personal bajo su cargo cumpla cabalmente con todas las disposiciones del SGC que le sean aSGCnadas.	1. Propender por el cumplimiento de la política y objetivos del SGC por parte del proceso. 2. Determinar los criterios y métodos necesarios para una adecuada implementación, mantenimiento y mejora del proceso, con base en las directrices de la alta dirección y en cumplimiento de los requisitos aplicables al SGC. 3. Apoyar las labores del Equipo Coordinador del Sistema de Gestión relacionadas a la implementación, mantenimiento y mejora del SGC aplicables al proceso. 4. Asegurar que se identifiquen y controlen los riesgos y oportunidades del proceso, SGCuiendo los lineamientos establecidos por el SGC. 5. Cumplir con todas las responsabilidades aSGCnadas en la documentación del SGC. 6. Reportar información sobre los resultados del seguimiento, medición, análisis y evaluación aplicada al proceso, de acuerdo a los lineamientos definidos por el SGC. 7. Asegurar que el proceso genere los resultados previstos de acuerdo a las orientaciones documentadas en el SGC para el proceso. 8. Gestionar los medios necesarios para la implementación de acciones que aseguren la mejora del desempeño del proceso.

COLABORADORES	Todo el personal	Tiene la autoridad para proponer acciones que aseguren la mejora del SGC.	1. Contribuir con el cumplimiento de la Política y de los Objetivos de Calidad. 2. Contribuir con la eficacia del SGC. 3. Responder por el uso adecuado de la información documentada del SGC necesaria para el desarrollo de las actividades a cargo. 4. Entregar de manera oportuna y eficaz las evidencias y soportes requeridos por el SGC. 5. Participar activamente de las actividades convocadas por el SGC. 6. Contribuir de manera activa en la generación de propuestas de mejora del SGC.

IMRD CÚCUTA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** GDP-FO-08
	Gestión de Direccion y Planeación	**Versión:** 01
	Formato matriz de contexto interno y externo	**Fecha:** 21/08/2025

MATRIZ DE CONTEXTO INTERNO Y EXTERNO

ANALISIS EXTERNO

TIPO DE FACTOR	DEBILIDAD (DESCRIPCIÓN DEL FACTOR O VARIABLE)	PRIORIZACION	FORTALEZA (DESCRIPCIÓN DEL FACTOR O VARIABLE)	PRIORIZACION
INFRAESTRUCTURA	Los sistemas y herrmaientas digitales no están actualizados ni responden a las necesidades operativas del IMRD, lo que limita la eficiencia de la gestión.	ALTA	Buen desempeño institucional reflejado en la gestión, planeación y cumplimiento de metas establecidas.	ALTA
	La infraestructura física administrativa es insuficiente y no adecuada para el desarrollo óptimo de las actividades institucionales.	MEDIA	Sistema de gestión documental organizado y cumplimiento de la normatividad vigente en materia de archivo.	ALTA
	La planta del personal es reducida, lo que afecta la continuidad de los procesos y sobrecarga al equipo existente.	ALTA	Implementación de un sistema de gestión de calidad eficiente que fortalece los procesos internos.	ALTA
TALENTO HUMANO	Buena parte del personal encargado de procesos misionales esta vinculado por OPS, lo que afecta la estabilidad y sostenibilidad institucional.	ALTA	Talento humano calificado, con competencias técnicas y compromiso institucional.	ALTA
	La baja disponibilidad de recursos financieros y materiales limita la oferta de programas recreativos, generando baja participación comunitaria.	MEDIA	Procesos jurídicos ágiles y bien estructurados que respaldan la gestión institucional y garantizan la seguridad legal de las actuaciones.	ALTA
	Hay alta deserción y desmotivación de deportistas destacados por ausencia de programas efectivos de motivgación y seguimiento.	ALTA	Liderazgo estratégico con enfoque en resultados deportivos y fortalecimiento comunitario.	ALTA
PROCESOS	La infraestructura deportiva no cumple con los estándares necesarios para la formación y preparación de atletas competitivos.	ALTA	Posicionamiento de programas emblemáticos de recreación y deporte reconocidos a nivel regional.	ALTA
	Falta evaluacion continua de la calidad y los resultados de los programas técnicos, lo que limita su mejora y adaptación.	ALTA	Participación activa en eventos y programas deportivos a nivel regional y nacional, fortaleciendo el reconocimiento institucional.	ALTA
	Limitaciones de accesibilidad física para personas con discapacidad en los escenarios deportivos, lo que restringe la inclusión y participación equitativa.	ALTA	Capacidad de fortalecer la identidad institucional mediante la organización de eventos deportivos representativos	ALTA
	No hay canales virtuales estables para promover eventos, facilitar la participación ciudadana ni interactuar de forma efectiva con la comunidad.	MEDIA	Equipos de trabajo interdisciplinarios con enfoque social y comunitario, que permiten una atención integral a la ciudadanía	ALTA

IMRD CÚCUTA	Sistema Integrado de Gestión	**Código:** GDP-FO-09
	Gestión de Dirección y Planeación	**Versión:** 01
	Formato matriz de grupos de interés	**Fecha**: 21/08/2025

GRUPO DE INTERÉS	NECESIDADES O EXPECTATIVAS	PRIORIDAD PARA LA TOMA DE ACCIONES

ORIENTACIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA MATRIZ DE OPORTUNIDADES	
TÍTULO DE LA COLUMNA	**ORIENTACIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO**
SECCIÓN IDENTIFICACIÓN	
proceso	En este espacio indique el proceso desde el cual se visualiza la oportunidad
ORIGEN	Indique la fuente de la oportunidad teniendo en cuenta las siguientes fuentes: Análisis de Contexto de la organización, necesidad o expectativa de partes interesadas, Aspectos propios del proceso.
OPORTUNIDAD	Describa la oportunidad que se visualiza en términos de aquellas posibilidades deseables y viables que permitirán alcanzar la mejora para el proceso o la entidad en general. Ejemplos: Adopción de nuevos métodos de trabajo, establecimiento de alianzas, incorporación de nuevas tecnologías, incremento de las capacidades del proceso, incorporación de nuevas líneas de servicios, entre otros.
BENEFICIOS DE SU APROVECHAMIENTO/ BENEFICIOS DE SU POTENCIALIZACIÓN	Describa cuales son los impactos potenciales que tendría la materialización de la oportunidad identificada en el proceso y/o entidad.
SECCIÓN PLAN DE ACCIÓN	
ACCIONES PROPUESTAS	En este espacio se deben establecer las acciones planificadas para el logro de la oportunidad identificada. Se debe tener en cuenta que las acciones tomadas para abordar la oportunidad deben se proporcionales al impacto potencial que se desea lograr.
FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	Indique la fecha límite para la implementación de la acción propuesta.
RESPONSABLE	Indique el cargo o rol del responsable de la implementación de la acción.
EVIDENCIAS	Indique las evidencias que demostrarán el cumplimiento de la acción. Ejemplo: Registros de información documentada, Comunicaciones realizadas, registros fotográficos, entre otros.
SECCIÓN SEGUIMIENTO Este espacio es exclusivo para el personal que realiza el seguimiento al cumplimiento de las acciones	
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	Indique el cargo o rol del responsable de realizar el seguimiento al cumplimiento de las acciones propuestas.
FECHA DE ÚLTIMO SEGUIMIENTO	En este espacio el responsable del seguimiento dejará registrada la fecha o periodo del último seguimiento aplicado
ESTADO **Por iniciar /** **En proceso / Finalizado /**	De acuerdo a cada acción planificada se debe indicar el estado actual de las mismas. De acuerdo a los siguientes parámetros: - Por iniciar: Acción que de acuerdo a su fecha de implementación no se ha iniciado su ejecución. - En proceso: Acción sobre la cual ya se han desarrollado actividades. - Finalizada: Acción que de acuerdo a las evidencias suministradas se ha cumplido completamente.

IMRD CÚCUTA	Sistema Integrado de Gestión	Codigó: GDP-FO-10
	Gestión de Dirección y Planeación	Versión: 01
	Formato Matriz de Oportunidades	Fecha: 21/08/2025

IDENTIFICACIÓN				PLAN DE ACCIÓN				SEGUIMIENTO		
PROCESO	ORIGEN	OPORTUNIDAD	BENEFICIOS DE SU APROVECHAMIENTO/ BENEFICIOS DE SU POTENCIALIZACIÓN	ACCIONES PROPUESTAS	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	EVIDENCIAS	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	FECHA DE ÚLTIMO SEGUIMIENTO	ESTADO: Por iniciar / En proceso / Finalizado /

REVISIÓN No:	**FECHA:**
PARTICIPANTES	
NOMBRE	**CARGO**

INFORMACIÓN DE ENTRADA PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
1. ESTADO DE LAS ACCIONES DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN ANTERIOR.
2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES EXTERNAS E INTERNAS PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
3. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE (CIUDADANO)
4. RETROALIMENTACIÓN DE LA PARTES INTERESADAS PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
5. GRADO EN EL QUE SE HAN LOGRADO LOS OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
6. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
7. NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

8. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
9. RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
10. DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS
11. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
12. EFICACIA DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
13. OPORTUNIDADES DE MEJORA PROPUESTAS POR LOS PROCESOS PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
CONCLUSIONES DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
INFORMACIÓN DE SALIDA DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
PROPUESTAS DE MEJORA AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE	FECHA

CAMBIOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		
DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	**RESPONSABLE**	**FECHA**

NECESIDADES DE RECURSOS	
RECURSOS	**JUSTIFICACIÓN**

De acuerdo con lo anterior, se firma la presente acta de Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de Calidad del IMRD Cúcuta, a los __ días del mes de _____ del año ____ en la ciudad de Cúcuta.

