

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN EL INSTITUTO DE TURISMO DEL META



LILIANA ANDREA VELANDIA DELGADO



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS AGROPECUARIAS
MAESTRÍA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL
VILLAVICENCIO
2023

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN
EL TRABAJO EN EL INSTITUTO DE TURISMO DEL META

LILIANA ANDREA VELANDIA DELGADO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Magíster en Calidad y
Gestión Integral

Director:
Amable José Pérez
Magister Scientiarum en Ciencias Administrativas

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS AGROPECUARIAS
MAESTRÍA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL
VILLAVICENCIO
2023

Nota de aceptación

Mg. Mario Fernando Prieto Delgadillo
Decano de la Facultad de Administración de Empresas Agropecuarias
Decano

Mg. Amable José Pérez
Director de trabajo de grado

Jhon Ademir Palomino Parra
Jurado

Robert Osorio Perdomo
Jurado

Villavicencio, 13 septiembre de 2023

Autoridades Académicas

P. Fray Álvaro José ARANGO RESTREPO, O.P.
Rector General

P. Mauricio CORTES GALLEGO, O. P.
Vicerrector Académico General

P. José Antonio BALAGUERA CEPEDA, O.P.
Rector Seccional Villavicencio

P. Rodrigo GARCÍA JARA, O.P.
Vicerrector Académico Seccional Villavicencio

Mg. Julieth Andrea SIERRA TOBÓN
Secretaria de General Seccional Villavicencio

P. Kimmeln Noarli CARDENAL CASAS, O.P.
Decano de División de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables

Mg. Mario Fernando PRIETO DELGADILLO
Decano de la Facultad de Administración de Empresas Agropecuarias

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por darme salud, sabiduría y por renovarme las fuerzas en los momentos difíciles en el desarrollo de esta etapa académica.

Gratitud infinita con mi familia que siempre estuvo apoyándome incondicionalmente, a mi esposo Rafael y mi familia que soportaron las ausencias que demandaban el ejercicio de estudio, y especialmente a mi mamita “Eme”, que me inculco dedicación, compromiso y honestidad.

A todos mis compañeros de estudio, y todos los docentes, que me aportaron sabiduría y su calidez humana para formarme integralmente.

Al profesor Amable Pérez, Director del trabajo de grado, que honró su nombre con su disposición y voluntad siempre de apoyo, gracias.

¡Gracias, gracias, gracias, lo soñé y lo logré!

CONTENIDO

pág.

INTRODUCCION	14
1. DEFINICIÓN DE LA SITUACIÓN ORGANIZACIONAL	15
1.2 PLANTA DE PERSONAL DE LA ENTIDAD	16
1.3 MISIÓN	19
1.4 VISIÓN	20
1.5 MAPA DE PROCESOS	20
1.6 SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN	21
1.7 MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG	22
2. DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES O PROBLEMAS	24
3. ANTECEDENTES	25
4. JUSTIFICACIÓN	27
5. MARCO REFERENCIAL	30
5.1 LOS SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LAS ENTIDADES PUBLICAS	30
5.2 SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	33
5. OBJETIVOS	35
5.1 OBJETIVO GENERAL	35
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	35
6. METODOLOGIA	36
7. RESULTADOS DE LA CONSULTORIA	38
7.1 DIAGNOSTICO DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE LA NORMA ISO 9001:2015 E ISO 45001: 2018	38
7.1.1 Diagnóstico de la norma ISO 9001:2015.	38
7.1.2 Diagnóstico de la norma ISO 45001:2018.	41
8. PLAN DE INTERVENCIÓN	44
8.1 DIRECCIONAMIENTO.	44
8.2 ESTRUCTURACIÓN.	44
8.3 APLICACIÓN	45
8.2 Evaluación y mejora.	46
9. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO	47
9.1 DIRECCIONAMIENTO.	47

