

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE CATASTRO DISTRITAL
Comité Institucional de Gestión y Desempeño

FECHA: octubre 31 de 2024

HORA: De 12:30 p.m. a 20:30 p.m.

LUGAR: Presencial Sala 2 piso 11

INTEGRANTES DEL COMITÉ:

Nombre	Cargo	Observaciones
Olga Lucía López Morales	Directora	
Orlando José Maya Martínez	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos	
Yenny Carolina Rozo Gómez	Gerente de Información Catastral	
Edgar Stevens Español Morales	Subgerente de Información Física y Jurídica	
Diego Ricardo Ibarra Rodríguez	Subgerente Analítica de Datos	
Adriana Rocío Tovar Cortés	Gerente Comercial y de Atención al Ciudadano	
Ana María Aguirre Tovar	Jefe Control Disciplinario Interno	
Pedro Alberto Pinzón Montero	Subgerente de Operaciones	
Salomé Naranjo Lujan	Gerente de IDECA	
Ennis Esther Jaramillo Morato	Subgerente de Talento Humano	
William Alfredo Sandoval Sandoval	Subgerente de Infraestructura Tecnológica	
Francisco Rodríguez Eraso	Gerente de Tecnología	
Gloria Edith Martínez Sierra	Gerente Jurídica	
Luz Elena Rodríguez Quimbaya	Subgerente Jurídica	
Jairo Andrés Revelo Molina	Gerente de Gestión Corporativa	
Yira Paola Pérez Quiroz	Subgerente de Participación y Atención al Ciudadano	
Derly Jhoana León Cruz	Subgerente de Contratación (E)	
Elba Nayibe Núñez Arciniegas	Subgerente de Información Económica	
Guiomar Patricia Gil Ardila	Subgerente Administrativa y Financiera	

OTROS ASISTENTES A LA SESIÓN:

Nombre	Cargo	Observaciones
Diana Karina Ruiz Perilla	Jefe Oficina Control Interno	
Diana Paola Arias Beltrán	Secretaria OAPAP	

DESARROLLO: Este comité se realiza con el fin de tratar varios temas relacionados con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

TOMA DE DECISIONES:

Siendo las 12:30 p.m. el Dr. Orlando Maya da inicio al comité presencial, al hacer la verificación del Quorum se valida la presencia de 19 miembros, así como la presencia de la Dra. Diana Karina Ruiz Perilla Jefe de la Oficina de Control Interno, aclara que el Dr. Jairo Revelo, la Dra. Ennis Esther Jaramillo y la Dra. Yira Paola Pérez asisten de manera virtual al comité, con lo cual se da apertura a la reunión.

1. Compromisos reunión anterior

El ingeniero Orlando Maya informa al comité los compromisos relacionados en septiembre.

Recuerda que con relación a las actividades relacionadas en el Plan de Sostenibilidad de MIPG, asociadas a la Política de Gestión Documental, la Dra. Guiomar Patricia Gil, había quedado con el compromiso de ajustar las actividades formuladas y alinearlas al plan de trabajo general presentado a la directora de la entidad, frente a lo cual el ingeniero Orlando Maya, informa que dichos ajustes ya fueron realizados e incorporados en el Plan de Sostenibilidad MIPG.

Icono	Decisión
	RESULTADOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN, CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD -SEGUIMIENTO AL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL CON CORTE A SEPTIEMBRE 2024.

El ingeniero Orlando Maya procede a presentar el seguimiento de la ejecución del Plan Estratégico con corte a septiembre de 2024, recordando a los miembros del comité, que los objetivos estratégicos son además los objetivos de calidad de nuestro Sistema de Gestión de Calidad.

Se presenta el tablero de control que genera el sistema PANDORA, en donde se evidencia que el Plan Estratégico ha avanzado en un 48,30% de un 42,61% programado a la fecha, lo que evidencia un cumplimiento en lo programado.

- El primer objetivo tiene una ponderación del 37%, a la fecha se ha ejecutado el 23,85% de un 18,50% programado, para un cumplimiento del 128,9%
- El segundo objetivo tiene una ponderación del 18%, a la fecha se ha ejecutado el 7,63% del 7,62% programado, para un cumplimiento de 100%
- El tercer objetivo tiene una ponderación del 35%, a la fecha se ha ejecutado 10,45% del 10,45% programado alcanzando el 100%
- El cuarto objetivo tiene una ponderación del 10%, a la fecha se ha ejecutado el 6,37% del 6,04% programado, para un cumplimiento del 105,4%.