_____

Director

_____

subdirector

_____

Subdirector 2

1. Objetivo

Establecer los lineamientos para la identificación y evaluación de los factores del contexto interno y externo que pueden afectar el direccionamiento estratégico, la operación eficaz de los procesos y el logro de los resultados previstos del sistema de gestión, así como, la identificación de necesidades y expectativas de los grupos de interés pertinentes a la entidad.

2. Alcance

Aplica para todos los procesos de la entidad, iniciando con la identificación de las variables del contexto y las necesidades y expectativas de los grupos de interés pertinentes a la entidad, y finaliza con la gestión y seguimiento de las estrategias planteadas.

3. Responsable

Director.

4. Definiciones

Aspecto interno: Es todo aquello dentro de la organización que pueda tener influencia en la forma en que se gestiona la organización.

Aspecto Externo: Es todo aquello que se genera fuera de la organización que puede tener influencia para alcanzar los objetivos de la organización.

Contexto Estratégico: Es la identificación de los aspectos internos y externos que se tienen en consideración para definir, realizar seguimiento y revisión de la Planeación Estratégica de la organización y para gestionar los riesgos y oportunidades.

Partes Interesadas/Grupos de interés: Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad.

Influencia: Nivel en que las partes interesadas influyen notoriamente en la toma de decisiones de la organización.

Dependencia: Nivel en que las partes interesadas dependen de la toma de decisiones de la organización, se relaciona con el impacto.

Riesgo: Está definido como la situación o acción, bien sea de índole positiva o negativa, que desvía a la organización, al proceso o al proyecto del logro de sus objetivos.

Oportunidad Estratégica: Aspecto positivo que se genera al realizar el análisis de contexto.

5. Desarrollo

5.1. Análisis de Contexto

Identificación del contexto interno y externo:

Para la Identificación del contexto interno y externo se deben tener en cuenta los factores y variables que pueden tener un impacto en la entidad.

5.1.1. Factores Internos

Factores estratégicos:

- Canales usados y su efectividad.
- Flujo de información necesaria para el desarrollo de las operaciones.
- Mecanismos empleados para entrar en contacto con la comunidad y otras partes interesadas.
- Variables:
- Alianzas estratégicas con otras entidades a nivel local, regional, nacional e internacional.
- Capacidad de creación de mercado (estrategias para atraer el interés de las partes interesadas hacia la oferta institucional).
- Creación de nuevos servicios.
- Capacidad directiva.
- Comunicación, gobernanza y control directivo.
- Imagen corporativa (percepción con la cual es identificada la entidad en la recordación de las partes interesadas – grupo de interés).
- Liderazgo estratégico (capacidad de los lideres para motivar, dinamizar y gestionar los equipos hacia el logro de los objetivos del sistema de gestión).
- Sistema de coordinación de la entidad (hace relación a que las actividades de gestión se lleven a cabo correctamente y en el tiempo preciso).
- Sistema de control y evaluación de la gestión (medición de indicadores y métodos de seguimiento para evaluar el logro de los objetivos de calidad).

Factor Tecnológico:

- Capacidad de innovación.
- Disponibilidad y respaldo de servicios tecnológicos e información.
- Infraestructura tecnológica y de comunicaciones (plataformas, sistemas de información, hardware, software, sistemas de conectividad y comunicación necesarios para la operación eficaz de los procesos).
- Nivel de uso y aprovechamiento de las TIC.

Factor recursos (general):

- Capacidad instalada. (Potencial máximo de capacidad para prestar un servicio).
- Infraestructura. (Disponibilidad y estado de la infraestructura necesaria para facilitar el logro de los resultados. Edificaciones, instalaciones, recursos de transporte, equipos y servicios asociados).
- Presupuesto (funcionamiento e inversión). (Disponibilidad de recursos financieros para asegurar la eficaz prestación de los servicios, a través de la adecuada operación de los procesos).

Factor Talento Humano:

- Disponibilidad de personal. (suficiencia).
- Nivel de competencias del personal (duras y blandas).
- Esquemas de contratación.
- Niveles de rotación del personal.
- Clima organizacional.
- Experiencia técnica.
- Evaluación de desempeño.

Factor competitivo:

- Calidad de los servicios prestados (nivel de percepción de los atributos o estándares de calidad inherentes al tipo de servicio prestado, de modo tal que la prestación de servicios no genere un volumen significativo de PQRS).
- Nivel de satisfacción de la comunidad beneficiada (medida de como los servicios que presta la entidad cumplen o superan las necesidades y expectativas de la comunidad beneficiada).
- Acceso a otras entidades o empresas (Nivel de contribución de la entidad para el logro de acceso a otras instituciones públicas o empresas de los beneficiarios de la intervención de los programas de la entidad).
- Caracterización de grupos de interés (Capacidad para identificar las características o particularidades de los ciudadanos, usuarios o interesados con los cuales interactúa la entidad; considerando los propósitos del SGC).

- Comunicación y compromiso con los grupos de interés. (suficiencia, eficacia y efectividad de los mecanismos utilizados para entrar en contacto con los grupos de interés).
- Generación, preservación, uso y transferencia del conocimiento. (Hace referencia a la manera como se crea, se transfiere, se protege y se usa el conocimiento en la entidad hacia el cumplimiento de su misionalidad y el logro de sus objetivos estratégicos).
- Gestión por procesos – eficacia y eficiencia (Los procesos tienen definidos sus objetivos, identificando sus entradas y salidas, las condiciones que deben cumplir, su interrelación y sus oportunidades de mejora para alcanzar la oferta de valor).
- Habilidad técnica (capacidad de aplicar métodos y procedimientos en un campo especializado).
- Capacidad de flexibilización en la prestación de servicios (Capacidad de adaptar con facilidad los servicios institucionales a las diversas circunstancias, situaciones, necesidades propias del contexto donde se estén prestando).
- Identificación de necesidades y expectativas de grupos de interés.
- Nivel de participación ciudadana y rendición de cuentas.
- Oferta institucional (portafolio). (Nivel de definición, formalización y categorización de los servicios prestados por la entidad).

Factor de procesos:

- Diseño de procesos. PHVA (caracterizaciones).
- Controles establecidos.

Factor comunicación interna:

- Canales utilizados y su efectividad. (uso de canales de comunicación interna, tales como, nube, correo institucional, carteleras informativas, grupos de WhatsApp, que contribuyen al flujo de información y al conocimiento de procesos y actividades para su eficaz operación).
- Comunicación accesible e inclusiva. (Garantiza que todas las personas, independientemente de sus limitaciones para ver, escuchar, comprender, o moverse, puedan acceder a la información en igualdad de condiciones).
- Flujo de información necesaria para el desarrollo de las operaciones. (Volumen de interacción de información entre áreas y/o dependencias para el cumplimiento del objetivo de los procesos).

5.1.2. Factores Externos

Factores económicos:

- Cambios en el comportamiento de la economía y/o en las variables macroeconómicas.
- Fuentes de financiación (Disponibilidad de diferentes fuentes de financiación generadoras de recursos económicos necesarios para la operación de la entidad: Nación, regalías, transferencias y propios).
- Alianzas estratégicas. (sector público y privado)
- Inversión pública.
- Niveles de empleo, desempleo, sub empleo.
- Políticas públicas para el desarrollo económico.
- Proyectos de desarrollo regional y territorial.
- Tejido empresarial.
- Vocación productiva del municipio. Apuestas productivas del municipio.

Factores políticos:

- Políticas de gobierno que puedan tener impacto en los resultados de la entidad, en su operación o en los servicios que presta.
- Planes de desarrollo nacional y departamental.
- Requisitos legales (cambios que se presentan en leyes, normas y políticas de gobierno aplicables a los procesos de la entidad que pueden tener impacto en los resultados o que puedan afectar la operación).

Factores sociodemográficos y culturales:

- Desplazamiento y migraciones. (nivel de incidencia).
- Demografía y población. (variables estadísticas que le permiten a la entidad generar políticas e iniciativas con relación a la población del municipio).
- Proyección social.