9.1.1 Definición de equipos de trabajo	47
9.1.2 Comprensión de la organización y análisis de contexto interno y externo	48
9.1.3 Identificación de necesidades y expectativas de las partes interesadas	48
9.1.4 Validación de la plataforma estratégica	48
9.1.5 Diseño y establecimiento de matriz de despliegue de objetivos estratégicos.	49
9.1.6 Identificación de los riesgos y oportunidades	49
9.1.7 Gestión del cambio	51
9.2 ESTRUCTURACIÓN.	51
9.2.1 Análisis y modelación de los procesos y sus interacciones.	51
9.2.2 Identificación los requisitos legales de los procesos	51
9.2.3 Definición y control de la información documentada	51
9.2.4 Indicadores de gestión de los procesos.	51
9.2.5 Diseño y Desarrollo y ciclo de vida servicios	52
9.2.6 Asignación de los recursos para implementar el SIG	53
9.2.7 Atención de emergencias y gestión de las salidas no conformes	53
9.2.8 Formación del talento humano	53
9.2.9 Desarrollo de actividades para construir conciencia	53
9.3 APLICACIÓN.	54
9.3.1 Implementación de la información documentada	54
9.3.2 Ejecución de recursos	55
9.3.3 Control Operacional	55
9.3.4 Medición de la eficacia y eficiencia de los procesos y del SIG.	55
9.3.5 Toma de Acciones correctivas y de mejora	57
9.3.6 Gestión del conocimiento y formación a todos los involucrados	58
9.3.7 Desarrollo de actividades para construir conciencia.	58
9.4 EVALUACIÓN Y MEJORA.	58
9.4.1 Análisis de datos SIG.	58
9.4.2 Evaluar la percepción de los clientes y partes interesadas.	58
9.4.3 Desarrollo de auditorías internas	59
9.4.4 Revisión del SIG por la Dirección.	61
9.4.5 Directrices para la mejora continua	62
9.4.6 Aprendizaje consolidado, conocimiento	63
9.4.7 Formación a todos los involucrados	63
9.4.8 Construir conciencia	63

10. CONCLUSIONES	64
11. RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68

LISTA DE TABLAS

pág

Tabla 1. Planta de Personal	17
Tabla 2. Procesos	21
Tabla 3. Avance Seguridad y Privacidad de la Información -PHVA	21
Tabla 4. Resultados de autodiagnósticos MIPG	22
Tabla 5. Resultados cuantitativos-cualitativos ISO 9001:2005	39
Tabla 6. Resultados cuantitativos-cualitativos ISO 45001:2018	42
Tabla 7. Variables de análisis interno y externo.	48
Tabla 8. Resultados de gestión de información documentada	55
Tabla 9. Encuestas aplicadas	59
Tabla 10. Resultados de auditorías internas.	60
Tabla 11. Las oportunidades de mejora	62

LISTA DE FIGURAS

pág.

Figura 1. Estructura orgánica	16
Figura 2. Mapa de Procesos	20
Figura 3. Descripción de problema	24
Figura 4. Política Publica	27
Figura 5. Ejes estratégicos -Política Publica	28
Figura 6. ISO 9001 en entidades públicas colombianas 2018-2021	32
Figura 7. ISO 45001 en entidades públicas 2018-2021	33
Figura 8. Agrupación de requisitos de EAN por factores clave en la integración	37
Figura 9. Fases y actividades de un Sistema Integrado de Gestión	37
Figura 10. Resultados de diagnóstico ISO 9001:2015	38
Figura 11. Resultados de diagnóstico ISO 45001:2018	41
Figura 12. Fase 1: Direccionamiento	44
Figura 13. Fase 2: Estructuración	45
Figura 14. Fase 3: Aplicación	46
Figura 15. Fase 4: Evaluación y mejora	46
Figura 16. Metodología para la gestión del riesgo-DAFP	49
Figura 17. Riesgos por proceso	50
Figura18. Indicadores por proceso	52
Figura19. Estructura documental SIG Instituto de Turismo del Meta.	54
Figura 20. Acciones correctivas y de mejora por fuente.	56
Figura 21. Estado de las acciones.	57
Figura 22. Acciones correctivas y de mejora	57

ANEXOS

- Anexo 1. Acta de comité de desempeño institucional
- Anexo 2. Oficio de solicitud de asignación de delegados, registro de asistencia a reunión.
- Anexo 3. Análisis de contexto interno y externo
- Anexo 4. Matriz de riesgos y oportunidades institucional.
- Anexo 5. La política de calidad.
- Anexo 6. Matriz de despliegue de objetivos
- Anexo 7. Plan de trabajo riesgos
- Anexo 8. Política de administración de riesgos
- Anexo 9. Registro y Seguimiento de Gestión del Cambio
- Anexo 10. Caracterización de Proceso.
- Anexo 11. Matriz de requisitos legales.
- Anexo 12. Procedimiento de control de documentos y registros
- Anexo 13. Matriz de Indicadores de Gestión SIG-MT-03
- Anexo 14. Ciclo de vida de servicios Misionales PT
- Anexo 15. Ciclo de vida de servicios Misionales DPPT
- Anexo 16. Matriz de identificación de salidas no conformes por proceso SIG-MT-02.
- Anexo 17. Plan institucional de capacitación PIC
- Anexo 18. Actividades de toma de conciencia
- Anexo 19. Cronograma para el seguimiento de los riesgos institucionales
- Anexo 20. Circular de medición de indicadores 2023
- Anexo 21. Rendición de cuentas 2022
- Anexo 22. Resultados Matriz de despliegue de objetivos
- Anexo 23. Informe de resultados de encuestas de satisfacción del cliente
- Anexo 24. Procedimiento para la Gestión de Auditorías Internas GCI-P-01-V2
- Anexo 25. Informes de auditoria integrada
- Anexo 26. Acta de revisión por la dirección DPE-F-02-V2
- Anexo 27. Acción de mejora- Revisión por la dirección
- Anexo 28. Listado Maestro de Documentos SIG-F-05-V2
- Anexo 29. Matriz de Programación y Seguimiento Institucional SIG-MT-06-V1