Frente al objetivo estratégico 3, la Dra. Adriana Tovar informa al comité que de acuerdo con observaciones recibidas en la auditoría interna de calidad se trae al comité la propuesta de ajuste del indicador “Satisfacción de los grupos de valor” y de la actividad clave “Incrementar el nivel de satisfacción de los ciudadanos”.

Octubre 2024

Solicitud ajuste indicador satisfacción

Nombre actual del indicador:
Satisfacción de los grupos de valor

Nombre propuesto para el indicador:
Metodología para la medición de satisfacción

Actividad clave actual:
Incrementar el nivel de satisfacción de los ciudadanos.

Actividad clave propuesta:
Construir nueva metodología para medición de satisfacción de los grupos de valor.

Nota 1: El ajuste se presenta con base en las recomendaciones realizadas por la auditoría interna.

Nota 2: Para la vigencia de 2025 se medirá la satisfacción con base en la nueva metodología, según el levantamiento de la línea base y de acuerdo con el proyecto de inversión. Para tal fin, la actividad clave "Incrementar el nivel de satisfacción de los ciudadanos" y el nombre del indicador "Satisfacción de los grupos de valor" se retomarán.

UAECD

BOGOTÁ

Por parte del comité no se aprueba la solicitud de ajuste.

Icono	Decisión
	INFORME SISTEMA DISTRITAL PARA LA GESTIÓN DE PETICIONES CIUDADANAS “BOGOTÁ TE ESCUCHA” CON CORTE A 30 SEPTIEMBRE 2024

La Dra. Adriana Tovar presenta el comparativo de los meses enero a septiembre de 2024 de las peticiones recibidas finalizadas y pendientes de gestión, las peticiones pendientes se encuentran en términos, incluida la de octubre.

Para septiembre no se presentaron peticiones vencidas o contestadas fuera de término.

La evaluación por parte de la Dirección Distrital de Calidad del Servicio - DDCS es enviada a las entidades un mes después del periodo evaluado, por lo que el último reporte corresponde al mes de septiembre.

En la evaluación , la DDCS tiene en cuenta para la calificación, los criterios de coherencia, claridad, calidez, oportunidad y manejo del sistema.

La Dra. Yira Perez enfatiza que los PQRS que lleguen deben ser atendidas con tiempo y no dejarlo para el día de vencimiento ya que afecta el indicador de oportunidad de la UAECD.

La Dra.Olga Lucía López solicita como acción de mejora, hacer una reunión con los delegados de cada área para recordarles la importancia de dar las respuestas oportunamente y mejorar el proceso, en este sentido se plantea que estas solicitudes sean atendidas dentro de los diez días calendario a partir de su recepción, esto con el fin de mejorar el indicador de oportunidad en la respuesta.

Icono	Decisión
	PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN PLAN DE PRUEBAS AL DRP

El ingeniero Francisco Rodríguez presenta al comité la estrategia de recuperación de desastres – DRP de la UAECD, y la descripción de las 3 opciones para la realización de la misma.

REGISTRO DISTRITAL • BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL (COLOMBIA) • AÑO 52 • NÚMERO 6945 • PP. 1-24 • 2020 • OCTUBRE • 24

Estrategia actual del DRP:

- A. La UAECDD actualmente cuenta con un plan de Recuperación ante Desastres (DRP), mediante el aprovisionamiento de algunas capacidades en un data center alternativo de la nube OCI.
- B. Tanto el ambiente productivo como el DRP, se encuentran en la nube OCI bajo el contrato vigente con Oracle, este se renovará periódicamente con la provisión de créditos universales.
- C. El alcance del DRP de las bases de datos productivas esta dado para misional y administrativa, las cuales están en misma región, pero diferente data center.

Una vez revisados los tres escenarios propuestos, la Dra. Olga Lucía López solicita que se realice una prueba completa que incluya las tres opciones propuestas y que la misma se realice en febrero de 2025, frente a esta solicitud el Gerente de Tecnología y sus dos Subgerentes, mencionan que para el mes de febrero no se alcanza a contar con la infraestructura necesaria para dicha prueba, por lo que teniendo en cuenta esta justificación, el comité aprueba que la prueba completa se realice durante el segundo semestre de 2025.