Factores tecnológicos:

- Disponibilidad de acceso a nuevas tecnologías.
- Factores ambientales:

Cambio climático. (condición ambiental que puede afectar a las actividades, productos y servicios de la entidad, a través de: indisponibilidad de los servicios; demoras o retraso en la entrega de bienes o servicios suministrados por terceros a la entidad; aumento de costos de insumos de trabajo, maquinaria y equipos; daños a la infraestructura; afectación en la productividad laboral). Pueden incluir: cambios en temperatura, olas de calor, seguías, eventos climáticos severos, calidad del aire, riesgos de tormentas, inundaciones, incendios forestales, entre otros factores.

5.2. Identificación de Grupos de Interés

Para la identificación de las necesidades y expectativas de los grupos de interés, se pueden tener en cuenta los siguientes aspectos, los cuales pueden brindar información relevante:

- Encuestas de satisfacción.
- Rendición de cuentas.
- PQRS recibidas.
- Requerimientos de entes de control.
- Estrategias institucionales.
- Cumplimiento de requisitos legales.
- Requisitos de otros grupos de interés (ciudadanos, proveedores, contratistas, funcionarios, empresas, gremios, otras entidades públicas, organizaciones sociales, entre otras).

5.3. Metodología para la identificación del Contexto

Conformar mesas de trabajo:

En taller grupal, en el que participarán los líderes de los diferentes procesos, se analizarán los factores internos y externos que pueden de una u otra manera afectar o mejorar el cumplimiento de los objetivos de cada proceso o del sistema de gestión en general. Asimismo, se debe realizar un ejercicio de identificación de necesidades y expectativas de los grupos de interés pertinentes a la entidad.

Validación y consolidación de resultados:

Primero, se analizarán las condiciones externas e internas (factores de riesgo externo e interno) que pueden generar eventos que afecten negativa o positivamente el cumplimiento de los objetivos de los procesos organizacionales. Así mismo, cada factor tendrá sus posibles causas definidas como insumo para la siguiente fase de la gestión del riesgo.

Las situaciones externas pueden ser de carácter social, cultural, económico, tecnológico, político y legal, bien sea internacional, nacional o regional según sea el caso de análisis. Las situaciones internas están relacionadas con la estructura, cultura organizacional, el modelo de operación, el cumplimiento de los planes y programas, los sistemas de información, los procesos y procedimientos y los recursos humanos y económicos con los que cuenta la entidad.

Para esto, se deberá emplear el formato GDP-FO-08 "Formato matriz de contexto interno y externo", con el fin de conservar la información documentada producto del análisis realizado.

Seguidamente, se realizará una lluvia de ideas que permita determinar las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés, considerando las fuentes de información disponibles, así como, el conocimiento y experiencia de los lideres de procesos frente a estos factores.

Para esto, se deberá emplear el formato GDP-FO-09 "Formato matriz de grupos de interés", con el fin de conservar la información documentada producto del análisis realizado.

6. Documentos relacionados

Nombre del documento
Formato matriz de contexto interno y externo
Formato matriz de grupos de interés

7. Formalización de la versión actual

Elaboró	Equipo de Calidad 20/08/2025
Aprobó	Jorge William Correa Monroy – Director. 20/08/2025
Aprobó para el sistema de gestión	Jorge William Correa Monroy – Director. 20/08/2025

8. Oficialización y control de cambios

Fecha	Versión	Descripción
21/08/2025	01	Creación del Documento.

Objetivo:			
Alcance:			
Criterios:			
Equipo auditor:			
Fecha de realización de la auditoria:		**Fecha de entrega del informe:**	

Proceso:	**Responsable:**
Fortalezas identificadas:	
Observaciones/ Oportunidades de mejora:	
No conformidades identificadas:	
Proceso	**Responsable:**
Fortalezas identificadas:	
Observaciones/ Oportunidades de mejora:	
No conformidades identificadas:	

Consolidado general de resultados

PROCESO	Fortalezas	Observaciones	No conformidades
TOTAL	**14**	**23**	**23**

CONCLUSIONES GENERALES

1.

Elaborado por:	
Cargo/Rol:	
Fecha:	

IMRD CÚCUTA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** GIN-FO-06
	Gestión Integral	**Versión:** 01
	Formato Programa de Auditoría Interna SIG	**Fecha:** 21/08/2025

PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA

OBJETIVO:	
ALCANCE:	

Tipo de auditoría	Objetivo de auditoría	Criterios de auditoría	Fecha

OBSERVACIONES:

Riesgos asociados:	Acciones de mitigación:

IMRD CÚCUTA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** GI-FO-14	
	Gestión Integral	**Versión:** 01	**Fecha:** 21/08/2025
	Formato Evaluación de Auditores SIG	Página 1 de 1	

FECHA:	**NOMBRE AUDITOR EVALUADO:**
PROCESO AUDITADO:	

Esta evaluación la diligenciará el auditado al finalizar la auditoría, y antes de la reunión de cierre de esta.
Se debe seleccionar un puntaje, teniendo como criterio que 1 es la menor competencia y 5 la mayor.

CRITERIO	**CALIFICACIÓN**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA					
Claridad en el contenido del plan de auditoría (*)					
Eficacia en la comunicación inicial sobre la realización de la auditoría (*)					
2. TÉCNICAS Y MANEJO DE LA AUDITORÍA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Formulación clara de las preguntas					
Demostró conocimientos sobre la Norma ISO 9001					
3. HABILIDADES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Mostró entendimiento del proceso auditado					
Cumplió con el tiempo establecido					
Puntual en el inicio de la entrevista					
Asertividad en la comunicación (Capacidad de expresar sentimientos, actitudes, deseos y opiniones de un modo adecuado a cada situación social que se presente, respetando esas conductas en los demás y resolviendo de modo adecuado los posibles problemas que surjan)					
4. ATRIBUTOS	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Diplomático (Se entiende como un estilo de conducta, tener mucho tacto. Habilidad, sagacidad y disimulo)					
Decidido y seguro de sí mismo					

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

Nombre de la persona que realiza la evaluación (Opcional): _____

Cargo o rol: _____

NOTA: Las preguntas demarcadas con asterisco (*) aplican solamente al Auditor Líder

IMRD CÚCUTA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** GIN-FO-08
	Gestión Integral	**Versión:** 01
	Formato Control de Salidas No Conformes	**Fecha:** 21/08/2025

SUBPROCESO	FECHA OCURRENCIA	DESCRIPCION DE LA SALIDA NO CONFORME	ACCIONES TOMADAS	RESPONSABLE	AUTORIDAD	OBSERVACIONES

IMRD CÚCUTA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** GIN-FO-09
	Gestión Integral	**Versión:** 01
	Formato Matriz de Gestión del Conocimiento	**Fecha**: 21/08/2025

PROCESO	CONOCIMIENTO CRÍTICO DEL SUBPROCESO	OBTENCIÓN	RESPONSABLE	UBICACIÓN	PROTECCION Y PRESERVACION	CONOCIMIENTO ACTUAL O NECESARIO	NECESIDAD DE ACTUALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO (OBSOLESCENCIA)	TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO

ORIENTACIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA MATRIZ DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	
Titulo de la Columna	**Orientaciones para el diligenciamiento**
CONOCIMIENTO CRÍTICO DEL PROCESO	En este espacio se deben determinar los conocimientos esenciales que son necesarios para la eficaz operación del proceso. Se trata de los conocimientos que deben mantenerse y ponerse a disposición del personal para el correcto desarrollo de las actividades.
OBTENCIÓN	La obtención de los conocimientos se puede basar en fuentes internas (por ejemplo, conocimientos que se adquieren con la experiencia; lecciones aprendidas; conocimiento y experiencia desarrollada por el personal; investigación aplicada, resultados de mejoras aplicadas; información documentada, entre otros) y/o en fuentes externas (por ejemplo, Normatividad; academia; capacitaciones; conocimientos provenientes de diversas partes interesadas, entre otros)
RESPONSABLE	Hace referencia a los cargos o roles actuales que son responsables de mantener y poner a disposición de los demás en la medida que sea necesario el conocimiento específico del proceso.
UBICACIÓN	Para el caso del conocimiento que se mantiene como información documentada se debe indicar el lugar y el medio de conservación del conocimiento. No aplica para el caso de conocimiento basado en la experiencia, formación y/o academia logrados por el personal responsable que no se encuentran documentados.
PROTECCION Y PRESERVACION	En este espacio se deben indicar los medios y los métodos que se utilizan para proteger y conservar los conocimientos documentados. Por ejemplo: Sistema de información de la entidad, Servidores informáticos, Back up de información, copias físicas de documentos, restricción de accesos, entre otros.
CONOCIMIENTO ACTUAL O NECESARIO	En este espacio se indica si el conocimiento se encuentra actualmente disponible en la entidad o se deben tomar acciones para adquirirlo. Para esto únicamente se agrega uno de los siguientes términos: Actual o Necesario.
NECESIDAD DE ACTUALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO (OBSOLESCENCIA)	Cuando se identifican necesidades y tendencias cambiantes, en este espacio se debe determinar claramente como la entidad pretende adquirir o acceder a los conocimientos adicionales que se requieren o a las actualizaciones que surjan productos de los cambios (Por ejemplo: Gestionar capacitaciones para el personal, ajustar los perfiles de vinculación del personal de acuerdo a las nuevas necesidades de conocimientos; vincular apoyos externos o contratistas; gestionar transferencia de conocimientos a través de organizaciones aliadas.)
TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	En este espacio se deben especificar los métodos a través de los cuales se logra transferir los conocimientos entre el personal del proceso y de la organización en general, cuando sea requerido. Por ejemplo; actividades de inducción y reinducción; capacitación; socialización, reuniones de trabajo; actividades de empalme; transferencia de archivos, entre otros.