RESUMEN

El Instituto de Turismo del Meta, es una entidad de naturaleza pública, adscrita a la Gobernación del Meta, cuyo objeto es *“la formulación y ejecución de políticas, planes y programas para la promoción del turismo y el posicionamiento del Departamento como destino turístico sostenible”*. En el año 2010 adoptó la norma técnica de la gestión pública NTCGP 1000:2009, sin embargo, no se generó actualización de su sistema de gestión bajo lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG (Decreto 1499 de 2017). En 2021 la entidad decide retomar la implementación de su sistema de gestión de calidad y actualizarlo bajo los requisitos de la norma técnica ISO 9001:2015 sin que tuviera un avance significativo, debido a diversos factores, con el desarrollo de esta consultoría se estableció un plan de intervención para la implementación de un sistema integrado de gestión de calidad y seguridad y salud en el trabajo, bajo los requisitos de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018, el cual fue desarrollado a partir de las cuatro fases de la metodología para la integración de sistemas de gestión en Pymes, bajo la conceptualización actualizada de los factores clave estratégico, humano y operativo, y la redefinición de los requisitos a cubrir en cada una de ellas. Como resultado de la consultoría se evidenció adopción de cultura organizacional, aumento en el cumplimiento de metas, cumplimiento requisitos normativos aplicables al sector y su misionalidad, trazabilidad de su gestión y mejora en su desempeño general.

Palabras claves: sistema integrado de gestión, sistema de gestión de la calidad. Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, ISO 9001, ISO 45001, modelo integrado de planeación y gestión.

ABSTRAC

The Institute of Tourism of Meta, is a public entity, attached to the Government of Meta, whose purpose is "the formulation and execution of policies, plans and programs for the promotion of tourism and the positioning of the Department as a sustainable tourist destination". In 2010, it adopted the technical standard for public management NTCGP 1000:2009, however, its management system was not updated under the guidelines of the MIPG Integrated Planning and Management Model (Decree 1499 of 2017). In 2021 the entity decides to resume the implementation of its quality management system and update it under the requirements of the ISO 9001:2015 technical standard without significant progress, due to various factors, with the development of this consultancy a plan was established of intervention for the implementation of an integrated system of management of quality and safety and health at work, under the requirements of the ISO 9001:2015 and ISO 45001:2018 standards, which was developed from the four phases of the methodology for the integration of management systems in SMEs, under the updated conceptualization of the key strategic, human and operational factors, and the redefinition of the requirements to be covered in each of them. As a result of the consultancy, the adoption of organizational culture, increase in the fulfillment of goals, compliance with regulatory requirements applicable to the sector and its mission, traceability of its management and improvement in its general performance were evidenced.

Key words: integrated management system, quality management system. Occupational health and safety management system, ISO 9001, ISO 45001, integrated planning and management model.

INTRODUCCION

El departamento del Meta, se ha posicionado como destino turístico de naturaleza en los últimos años, debido a sus atractivos naturales únicos, que estaban inexplorados por el conflicto armado, con la firma de la paz estos lugares fueron abiertos al público, situación que aumentó considerablemente la llegada de visitantes al departamento, por tanto se requiere contar con un ente territorial gubernamental que responda a los desafíos institucionales que esto conlleva, el Instituto de Turismo del Meta, tiene por objeto *“la formulación y ejecución de políticas, planes y programas para la promoción del turismo y el posicionamiento del Departamento como destino turístico sostenible”*.