Icono	Decisión
	SEGUIMIENTO PLAN DE GESTIÓN DE INTEGRIDAD

La Dra. Ennis Esther Jaramillo presenta el seguimiento al plan de gestión de Integridad, mencionando que se realizaron piezas comunicativas acerca del código de integridad, su publicación y se realizaron actividades enfocadas a su apropiación.

De otro lado menciona que se realizó verificación que todos los gestores de integridad cuenten con la formación relacionada con el tema, dicha formación fue realizada con el Departamento Administrativo de Función Pública y el Departamento del Servicio Civil Distrital.

Icono	Decisión
	SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La Dra. Ennis Esther Jaramillo presenta el seguimiento al SGSST mencionando los siguientes aspectos generales:

Objetivo: Conocer y revisar desde la alta dirección el desempeño, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - SGSST de la UAECDD, asegurando su conveniencia, adecuación y eficacia. A continuación, presenta el avance de cumplimiento del Plan de Trabajo del SGSST:

Cumplimiento del Plan de Trabajo del SG-SST



Cumplimiento de indicadores SGSST

- Frecuencia Accidentalidad: Enero: 0 - Febrero: 0 - Marzo: 1 – Abril: 1 – Mayo: 1 – Junio: 0 - Julio: 0 - Agosto: 3 - Septiembre: 1
- Ausentismo por causa médica: Enero: 138 – Febrero: 83 – Marzo: 84 - Abril: 172 - Mayo: 287 - Junio: 255 - Julio: 209 - Agosto: 219 - Septiembre: 214

Se hace la observación de que para la próxima vigencia se hará la reformulación de los indicadores, para tener una medición objetiva y mejorar los resultados.

El Dr. Jairo Revelo resalta la importancia de la virtualidad ya que no se están cumpliendo las normas a nivel laboral, no hay respuesta a tiempo del funcionario, por lo cual se sugiere ajustar los lineamientos para el trabajo en modalidad virtual de acuerdo con la normatividad vigente tanto legal, como la normatividad interna de la entidad.

la Dra. Ennis Esther Jaramillo informa que, durante octubre de 2024, se incrementó el número de accidentes laborales asociados a la participación de los funcionarios en las actividades de bienestar, más precisamente la participación en competencias deportivas y entrenamientos de diferentes disciplinas deportivas. Con base en lo anterior, los miembros del comité solicitan que los entrenamientos de las disciplinas deportivas sean programados previo a la participación de los funcionarios en dichas competencias, esto con el fin de lograr un acondicionamiento físico que mitiga la posibilidad de ocurrencia de estos accidentes.

Como parte de la revisión anual que debe realizar la alta dirección a la política del SGSST, la Dra. Ennis Esther Jaramillo presenta dicha política para la revisión y aportes por parte de los miembros del comité:



Política de Seguridad y Salud en el Trabajo

Mantener la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el objetivo de proporcionar condiciones de trabajo seguras y saludables para la prevención de lesiones y deterioro de la salud, así como anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud de nuestros servidores públicos, contratistas y terceros, definiendo acciones para la protección de la seguridad y salud mediante la mejora continua del SGSST y el cumplimiento de la normatividad vigente.

Documento Técnico Manual del Sistema de Gestión Integral

Se realiza revisión de la política con el COPASST el 30 de octubre: sin observaciones



Logos: UAECOD, BOGOTÁ

Una vez revisada la política del SGSST, no hay observaciones, por lo cual se confirma la aprobación de la

política actual del sistema por parte del comité institucional de gestión y desempeño. Así mismo, presenta la apropiación presupuestal para la vigencia 2024 y su respectiva ejecución.

A continuación, presenta los principales logros del SGSST de la vigencia 2024:

- Cumplimiento del plan de trabajo del SGSST y plan de capacitación.
- Implementación del SGSST bajo las directrices de la ARL, en cumplimiento de la normatividad vigente.
- Estudios de Higiene (confort térmico e iluminación), donde se identificaron acciones de mejora, que se deben implementar de acuerdo con las recomendaciones realizadas por el proveedor de la ARL Positiva.
- Desarrollo de la Semana de la Seguridad y Salud en el Trabajo (abril) y Semana de la Salud y el Bienestar Integral (septiembre).
- Disminución de enfermedades laborales.
- Apoyo a CCL, COPASST y brigadas, identificación de riesgos y planes de intervención para fomentar una cultura de cuidado en la UAEDC.