IMRD CÚCUTA	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**Código:** GIN-FO-10
	Gestión Integral	**Versión:** 01
	Formato Plan de Auditoría SIG	**Fecha:** 21/08/2025

PLAN DE AUDITORÍA INTERNA AL SISTEMA DE GESTION

Objetivo	
Alcance	
Criterios de Auditoría	
Equipo Auditor	

FECHA	HORA	PROCESO A AUDITAR / ACTIVIDAD A REALIZAR		REQUISITOS	AUDITADO(S)	AUDITOR(ES)

Observaciones	

Elaborado por		**Aprobado por**	
Cargo/Rol		**Cargo**	
Fecha		**Fecha**	

Perfil	**Auditor Interno**
EDUCACIÓN	Profesional universitario. Diplomado y/o especialización en Sistemas de Gestión
FORMACIÓN	Mínimo 20 horas de Formación actualizada como auditor interno de Sistemas de Gestión.
EXPERIENCIA LABORAL	Experiencia mínima de 1 año en el diseño e implementación de Sistemas de Gestión de Calidad ISO 9001:2015
EXPERIENCIA EN AUDITORIA	Experiencia mínima como auditor en un proceso de auditoría interna.
Atributos personales	Ético, diplomático, perceptivo y objetivo, con excelentes habilidades de comunicación.
Conocimientos Genéricos y Habilidades del equipo auditor	1. Principios y técnicas de auditoría. 2. Conocer la información documentada del sistema. 3. Conocer la normatividad vigente aplicable al sistema. 4. Recopilar Información a través de entrevistas eficaces, escuchando, observando y revisando la información documentada. 5. Habilidades comunicativas, de formulación de preguntas y para la redacción de hallazgos.
Conocimientos Genéricos y Habilidades del Auditor líder	1. Principios y técnicas de auditoría. 2. Conocer la información documentada del sistema. 3. Conocer la normatividad vigente aplicable al sistema ISO 9001:2015. 4. Recopilar Información a través de entrevistas eficaces, escuchando, observando y revisando la información documentada. 5. Habilidades comunicativas, de formulación de preguntas y para la redacción de hallazgos. 6. Planificación de auditorías. 7. Habilidad en las comunicaciones. 8. Liderazgo dentro del equipo auditor. 9. Habilidad para la resolución de conflictos. 10. Preparar y completar el informe de auditoría.

Responsabilidades de los Auditores Internos
Mantener actualizado su conocimiento y comprensión frente a los componentes conceptuales y procedimentales de los Sistemas de Gestión de Calidad y directrices para las auditorias de gestión.
Solicitar al área respectiva la información documentada necesaria para la realización de las auditorias, garantizando confidencialidad y reserva de la información.
Planificar la auditoría en forma objetiva y eficaz, basado en una exploración relevante de la información asociada al propósito, criterios y alcance de la auditoría.
Cumplir con lo establecido en el programa y los planes de auditoría orientando al auditado sobre el propósito de la metodología a utilizar.
Recopilar los hallazgos relevantes con el fin de facilitar el análisis de la información y entrega de resultados de la auditoría.
Informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en el desarrollo de la auditoría con el fin de garantizar una adecuada ejecución del proceso.
Solicitar auditorías complementarias cuando en el desarrollo de la auditoría asignada se verifica la necesidad.
Solicitar las evidencias correspondientes en cada una de las acciones planteadas por los auditados dentro de sus planes de mejoramiento.
Realizar el seguimiento pertinente con el fin de verificar la eficacia de las acciones correctivas y/o preventivas que solucionan las no conformidades y/o observaciones identificadas en cada auditoría.

IMRD
CÚCUTA

MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Código: GIN-MA-01

Versión: 01

DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

En el Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte de Cúcuta – IMRD, la dirección asume con responsabilidad y convicción el compromiso de liderar y fortalecer nuestro Sistema de Gestión de la Calidad, como herramienta estratégica para garantizar que cada programa, servicio y escenario recreativo y deportivo contribuya efectivamente al bienestar y la calidad de vida de la comunidad. Este compromiso se traduce en la promoción de una cultura institucional basada en la mejora continua, la transparencia, la eficiencia y la orientación permanente a la satisfacción de los ciudadanos.

Estamos convencidos de que "el deporte inspira y la recreación une" a la comunidad, por ello trabajamos con un equipo humano calificado, procesos organizacionales articulados y una gestión responsable que responde a los lineamientos del Plan de Desarrollo Municipal y a las expectativas de nuestros usuarios. De esta manera, la dirección del IMRD asegura el cumplimiento de los requisitos normativos, el fortalecimiento de la confianza ciudadana y la consolidación de un instituto de excelencia, reconocido como referente en la gestión pública deportiva y recreativa a nivel local, nacional e internacional.

Jorge William Correa Monroy
Director

ÍNDICE

1. Nuestro direccionamiento.
   - 1.1. Misión.
   - 1.2. Visión.
   - 1.3. Valores institucionales.
2. Mapa de procesos.
3. Políticas y Objetivos del Sistema de Gestión.
4. Alcance del sistema de gestión de calidad.

1. Nuestro direccionamiento

1.1. Misión:

En el IMRD Cúcuta inspiramos bienestar y calidad de vida a través del deporte, la recreación y el aprovechamiento consciente del tiempo libre.

Con pasión, talento y compromiso, promovemos programas y espacios que fortalecen el cuerpo, impulsan el bienestar emocional y unen a la comunidad.

1.2. Visión:

El IMRD Cúcuta será un referente nacional e internacional en innovación y eficiencia institucional, con una oferta deportiva y recreativa accesible, diversa y transformadora.

1.3. Objetivos estratégicos:

- Cumplir satisfactoriamente las metas del PDM.
- Aumentar la satisfacción de la comunidad en temas de recreación y deportes.
- Masificar la recreación y el deporte en disciplinas deportivos y cobertura.
- Apoyar la inclusión del deporte, en los diferentes niveles sociales.

1.4. Valores institucionales:

Nuestros valores se apegan al Código de Integridad de la Función Pública colombiana, los cuales se establecen, definen y adoptan de la siguiente manera:

Honestidad: actuó siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

Respeto: reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

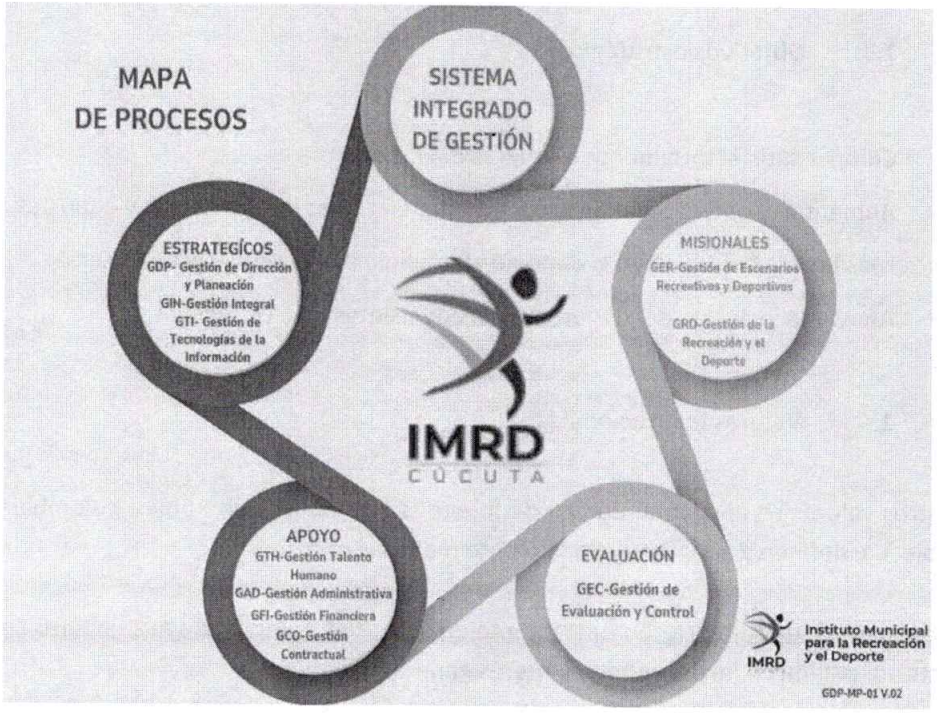
Compromiso: Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

Diligencia: Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud y eficacia, para así optimizar el uso de los recursos del estado.