El desarrollo de la consultoría se fundamentó en la implementación de un sistema integrado de calidad y seguridad y salud en el trabajo, que le permitiera a la entidad, fortalecer la cultura organizacional para normalizar sus tareas misionales y operativas, para que se aumentara significativamente su desempeño y esto en consecuencia le generara trazabilidad de la gestión realizada en cumplimiento de las metas institucionales, mejoramiento de su imagen, y mayor competitividad para atender el crecimiento del sector. Las normas técnicas que se implementaron fueron: la norma técnica ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad, Norma técnica ISO 45001:2018 Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

La consultoría fue abordada a partir de un diagnóstico de cumplimiento de los estándares de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001: 2018, se diseñó un plan de intervención que se estructuró a partir de las cuatro fases propuestas por Peña et al. (2020), bajo la conceptualización actualizada de los factores clave y la redefinición de los requisitos a cubrir en cada una de ellas, de acuerdo con la Metagestión que realizó De La Ossa (2021)

Como aporte de valor la consultoría realizó auditoría interna, en donde se validó la implementación del sistema integrado de gestión y se dejaron documentados los hallazgos en informes por cada proceso auditado.

1. DEFINICIÓN DE LA SITUACIÓN ORGANIZACIONAL

La entidad nace con la ordenanza No. 026 de 1986 emanada por la Asamblea Departamental del Meta, por medio de la cual se crea el Instituto de Cultura y Turismo del Meta, posteriormente en el año de 1998, mediante ordenanza No. 305 se dividen y se crean dos institutos, uno de cultura y otro de Turismo.

Para fortalecer su gestión y garantizar los recursos de inversión del sector, se adopta la estampilla de fomento turístico mediante ordenanza No. 407 del año 2000, que recauda el 2% en dinero, de todos los contratos celebrados por la entidades públicas del orden departamental y municipal, incluidas las órdenes de compra, ordenes de suministro, ordenes de trabajo, y ordenes de prestación de servicio celebrados por las mismas autoridades, además, las actas de posesión de los funcionarios públicos del orden departamental y municipal cancelaran el valor del 2% sobre el salario asignado del cargo a desempeñar.

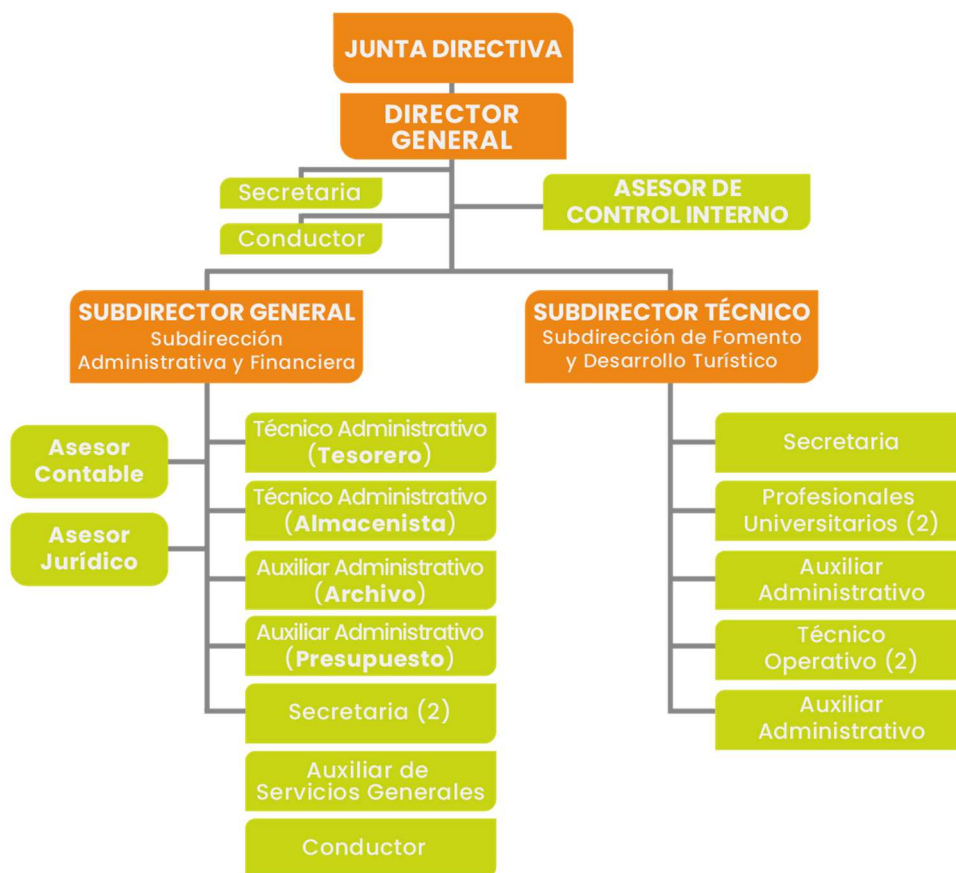
El Instituto implementó la Norma Técnica de la Gestión Pública en el año 2010, según Resolución No. 541 de septiembre 1 de 2010 "Por la cual se adopta el diseño, implementación y sostenimiento del sistema de gestión de calidad y su armonización con el modelo estándar de Control Interno y se crea el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Calidad NTCGP 1000:2009 y Equipo operativo MECI – SGC NTC GP 1000:2000 en el Instituto.", que de igual manera mediante la Resolución No. 616 del 4 de Octubre de 2010 se adoptaron la Política y los Objetivos de Calidad. En el año 2014 se establece la estructura orgánica que se encuentra vigente mediante decreto 432 firmado por el Señor Gobernador del Departamento del Meta.