Retos del SG-SST

- Mantener el SGSST en 100% de cumplimiento de los estándares mínimos en procesos de auditoría.
- Desarrollar acciones, estrategias e intervenciones en materia de salud que contribuyan a la recuperación de condiciones laborales adecuadas, bienestar integral y estabilidad mental y física de los servidores.

Como oportunidades de mejora del STSST

Realizar el proceso de contratación de un Psicólogo a inicio del año, con el fin de desarrollar las actividades del PVE Psicosocial en su totalidad.

Icono	Decisión
	RESULTADOS AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD
El Dr. Orlando Maya presenta los resultados de la auditoria interna de calidad llevada a cabo entre el 23 de septiembre al 4 de octubre de 2024: OBJETIVO: Verificar si los procesos, que hacen parte del Sistema de Gestión se encuentran conforme con las disposiciones planificadas, los requisitos de la norma ISO 9001:2015, los del cliente y los establecidos por la entidad (CLON), en términos de eficacia, eficiencia y efectividad y si se han implementado y mantenido ALCANCE: Caracterización de los 15 procesos de la unidad en cuanto a: riesgos, indicadores, normograma, acciones y oportunidades de mejora y el cumplimiento en general en los procedimientos y documentación que sean determinados por los auditores internos para cada proceso. Adicionalmente, presenta las conclusiones de dicho proceso y recuerda que las mismas fueron presentadas en la reunión de cierre de la auditoría, así: • Se identificaron 6 no Conformidades y 16 Oportunidades de Mejora que deberán ser tratadas conforme al Instructivo de acciones y oportunidades de mejora y las cuales serán cargadas en el aplicativo de pandora entre el viernes 4 de octubre y el lunes 7 de octubre.	

- Durante la evaluación de la conformidad se siguió el ciclo administrativo planear, hacer, verificar y actuar, así como la técnica de muestreo aleatorio de documentos y de registros y observación sobre los procesos implementados, buscando cubrir los requisitos aplicables.
- Se puede concluir con base en los resultados de la muestra y con un grado de incertidumbre frente al estado del sistema de gestión, que el sistema de gestión integrado es conforme con los requisitos de la NTC ISO 9001: 2015, los procesos y procedimientos han sido implementados, pero se deben generar acciones para tratar las no conformidades y oportunidades detectadas en la presente auditoria.
- Los resultados de este informe y las evidencias obtenidas de acuerdo con los criterios definidos se refieren a los documentos aportados y verificados, no se hacen extensibles a otros soportes.
- Como resultado de la auditoría a los procesos del sistema de gestión, se evidencia que el sistema de gestión y los procesos que actualmente lo componen están enmarcados dentro de los términos de eficacia, eficiencia y efectividad, está cumpliendo con lo reglamentado por la ley y/o las normas relacionadas, los del cliente y los establecidos por la entidad (CLON), Como parte de los principios asociados a la norma ISO 9001:2015 y a la normatividad y lineamientos vigentes, se consideran aspectos de mejora continua a desarrollar por parte del proceso, los cuales están reflejados en las no conformidades y oportunidades definidas y en las recomendaciones.

Icono	Decisión
	NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

El ingeniero Orlando Maya, presenta al comité el resultado del seguimiento a acciones y oportunidades de mejora con base en la información registrada en el sistema PANDORA

- Preparación de Plan de Acción: 1, que corresponde al 1%.
- Preparación de Plan de Acción en aprobación del responsable del proceso: 6, que corresponden al 4%.
- Plan de Acción en proceso: 109, que corresponden al 70%.
- En verificación de la eficacia por autor de hallazgo: 39, que corresponden al 25%.

Frente a este tema la Dra. Olga Lucía López solicita a los responsables de procesos a realizar seguimiento a las acciones y oportunidades de mejora a cargo, con el fin de dar cierre a las mismas dentro de los plazos establecidos. Con relación a la acción correspondiente a la vigencia 2022, el ingeniero Orlando Maya menciona que, si bien la misma corresponde a una acción que fue reabierto por ineffectividad de las acciones inicialmente planeadas, el sistema y el procedimiento ya fueron ajustados para que en el caso de que se presente una situación similar, se cierre la acción inicial como infectiva y se abra una nueva acción con un nuevo plan de mejora, no obstante a esta explicación, la directora recalca la necesidad de dar cierre definitivo a la causa que generó el hallazgo inicial en el menor tiempo posible.