Justicia: Actuó con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

2. Mapa de procesos:

En el IMRD Cúcuta, se han determinado los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad y su aplicación, de la siguiente manera:



3. Políticas y Objetivos del Sistema de Gestión:

Política de Calidad:

En el IMRD Cúcuta promovemos el bienestar y la calidad de vida a través del deporte, la recreación y el aprovechamiento consciente del tiempo libre.

Nos comprometemos a ofrecer programas y espacios accesibles, pertinentes e incluyentes, que inspiran y unen a la comunidad.
Actuamos con empatía, innovación y vocación de servicio, apoyados en un equipo humano incansable y con capacidades técnicas que trabaja con amor por la ciudad.

Creemos en el poder del deporte para inspirar y de la recreación para unir, y asumimos el reto de proyectarnos como un instituto de clase mundial, al servicio de todos los cucuteños y quienes nos visitan.

Objetivos de calidad:

- Asegurar la satisfacción de la comunidad beneficiada a través de una oferta recreo-deportiva eficaz, pertinente, accesible e incluyente.
- Fortalecer las competencias y la toma de conciencia del equipo humano, enfocadas en las capacidades técnicas, la vocación del servicio y el amor por la ciudad.
- Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión y sus procesos.

Alcance del sistema de gestión de calidad:

El Alcance del sistema de gestión de calidad del IMRDD está definido para: Gestión de actividades recreativa y deportivas en el municipio de San José de Cúcuta.

- Requisitos de no aplicabilidad:

Aplican todos los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015.

OBJETIVO

Establecer los lineamientos para planificar, implementar y ejecutar las auditorías internas al sistema de gestión para verificar y evaluar el cumplimiento de los requisitos aplicables.

ALCANCE

Inicia con la elaboración del programa de auditoría interna al sistema de gestión y finaliza con el cierre de hallazgos identificados en las auditorías ejecutadas.

RESPONSABILIDADES

Responsable	Participantes
Equipo de Calidad.	Equipo Auditor.

DEFINICIONES

- Alcance de la auditoría: Extensión y límites de una auditoría. El alcance incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el periodo de tiempo cubierto.
- Auditado: Organización que se audita.
- Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.
- Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la auditoría.
- Auditoría interna: Auditoría de primera parte que se realiza por en nombre de la propia organización.
- Conclusiones de la auditoría: Resultado de una auditoría, que proporciona el equipo auditor, tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
- Conformidad: Cumplimiento de un requisito.
- Criterio de auditoría: Referencia utilizada en la verificación y sobre la cual se evalúa el cumplimiento. Estas referencias pueden ser políticas, procedimientos, normas o requisitos.
- Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
- Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como el manejo de recursos utilizados y disponibles.
- Equipo auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo si es necesario, de expertos técnicos.
- Evidencia de la auditoría: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables. La evidencia de la auditoría puede ser cualitativa o cuantitativa.

- Experto técnico: Persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor. El conocimiento o experiencia específicos son los relacionados con la organización, el proceso o la actividad a auditar, el idioma o la orientación cultural. Un experto técnico no actúa como auditor en el equipo auditor.
- Hallazgos de la auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar la conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, así como las oportunidades de mejora.
- Auditor Líder: Persona que por su experiencia o conocimiento coordina y lidera una auditoría. Tiene autonomía para preparar la ejecución de la auditoría, conciliar los auditados, liderar las reuniones de apertura y cierre de auditorías, actuar en el esclarecimiento de eventuales dudas que surjan durante la ejecución de la auditoría y en la solución de posibles problemas.
- Información documentada: información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene. La información documentada puede estar en cualquier formato y medio, y puede provenir de cualquier fuente.
- No conformidad: Incumplimiento de un requisito.
- Plan de auditoría: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
- Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas.
- Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

GENERALIDADES

1. Las auditorías internas al sistema de gestión se realizan mínimo una vez al año.

2. Las auditorías internas se ejecutan bajo los principios establecidos en la norma ISO 19011.

3. Tanto el equipo auditor como el auditor líder serán seleccionados por el responsable del programa de auditoría, de acuerdo con el perfil de auditor interno determinado por la organización.

4. Las No conformidades serán cerradas por el auditor o por el personal responsable del seguimiento de acuerdo con cada plan de mejoramiento establecido.

5. Los procesos auditados deben enviar los planes de mejora establecidos para solucionar las no conformidades identificadas en un plazo no mayor a quince días después de haber recibido el informe de la auditoría, estos deberán ser enviados al Lider del equipo de calidad.

6. Los tipos de hallazgos en la auditoría interna pueden ser:

-Observaciones/ oportunidades de mejora.
-No conformidades
-Fortalezas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
Elaborar y aprobar el programa de auditorías. Elaborar y aprobar el programa de auditorías.	Director/ Equipo de calidad.	Formato Programa de auditoría interna
Comunicar el programa de auditorías Dar a conocer a los líderes de los procesos el programa de auditorías y las directrices para su aplicación.	Equipo de calidad.	Formato Programa de auditoría interna
Seleccionar el equipo auditor El líder de calidad selecciona el equipo auditor, teniendo en cuenta las hojas de vida y el perfil de auditor interno definido por la organización, el resultado de la evaluación de auditores en ciclos anteriores (cuando aplique) y la estructura de la auditoría que se vaya a realizar.	Líder de calidad.	Formato perfil de auditor interno
Elaborar el plan de auditoría El equipo auditor elabora el plan de auditoría conforme al programa de auditoría aprobado y a las orientaciones de la alta dirección.	Equipo Auditor	Formato plan de auditoría
Aprobar el plan de auditoría Cada plan de auditoría será presentado para la aprobación por parte del Director.	Auditor Líder	Formato plan de auditoría
Comunicar el plan de auditoría El Líder de calidad realiza él envió correspondiente a través de comunicación interna del plan de auditoría a los líderes de procesos de la entidad.	Líder de calidad.	Comunicación interna
Preparar la ejecución de la auditoría	Equipo Auditor	Formato plan de auditoría

El equipo auditor realiza el alistamiento de la auditoría teniendo en cuenta los objetivos, el alcance y los criterios a auditar acorde al plan de auditoría. Esta actividad es responsabilidad de cada auditor bajo la supervisión del auditor líder.		
Ejecutar la auditoría interna La auditoría se da inicio con la realización de la reunión de apertura. Durante la reunión de apertura el auditor líder se presenta y presenta a todo el equipo auditor, da lectura al plan de auditoría dando a conocer todos los aspectos necesarios para la logística del proceso. En caso de presentarse algún inconveniente para la ejecución de una actividad planificada se procede a realizar los ajustes. Se debe cumplir con la agenda del plan de auditoría y se deben preparar los hallazgos encontrados antes de la reunión de cierre de auditoría.	Equipo Auditor	Formato de asistencia reunión de apertura
Cierre de auditoría y presentación de informe de auditoría Al finalizar la auditoría, se realiza la reunión de cierre donde el auditor líder y su equipo de auditor se reúnen con los auditados con el fin de hacer la lectura del informe de auditoría, brindando todas las aclaraciones necesarias para la comprensión de los hallazgos encontrados por parte del personal auditado.	Equipo Auditor	Formato Informe de auditoría interna
Remitir informe de auditoría Posterior al cierre de la auditoría interna ejecutada, el auditor líder deberá comunicar el informe de auditoría a los líderes de los procesos auditados.	Equipo Auditor	Comunicación.
Evaluar al equipo auditor El Líder de calidad aplicará la evaluación de los auditores de acuerdo con el formato establecido. Esta evaluación será realizada	Líder de calidad.	Formato evaluación de auditores

por parte del personal auditado. Para esto, se puede seleccionar una muestra de personas según cada proceso auditado.		
Planes de mejoramiento de auditorías internas: Los Líderes de los procesos auditados deberán reportar al líder de calidad en un tiempo máximo de 10 días hábiles después de recibir el informe de auditoría, el respectivo plan de mejoramiento de acuerdo al formato "plan de mejora".	Líderes de procesos auditados.	Formato plan de mejora
Analizar el contenido del plan de mejoramiento Se recibe el plan de mejoramiento, se verifica el análisis de causas y la pertinencia de las acciones establecidas y el contenido del plan de mejoramiento y si se encuentra pertinente se aprueba, en caso contrario se solicitan las correcciones o ajustes necesarios.	Líder de calidad.	Formato plan de mejora
Seguimiento al plan de mejora y cierre de hallazgos El personal responsable del seguimiento a las acciones de los planes de mejora, deberán realizar el respectivo seguimiento de acuerdo con las fechas establecidas hasta dar cierre a los hallazgos.	Responsables del seguimiento	Formato plan de mejora

ELABORO:	Eva Carolina Bautista Parra - Asesora de Control Interno
Actualizo:	Equipo de calidad
Aprobó:	Jorge William Correa Monroy – Director
Aprobó para el sistema de gestión	Jorge William Correa Monroy – Director

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para identificar, analizar y dar tratamiento a las No Conformidades reales o potenciales, y para la definición de las acciones de mejora que se puedan presentar para los procesos de la organización, determinando las causas y definiendo e implementando las acciones necesarias para asegurar y mejorar la eficacia del SGC.