En el 2017 en ocasión del decreto 1499 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015"; el cual actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, y extiende su adopción a los organismos y entidades de los órdenes nacional y territorial de la Rama Ejecutiva del Poder Público; el Instituto adopta dicho modelo, mediante la Resolución No. 368 de 2017 y crea a su vez el comité institucional de gestión y desempeño. Este acto administrativo presenta deficiencias en la asignación de roles y responsabilidades referente a las políticas de desempeño.

1.1 ESTRUCTURA ORGÁNICA

La estructura orgánica y funciones del Instituto de Turismo del Meta vigente, fue determinada a través del decreto No. 432 de 2014 expedido por la Gobernación del Meta como se describe en la figura 1.

Figura 1. Estructura orgánica



Fuente: Pagina web www.turismometa.gov.co

1.2 PLANTA DE PERSONAL DE LA ENTIDAD

La planta de personal de la entidad que se describe en la tabla 1 tiene veintitrés (23) cargos, en la actualidad cuenta con cuatro actos administrativos vigentes que establecen las funciones para cada cargo según el nivel.

Tabla 1. Planta de Personal

DIRECCIÓN GENERAL			
NIVEL DIRECTIVO			
No. de cargos	Denominación del empleo	Código	Grado
1	Director general	050	03
NIVEL ASESOR			
No. de cargos	Denominación del empleo	Código	Grado
1	Asesor de control interno	105	02
1	Asesor jurídico	105	02
1	Asesor contable	105	01
NIVEL ASISTENCIAL			
NO. de cargos	Denominación del empleo	Código	Grado
1	Secretaria	440	07
TOTAL DE CARGOS DIRECCIÓN GENERAL= 5			
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			
NIVEL DIRECTIVO			
No. de cargos	Denominación del empleo	Código	Grado
1	Subdirector General	084	02
Nivel Técnico			
NO. de cargos	Denominación del empleo	Código	Grado
1	Técnico Administrativo (Tesorero – Pagador)	367	12
1	Técnico Administrativo (Almacenista)	367	07
Subtotal	2		
Nivel asistencial			
NO. de cargos	Denominación del empleo	Código	Grado
1	Secretaria	440	07
1	Secretaria	440	07
1	Auxiliar Administrativo	407	07
1	Auxiliar Administrativo	407	06
1	Auxiliar de Servicios Generales	470	05
2	Conductor	480	04
Subtotal	7		
TOTAL CARGOS SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA = 10			
SUBDIRECCIÓN DE FOMENTO Y DESARROLLO TURISTICO			
NIVEL DIRECTIVO			
No. de cargos	Denominación del empleo	Código	Grado
1	Subdirector Técnico	068	02

Tabla 1. (Continuación)

NIVEL PROFESIONAL			
NO. de cargos	Denominación del empleo	Código	Grado
1	Profesional universitario (Planeación)	219	02
1	Profesional universitario (Desarrollo)	219	02
Subtotal	2		
Nivel Técnico			
NO. de cargos	Denominación del empleo	Código	Grado
1	Técnico Operativo (Diseño Gráfico)	314	11
1	Técnico Operativo (Audiovisuales)	314	11
Subtotal	2		
Nivel asistencial			
NO. de cargos	Denominación del empleo	Código	Grado
1	Secretaria	440	07
1	Auxiliar Administrativo (Coordinadora)	407	07
1	Auxiliar Administrativo	407	06
Subtotal	3		
TOTAL DE CARGOS SUBDIRECCIÓN DE FOMENTO Y DESARROLLO = 8			
TOTAL DE CARGOS INSTITUTO DE TURISMO DEL META = 23			

Fuente: elaboración propia

La entidad, aunque tenía un sistema integrado de gestión adoptado mediante acto administrativo, su implementación era nula, además de estar enmarcado en una norma obsoleta como lo es la Norma Técnica de la Gestión Pública NTCGP 1000; en la vigencia 2021, mediante resolución 086 de 2021, se actualiza el sistema integrado de gestión y se dictan otras disposiciones.