Icono	Decisión
	DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

La Dra. Yenny Carolina Roza presenta el desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios del proceso de gestión de información catastral y valuatoria:

Durante el periodo evaluado la Subgerencia de Información Física y Jurídica - SIFJ realizó el reconocimiento de 13.609 predios en la base catastral (censo), sobre los cuales se realizó el control de calidad evidenciando requerimientos de verificación sobre 25 predios lo que equivale al 0,18%. De igual manera, fueron incorporados 27.243 predios nuevos, sobre los cuales se identificaron 40 predios con inconsistencias, lo que equivale a 0,15%.

En el periodo julio a septiembre de 2024 se generaron tres (3) reportes (mayo, junio y julio 2024). Predios mutados por proceso masivo 98.449 (acumulado) y por proceso puntual 16.546 (acumulado). Acumulados nueve (9) reportes. Meta 100.000 mutaciones.

Gerencia de Información Catastral- En el tercer periodo julio a septiembre de 2024 se atendieron 1.822 solicitudes de información geográfica de las cuales 105 fueron rechazadas por control de calidad equivalente al 5.8%.

Durante el trimestre, se atendieron 1.116 tramites (radicaciones finalizadas), de los cuales se presentaron 15 como PNC - reproceso que corresponde al 1,3%. Ejercicio realizado por los controles de calidad, verificando que los estudios técnicos contemplarán los parámetros establecidos y de conformidad a la solicitud del usuario.

Durante el tercer trimestre se atendieron 1.328 trámites objeto de control de calidad, se devolvieron como producto no conforme (PNC) 229 equivalente al 17,2%. Ahora bien, de los PNC devueltos corresponden a fallas en la redacción, inadecuada conclusión, incorrecta asignación de valores del predio y finalmente 1 caso equivalente a errores en los datos de la escritura pública.

Durante el III trimestre 2024, 43 avalúos comerciales fueron entregados en total, de los cuales 28 fueron devueltos por control de calidad. Se anexa evidencia Base en EXCEL.

De otra parte, las situaciones de devolución fueron causales menores en forma, sin ser situaciones agravantes para el resultado de los avalúos que afectan los valores. Es importante señalar que uno solo fue objetado por el cliente que correspondió al RT 43091 Hospital la Victoria.

A continuación, la Dra. Salomé Naranjo presenta lo correspondiente al proceso de Información Geográfica.

- Se dio respuesta con el cumplimiento de las condiciones especiales de operación a los 214 requerimientos de recursos geográficos solicitados durante el tercer trimestre 2024, 58 solicitudes recibidas en el mes de julio, 65 solicitudes recibidas en el mes de agosto y 91 solicitudes para el mes de septiembre, alcanzando así un cumplimiento del 100% para el período.
- Mediante el uso del formato Verificación de Documentos Técnicos. Se verificaron 39 documentos: 6 diccionarios de datos, 6 catálogos de objetos y 27 reportes de evaluación de calidad, que corresponden a 27 datos gestionados. Los cuales cumplieron con los criterios de forma, consistencia y coherencia.

ICONO	DECISIÓN
	POLÍTICA DEL SGI

El Dr. Orlando Maya presenta al comité la política del Sistema de Gestión Integrado de la UAEDC como parte de la revisión periódica que se debe realizar por parte de la alta dirección y recuerda que en la misma se expresan los compromisos de la entidad con cada uno de los sistemas de gestión

Por unanimidad los miembros del comité aprueban continuar con la política del Sistema de gestión Integral de la UAECED.

Una vez presentados los puntos del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se finaliza el comité siendo las 2:30 p.m.

COMPROMISOS

TAREA		RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1	Realizar reuniones con los delegados de cada dependencia para recordar la importancia de atender oportunamente las solicitudes que lleguen por Bogotá Te Escucha, las cuales deben atenderse con un tiempo máximo de 10 días.	Yira Paola Pérez	30/11/2024

En constancia firman,

OLGA LUCÍA LÓPEZ MORALES
Directora UAECED

Proyectó y revisó: Orlando José Maya Martínez- Jefe OAPAP 