2. ALCANCE

Inicia con la identificación de No conformidades reales o potenciales, hasta lograr la eliminación de causas de las no conformidades o la mitigación de estas, así como, el establecimiento de acciones de mejora del SGC cuando se determine pertinente.

3. RESPONSABILIDADES

Responsable	Participantes
Líder de calidad.	Todos los procesos

4. DEFINICIONES

1. Satisfacción del cliente: Percepción del cliente sobre el grado en el que se han cumplido sus requisitos.
2. No conformidad: Incumplimiento de un requisito
3. Información documentada: información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene. La información documentada puede estar en cualquier formato y medio, y puede provenir de cualquier fuente.
4. Plan de Mejora: Conjunto de elementos que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas del SGC, en la gestión de operaciones o en el desempeño de las personas.
5. Mejora Continua: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
6. Correctivo (C): Acción inmediata tomada para eliminar una No Conformidad detectada.
7. Acción correctiva (AC): Acción para eliminar la causa de una No Conformidad real y evitar que vuelva a ocurrir.
8. Acción preventiva (AP): Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad u otra situación potencial no deseable.
9. Acción de Mejora (AM): Acción tomada para mejorar cualquier aspecto del SGC, aunque este no se determine actualmente como un incumplimiento. Estas acciones son producto de Oportunidades de Mejora, recomendaciones, observaciones y/o situaciones que pueden aportar a la innovación y/o mejoramiento del SGC.

5. GENERALIDADES

Las fuentes para identificar las no conformidades reales o potenciales y las oportunidades de mejora son, entre otras:

- Matriz de Riesgos y Oportunidades.
- Revisión por la dirección del SGC.
- Auditorías internas y externas al SGC.
- Resultado del seguimiento y medición de los procesos.
- Evaluación de proveedores.
- Medición de la satisfacción de la comunidad beneficiada y PQRS.
- Resultados del Control de las Salidas No Conformes.
- Resultados del seguimiento al cumplimiento de los objetivos de calidad.
- Incumplimiento de los requisitos legales.

Acciones para tomar frente a los distintos tipos de hallazgos:

Si se trata de una No Conformidad Real: se realiza la corrección, y si es necesario se toman acciones correctivas.

Si se trata de una No Conformidad Potencial: Se toman acciones preventivas (Por ejemplo, acciones para tratar riesgos).

Si se trata de una observación/ oportunidad de Mejora, recomendaciones, o situaciones que pueden aportar a la innovación y/o mejoramiento: se analiza la pertinencia de la observación y se determinan los correctivos a aplicar y/o las acciones correctivas necesarias para que se materializa la oportunidad de mejora. Para este tipo de hallazgos se debe evaluar la necesidad de realizar o no el respectivo análisis de causas.

El líder de cada proceso es quien debe revisar continuamente las posibles fuentes de No conformidades con el fin de detectar posibles No conformidades u oportunidades de mejora. Asimismo, debe analizar las causas de las No conformidades y/u oportunidades de mejoras identificadas, así como de la formulación e implementación de las respectivas acciones preventivas, correctivas y/o de mejora. Para esta actividad, puede solicitar el acompañamiento del Líder de calidad.

Cuando en las diferentes fuentes se identifiquen No conformidades comunes, estas se consolidan en una sola para su tratamiento.

El Líder de calidad debe realizar el seguimiento y cierre de las No conformidades dentro de las fechas establecidas en los respectivos planes de mejora de cada proceso.

Cuando la No conformidad u Oportunidad de mejora sean producto de una auditoría interna o externa al sistema de gestión de calidad, el seguimiento y cierre de las acciones implementadas será responsabilidad del Líder de calidad con el apoyo el equipo auditor (Si aplica).

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTO Y/O REGISTRO	RESPONSABLE
1. Identificar las No Conformidades y/o las Oportunidades de Mejora	El Líder de cada Proceso con el apoyo de los demás miembros del equipo de trabajo, deben revisar continuamente la información de las fuentes enunciadas en las generalidades de este procedimiento, con el fin de establecer las No Conformidades (NC) y/o las Oportunidades de Mejora (OM) relacionadas con los Procesos del SGC. Asimismo, se deben considerar los hallazgos de No conformidad provenientes de los informes de auditorías. Una vez se identifique la No conformidad u Oportunidad de Mejora de cualquiera de las posibles fuentes, se procede a realizar el registro de las mismas en el Formato de Plan de Mejora. Esta actividad es responsabilidad del Líder de cada Proceso y para esto se contará con el apoyo del Líder de calidad.	Plan de Mejora	Líderes de los procesos Equipo Auditor Líder de calidad
2. Correctivos	Una vez se detecte cada No conformidad, se deben tomar los respectivos correctivos que permitan dar solución al problema. Los correctivos aplicados se deben registrar en el formato de Plan de Mejora. ¿El correctivo aplicado garantiza que la NC no vuelva a ocurrir?	N/A	Líderes de Procesos Líder de calidad

	Si: Comunicar al Líder de SGC para que conjuntamente evalúen las justificaciones para el cierre del hallazgo. No: Continuar con la actividad 2.		
3. Análisis de Causas	En los casos en que los correctivos aplicados no eliminen la No conformidad de Raíz, se debe proceder con el análisis de causas para la posterior toma de Acciones Correctivas. Para esto, el Líder del proceso con su equipo de colaboradores y con la asesoría del Líder de calidad, analizan las causas de la No conformidad hasta identificar la causa raíz mediante el uso de diversos métodos, tales como: ➢ Lluvia de ideas. ➢ 5 ¿por qué? ➢ Diagrama de Ishikawa ➢ Diagrama de Pareto, entre otros. El resultado del trabajo en equipo para el análisis de causas se deja registrado en el formato de Plan de mejora.	Plan de mejora	Líderes de los Procesos Líder de calidad
	Definir las acciones correctivas requeridas para eliminar las causas de las no conformidades reales o potenciales. Para el caso de las oportunidades de mejoramiento, se deben definir las Acciones de Mejora que se consideren pertinentes (en caso de que se considere aplicable).	Plan de Mejora.	Líderes de los Procesos y sus equipos de trabajo.

4. Definir acciones correctivas, preventivas y/o de mejora	Para el caso de las No conformidades potenciales, por ejemplo, las detectadas en los riegos, se deben establecer las respectivas Acciones Preventivas. Todas las acciones deben ser registradas en el formato Plan de Mejora. Antes de proceder con la implementación de las acciones, es importante que el Líder de calidad evalué la pertinencia de las acciones definidas con relación a los hallazgos y a sus respectivas causas.		Líder de calidad.
5. Implementar acciones	Los responsables de cada proceso deben asegurar la correcta implementación de las diferentes acciones dentro de los plazos establecidos en el plan de mejora. Es necesario conservar evidencias que demuestren la implementación de las acciones.	Evidencias de las acciones implementadas	Líderes de los procesos.
6. Seguimiento a planes de mejora	El Líder de calidad realizará un seguimiento periódico a los diferentes planes de mejora establecidos por los diferentes procesos, verificando en cada caso las respectivas evidencias que demuestren que las acciones se han implementado de acuerdo con lo planificado.	Plan de mejora	Líder de calidad
7. Evaluar eficacia de las acciones	Para los casos en que las No Conformidades provengan de Informes de Auditorías, los respectivos miembros del Equipo Auditor serán los responsables de evaluar la eficacia de las acciones al determinar que las causas fueron eliminadas y de esta manera, concluir que las acciones tomadas fueron eficaces. Esta actividad también	Plan de mejora	Líder de calidad Equipos Auditores

	puede ser realizada por el Líder de calidad. Para los casos en que las No Conformidades provengan de otras fuentes, el Líder de calidad será el responsable de valorar la eficacia de las acciones tomadas.		
8. Informe para Revisión por la Dirección	El Líder de calidad debe preparar la información para reportar en el Revisión por la Dirección del SGC.	Informe consolidado para revisión por la dirección.	Líder de calidad

7. DOCUMENTACIÓN ASOCIADA	
Código	**Nombre del Documento**
GIN-PR-03	Formato de Plan de mejora

ELABORO:	Eva Carolina Bautista Parra - Asesora de Control Interno
Actualizo:	Equipo de calidad
Aprobó:	Jorge William Correa Monroy – Director
Aprobó para el sistema de gestión	Jorge William Correa Monroy – Director

Acta # 12

Proyecto: contrato CPS-352-2025, con objeto "ELABORACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y TÉCNICOS PARA ASEGURAR LA PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN EFICAZ DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LAS NORMAS INTERNACIONALES ISO 9001:2015 E ISO 18091:2019 EN EL IMRD CÚCUTA"

Organización: **INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE – IMRD**
Fecha: 23 de julio de 2025
Representantes PIM-HR: Oscar Cáceres, Ana María Blanco.
Representantes IMRD: William Correa, director del IMRD Cúcuta.