La norma técnica de la gestión pública fue sustituida por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. La entidad dentro del marco normativo debe implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, que mediante manual versión 4 de 2021 emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, indica: “El Decreto 1083 de 2015, Decreto único del Sector Función Pública, modificado por el Decreto 1499 de 2017, establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual surge de la integración de los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad en un solo Sistema de Gestión, y de la articulación de este con el Sistema de Control Interno. En el Sistema de Gestión están contemplados todas las entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la

consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad. El Sistema de Gestión se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas, tales como el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información.”

La operación del MIPG se desarrolla a través de un conjunto de 7 dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional (Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con valores para resultados, Evaluación de resultados, Información y comunicación, Gestión del conocimiento y Control Interno), implementadas de manera articulada e intercomunicada, permiten que el MIPG funcione. Cada una de las 7 dimensiones se desarrolla a través de una o varias Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, (Política de Integridad, Política de Planeación Institucional, Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público, Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procedimientos, Política de Gobierno Digital, Política de la Seguridad Digital, Política de Defensa Jurídica, Política de Participación ciudadana en la Gestión Pública, Política de Racionalización de Trámites, Política de Servicio al Ciudadano, Política Mejora Normativa, Política de Seguimiento y evaluación del desempeño Institucional, Política de Gestión Documental, Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, Política de la Información Estadística). Este modelo se mide con dos instrumentos fundamentales: En primer lugar, se recolecta información de las entidades sobre la implementación de las políticas. La información se captura a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión – FURAG, en segundo lugar, la herramienta de autodiagnóstico: Es un instrumento que permite a cada entidad conocer el estado de las políticas, a partir de un ejercicio de autovaloración con documentos que tiene normalizados el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Como base del planteamiento estratégico del Instituto los procesos constituyen el eslabón fundamental a través del cual el direccionamiento estratégico es puesto en práctica, ya que, a través de la estructuración de estos y de otros elementos organizacionales, la entidad tiene la capacidad de alcanzar sus objetivos estratégicos, proyectarse a futuro y consolidar una cultura organizacional soportada en valores. La plataforma estratégica de la entidad fue actualizada en el año 2021 y esta se describe a continuación.

1.3 MISIÓN

El Instituto de Turismo del Meta fomenta la formalización y el desarrollo integral del turismo, promoviendo las rutas turísticas como estrategia fundamental de naturaleza, ambiental, social y económicamente sostenible, mediante el cumplimiento de políticas, planes y proyectos que fortalecen la economía del departamento, mejorando la calidad de vida de sus habitantes y los actores de la cadena de valor, para posicionar el Meta como destino competitivo, seguro,

accesible, incluyente y de experiencias únicas, satisfaciendo las expectativas de los turistas nacionales como internacionales.

1.4 VISIÓN

Para el 2027 El instituto de Turismo del Meta será reconocido como la institución líder en el fortalecimiento y desarrollo de la actividad turística del departamento del Meta, posicionando a la región como destino de naturaleza, aventura y de la cultura llanera a nivel nacional e internacional, contribuyendo al desarrollo económico y competitivo del departamento.

1.5 MAPA DE PROCESOS

El mapa de procesos se presenta en la figura 2, este se encuentra en versión 2 de fecha de vigencia 14/07/2021. En la tabla 2, se identifican los subprocesos y el proceso al cual pertenecen.