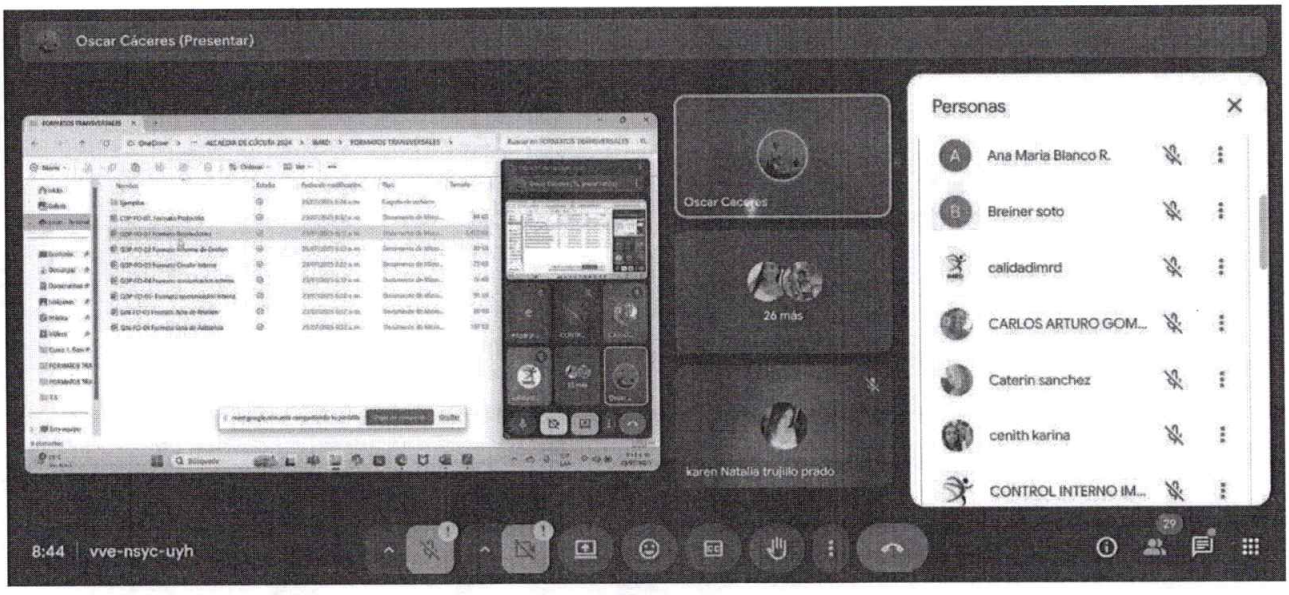
1. **TEMÁTICA TRATADA:**

Reunión virtual socialización formatos transversales.

2. **COMPROMISOS:**

Socializar los formatos transversales con todo el personal del IMRD.

3. **EVIDENCIAS:**





Cordialmente;

Oscar José Cáceres Rincón
Consultor
PIM-HR SOLUTIONS SAS

Acta # 13

Proyecto: contrato CPS-352-2025, con objeto "ELABORACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y TÉCNICOS PARA ASEGURAR LA PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN EFICAZ DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LAS NORMAS INTERNACIONALES ISO 9001:2015 E ISO 18091:2019 EN EL IMRD CÚCUTA"

Organización: **INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE – IMRD**
Fecha: 31 julio de 2025
Representantes PIM-HR: Oscar Cáceres, Ana María Blanco.
Representantes IMRD: William Correa, director del IMRD Cúcuta.

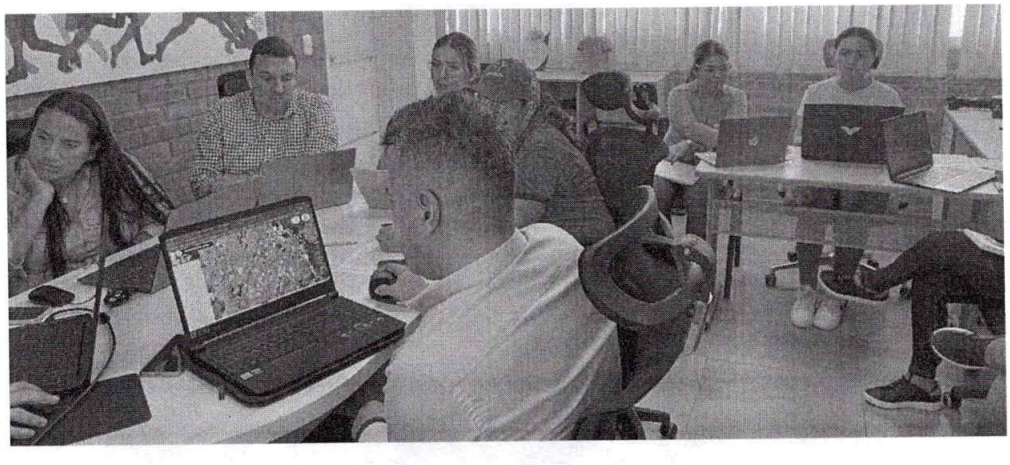
1. **TEMÁTICA TRATADA:**

Seguimiento a programas misionales del proceso Gestión de la Recreación y el Deporte.

2. **COMPROMISOS:**

Realizar el seguimiento de formatos al proceso GRD.

3. **EVIDENCIAS:**



Cordialmente;

PIM - HR
TRANSFORMATION

Acta # 14

Proyecto: contrato CPS-352-2025, con objeto "ELABORACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y TÉCNICOS PARA ASEGURAR LA PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN EFICAZ DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LAS NORMAS INTERNACIONALES ISO 9001:2015 E ISO 18091:2019 EN EL IMRD CÚCUTA"

Organización: **INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE – IMRD**
Fecha: 04 agosto de 2025
Representantes PIM-HR: Oscar Cáceres, Ana María Blanco.
Representantes IMRD: William Correa, director del IMRD Cúcuta.

1. **TEMÁTICA TRATADA:**

Seguimiento a formatos del proceso recreación y deportes.

2. **COMPROMISOS:**

Programar un segundo encuentro para continuar con la revisión de los formatos del proceso GRD.

3. **EVIDENCIAS:**



Acta # 15

Proyecto: contrato CPS-352-2025, con objeto "ELABORACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y TÉCNICOS PARA ASEGURAR LA PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN EFICAZ DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LAS NORMAS INTERNACIONALES ISO 9001:2015 E ISO 18091:2019 EN EL IMRD CÚCUTA"

Organización: **INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE – IMRD**
Fecha: 06 agosto de 2025
Representantes PIM-HR: Oscar Cáceres, Ana María Blanco.
Representantes IMRD: William Correa, director del IMRD Cúcuta.

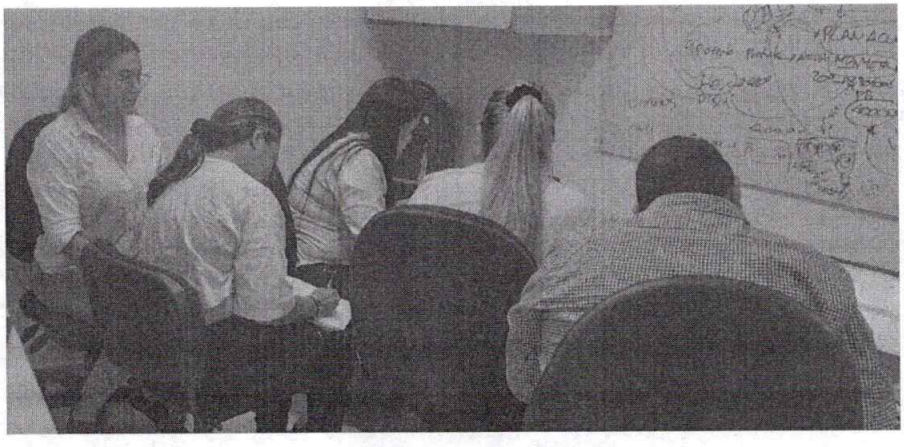
1. **TEMÁTICA TRATADA:**

Seguimiento a formatos del proceso Gestión de la Recreación y el Deporte.

2. **COMPROMISOS:**

Ajustar los formatos del proceso GRD.

3. **EVIDENCIAS:**



Cordialmente;

Acta # 16

Proyecto: contrato CPS-352-2025, con objeto "ELABORACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y TÉCNICOS PARA ASEGURAR LA PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN EFICAZ DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LAS NORMAS INTERNACIONALES ISO 9001:2015 E ISO 18091:2019 EN EL IMRD CÚCUTA"

Organización: **INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE – IMRD**
Fecha: 13 agosto de 2025
Representantes PIM-HR: Oscar Cáceres, Ana María Blanco.
Representantes IMRD: William Correa, director del IMRD Cúcuta.

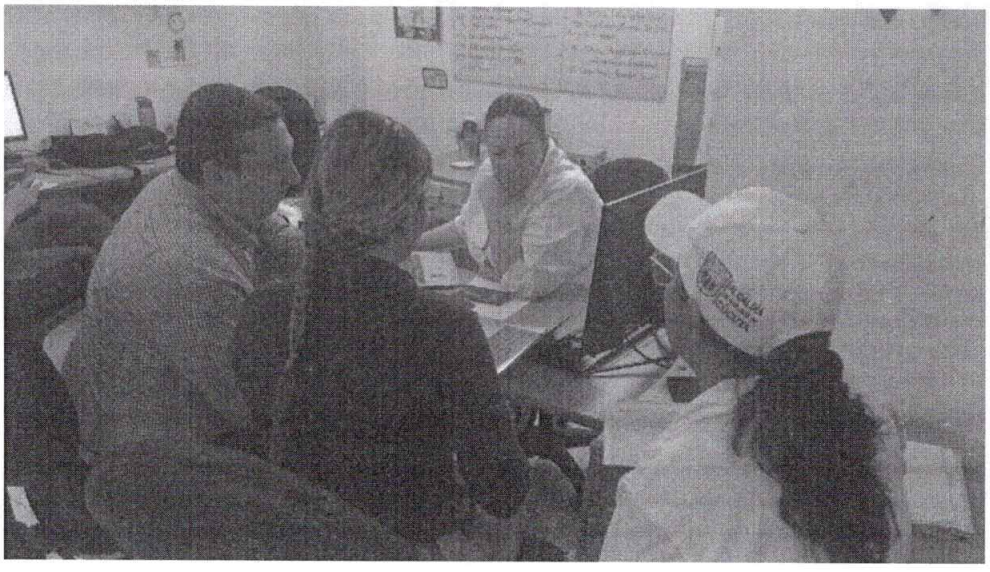
1. **TEMÁTICA TRATADA:**

Seguimiento a los formatos del Proceso Gestión del Talento Humano.

2. **COMPROMISOS:**

Entregar formatos actualizados del proceso GTH.

3. **EVIDENCIAS:**



PIM - HR
TRANSFORMATION

San José de Cúcuta, 30 de agosto de 2025

Señores:
INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE
Ciudad

Nosotros, MANUEL ANDRES CACERES RINCÓN identificado con cedula de ciudadanía No. 1.090.415.762 de Cúcuta y YULIANA VARELA QUINTERO identificada con cédula de ciudadanía No. 1.090.394.746 de Cúcuta, actuando respectivamente como Representante Legal y Contador de la sociedad **PIM HR SOLUTION SAS**. con NIT. 901.352.627-6, certificamos que la empresa en el mes de Julio y durante los últimos seis (6) meses se encuentra a paz y salvo con respecto a los pagos de los aportes a los sistemas de Salud, Riesgos Laborales, Pensión y a portes a las Cajas de Compensación, Instituto Colombiano de Bienestar familiar, y Servicio Nacional de Aprendizaje.

Atentamente,

MANUEL ANDRÉS CÁCERES RINCÓN
Representante Legal PIM - HR SOLUTION S.A.S

YULIANA VARELA QUINTERO
Contador
T.P 166046-T





Printed by BoltPDF (c) NCH Software. Free for non-commercial use only.



República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

166046-T

YULIANA
VARELA QUINTERO
C.C. 1090394746
RESOLUCION INSCRIPCION 092 FECHA 12/04/2012
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

PRESIDENTE

DANIEL SARMIENTO PAVAS 176247



FIRMA DEL TITULAR

93219

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

E93277778B6W8FC78BH

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **YULIANA VARELA QUINTERO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1090394746 de CUCUTA (N. DE SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 166046-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 6 días del mes de Mayo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901352627-6	PIM HR SOLUTION SAS	AV RIO 5AN 90 ASTURIAS	5776060	anamblanco.r@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		NORTE DE SANTANDE	CÚCUTA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	89429268	$362.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	58.200	0		0		0	24	900	0	59.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	232.700	0	0	0	0	24	3.600	0	236.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.600				7.600	24	200	7.800			76	7.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF37	Comfanorte	890500516-3	58.200	24	900	59.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	24	0	0	0
ICBF				
0	24	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	58.200	59.100
Pensión	1	232.700	236.300
Riesgos Laborales	1	7.600	7.800
CCF	1	58.200	59.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	356.700	362.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901352627-6	PIM HR SOLUTION SAS	AV RIO 5AN 90 ASTURIAS	5776060	anamblanco.r@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	A – Más de 200 cot			NORTE DE SANTANDE	CÚCUTA	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	89429268	$362.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Auditivo	Extranjero	Cotizante extranjero	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1090415762	CACERES RINCON MANUEL ANDRES	1	0			S																	231001	1.454.000	232.700	0	0	0	0	EPS010	1.454.000	58.200	14-23	1.454.000	1	7.600	CCF37	1.454.000	58.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901352627-6	PIM HR SOLUTION SAS	AV RIO 5AN 90 ASTURIAS	5776060	anamblanco.r@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		NORTE DE SANTANDE	CÚCUTA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-07	2025-06	E	28/07/2025	88489080	TOTAL A PAGAR	
					$361.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	58.200	0		0		0	21	800	0	59.000	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	232.700	0	0	0	0	21	3.100	0	235.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.600				7.600	21	100	7.700			76	7.700	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF37	Comfanorte	890500516-3	58.200	21	800	59.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	21	0	0	0
ICBF				
0	21	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	58.200	59.000
Pensión	1	232.700	235.800
Riesgos Laborales	1	7.600	7.700
CCF	1	58.200	59.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	356.700	361.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901352627-6	PIM HR SOLUTION SAS	AV RIO 5AN 90 ASTURIAS	5776060	anamblanco.r@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		NORTE DE SANTANDE	CÚCUTA		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-07	2025-06	E	28/07/2025	88489080	$361.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1090415762	CACERES RINCON MANUEL ANDRES	1	0			S																	231001	1.454.000	232.700	0	0	0	0	EPS010	1.454.000	58.200	14-23	1.454.000	1	7.600	CCF37	1.454.000	58.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE IMRD
NIT : 807001836-2

REGISTRO PRESUPUESTAL No. 00 000535

FECHA : jun-20/2025
A FAVOR DE : PIM HR SOLUTION SAS NIT: 901352627-6
COMPROMISO : ELABORACION Y CONSOLIDACION DE LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS Y TECNICOS PARA ASEGURAR LA PLANIFICACION, DOCUMENTACION, IMPLEMENTACION Y EVALUACION EFICAZ DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BAJO LAS NORMAS INTERNACIONALES ISO 9001:2015 E ISO 18091:2019 EN EL IMRD CUCUTA
DISPONIBILIDAD : 00 000547 -- jun-19/2025
DEPENDENCIA : DIRECCION
N°. CONTRATO : CPS-352-2025

TIPO CONTRATO : CPS - CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
DURACION : 4 MESES

CON CARGO A LOS SIGUIENTES RUBROS:

UNIDAD EJECUTORA	CODIGO	NOMBRE CUENTA	DISPONIBILIDAD	VALOR
1	**2.10.2.1.2.02.02.009.01**	Servicios Administrativos del Gobierno	000547 - jun-19/2025	70,000,000.00
Fuente Recurso:	1.3.3.0.00.04-RB ICLD TM			
Producto MGA:	0000000 - SIN PRODUCTO			
Código BPIN:	00 - SIN CODIGO BPIN			
			TOTALES	**70,000,000.00**

VIGENCIA : 2025
VALOR : SETENTA MILLONES PESOS.

APROBO
WILLIAM ANTONIO GALVIS CARRILLO
SUBDIRECTOR ADMINISTRTIVO Y FINANCIERO

ELABORO

REVISO
CONTADOR CONTRATISTA

ELABORÓ:
RUBIELA MORA HERNÁNDEZ