Figura 2. Mapa de Procesos



Fuente: Pagina web www.turismometa.gov.co

Tabla 2. Procesos

Sigla	Nombre del Proceso	Tipo de Proceso
DPE	Direccionamiento y Planeación Estratégica	Proceso Estratégico
GTH	Gestión de Talento Humano	
SIG	Sistema Integrado de Gestión	
PST	Planificación del Sector Turístico	Proceso Misional
DPP	Desarrollo, Promoción y Posicionamiento Turístico	
GJC	Gestión Jurídica y Contratación	Procesos de Apoyo
GAF	Gestión Administrativa y Financiera	
GD	Gestión Documental	
GTI	Gestión de las Tic	
GCI	Gestión de Control Interno	Proceso de Evaluación

Fuente: elaboración propia

1.6 SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

La entidad para la vigencia 2021 aplicó el instrumento de identificación de la línea base de seguridad otorgado por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones MINTIC que se presenta en la tabla 3. Este sistema está basado en la norma ISO 27001

Tabla 3. Avance Seguridad y Privacidad de la Información -PHVA

Año	AVANCE PHVA	
	COMPONENTE	% de Avance Actual Entidad
2021	Planificación	3%
	Implementación	0%
	Evaluación de desempeño	0%
	Mejora continua	0%
		3%

Fuente: elaboración propia.

Los resultados del 3% de avance en la implementación del sistema de seguridad y privacidad de la información, denotan la falencia en materia tecnológica, de seguridad de la información y la ausencia de controles.

1.7 MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG

Es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio. MIPG funciona mediante tres componentes, una institucionalidad, una operación y una medición.

La institucionalidad para la entidad se realiza a través del comité de desempeño que ya se encuentra constituido y en operación. Mientras que la operación se desarrolla a través de 7 dimensiones (Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con valores para resultados, Evaluación de resultados, Información y comunicación, Gestión del conocimiento y Control Interno), que serán abordadas desde la documentación del Sistema de gestión de calidad fundamentada en la norma ISO 9001:2015 armonizándose con los demás sistemas de gestión.

La medición del desempeño institucional se realiza anualmente sobre la implementación de las políticas de gestión y desempeño de MIPG como también del estado de avance y efectividad del Sistema de Control Interno. Se hace mediante un procedimiento estadístico que realiza lo siguiente: En primer lugar, se recolecta información de la entidad sobre la implementación de las políticas. La información se captura a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión – FURAG. Luego se procesa esa información estadísticamente y se calcula el Índice de Desempeño Institucional. Se genera información para fortalecer la toma de decisiones en materia de gestión institucional y formulación o ajustes de las políticas de gestión y desempeño.

La herramienta de autodiagnóstico es el instrumento que permite a cada entidad conocer el estado de las políticas, a partir de un ejercicio de autovaloración que puede ser desarrollado en el momento en que cada entidad lo considere pertinente, sin que esto implique reporte alguno a Función Pública, a otras instancias del Gobierno o a Organismos de Control. En la tabla 4 se observan los autodiagnósticos que aplicó la entidad en la vigencia 2021 con sus respectivos resultados.

Tabla 4. Resultados de autodiagnósticos MIPG

Autodiagnóstico Aplicados	Puntaje
Gestión Estratégica de Talento Humano	77,4
Integridad	90
Gestión Plan Anticorrupción	67
Gestión documental	34,3
Gestión de Control Interno	81

Tabla 4 (Continuación)

Servicio al ciudadano	35,6
Gestión de Trámites	50
Gestión de Política de Participación Ciudadana	14
Rendición de Cuentas	100
Gestión de la Política de transparencia y acceso a la información	-
Gestión del Conocimiento	0
Gestión Estadística del Territorio	91,3
Política de la Defensa Jurídica	74

Fuente: elaboración propia

Los resultados arrojados por las herramientas de autodiagnóstico no son favorables en su totalidad, situación que organizacionalmente se materializa en reprocesos, ausencia de controles en la operatividad, medición del desempeño sin trazabilidad, talento humano expuesto a riesgos laborales, comunicación con la cadena de valor deficiente, procesos de mejora nulos.

2. DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES O PROBLEMAS

La entidad no cuenta con información documentada que le permita normalizar sus operaciones, en consecuencia, no tiene controles, no mide su gestión en periodos determinados, no genera mejora continua, no realiza análisis de su contexto interno y externo para tomar decisiones administrativas, lo que puede acarrear incumplimientos normativos, de metas etc. Lo anterior se materializa por ausencia de una cultura organizacional.

El problema que se identificó en el Instituto de Turismo del Meta es la que la organización carece de una cultura organizacional que determine metodologías para la ejecución de sus tareas, esta situación genera unos efectos negativos sobre el resultado de sus objetivos y cumplimiento de meta. Los efectos y causas se analizan en árbol de problemas (figura 3).

Figura 3. Descripción de problema



Fuente: elaboración propia.

3. ANTECEDENTES

En relación con la información de implementación de sistemas de gestión de calidad y seguridad y salud en el trabajo en el sector público colombiano se han encontrado los siguientes antecedentes.

Peralta y Guataquí (2017) hizo un análisis desde el marco normativo del estado en el orden nacional con respecto al sistema de seguridad y salud en el trabajo Decreto 1072 de 2015, y calidad bajo la NTCGP 1000:2009, tomando como base la estructura de alto nivel de la norma ISO 9001:2015; esta investigación estableció una metodología de integración bajo elementos integrables como liderazgo, roles, responsabilidades y autoridades, política, objetivos, recursos, conocimiento, formación y toma de conciencia, información documentada, comunicación, contexto, medición, auditoría interna, mejora y revisión por la dirección.

Con el fin de optimizar esfuerzos y recursos Batista y Ruiz (2017), establecieron una propuesta metodológica para la integración del sistema de gestión de calidad, el sistema de gestión ambiental y el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en una entidad pública del orden nacional del sector hacienda, y pudieron concluir que su propuesta permite identificar cómo dar cumplimiento a cada uno de los elementos y requisitos de las normas y los pasos a tener en cuenta para la integración de cada uno de ellos.

Cruz, Sarmiento y Sáenz (2018) abordaron una investigación para construir una metodología de integración de sistemas de gestión de normas técnicas ISO y los modelos normativos de sistemas de gestión del estado colombiano, su punto de partida fue la construcción de una matriz de correlación que llevo a la propuesta metodológica con validación de contenido.

Ariza, Ruidiaz y Sánchez (2021) estudian la aplicación de los modelos de gestión en las entidades públicas y la aplicabilidad de estos por parte los gobiernos locales de distintas latitudes, analizando los obstáculos y retos que estos gobiernos enfrentar en búsqueda de la mejora continua de la gestión pública y la consolidación de gobiernos locales confiables, emitiendo una serie de interrogantes y recomendaciones para la implementación de estos modelos, entre las que se encuentra el establecimiento modelos de integración que tengan en cuenta las norma ISO, el MIPG, y los planes de desarrollo.

Segura en el año 2022, diseña una “Guía metodológica para la articulación de las normas ISO 9001:2015, ISO 45001:2018 e ISO 27001:2013 a partir del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) en Colombia”, fundamentado en las siete dimensiones de MIPG, para lo cual estableció una correlación con cada una de las normas ISO, desarrollando la guía utilizando el

ciclo de mejora PHVA, teniendo en consideración los planes de adquisición, planes de acción y la proyección estratégica para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Finalmente se resalta que desde 1947 a la fecha, ISO ha publicado más de 15.000 estándares internacionales. Estos estándares van desde actividades tradicionales como la agricultura y construcción, ingeniería mecánica, hasta el desarrollo de nuevas tecnologías de información. La norma ISO 9001:2015 es usada para buscar establecer un sistema de administración que provea un nivel de confianza adecuado para que los productos cumplan con requerimientos establecidos o específicos. La norma ISO 9001 es el único de los estándares de la familia 9000 que puede ser certificado por una agencia externa.

Mientras que la ISO 45001 es la norma internacional para sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo, destinada a proteger a los trabajadores y visitantes de accidentes y enfermedades laborales. La certificación ISO 45001 fue desarrollada para mitigar cualquier factor que pueda causar daños irreparables a los empleados o al negocio.

4. JUSTIFICACIÓN

La entidad debe responder al cumplimiento de la política pública de turismo del departamento del Meta que se enmarca en cuatro ejes estratégicos y que se visiona hasta el 2027. El cumplimiento de esta política debe contar con trazabilidad de su gestión y resultados en términos de productos específicos que se puedan medir y/o evaluar.

Los cuatros ejes de la política, 1) Fortalecimiento institucional y empresarial, 2) Productos turístico: experiencias únicas, 3) Servicios turísticos del Meta, seguros, sostenibles y competitivos, 4) Promoción nacional e internacional del destino turístico, son transversales para que se constituyan en el camino hacia la paz y el desarrollo sostenible como lo identifica la figura 4.

Figura 4. Política Publica



Fuente: elaboración propia.

Cada uno de sus ejes demanda que la entidad cuente con una cultura organizacional que responda a la ejecución y a los desafíos planteados en el marco del postconflicto en donde el turismo de naturaleza toma importancia dado que se están explorando destinos antes nunca visitados.

Cada eje estratégico define unas actividades que se deben desarrollar a través de los diferentes proyectos, la figura 5 discrimina cada una de las actividades.

Figura 5. Ejes estratégicos -Política Publica



Fuente: elaboración propia

Las actividades planteadas fortalecen el sector turístico, sin embargo, cada una de estas debe enmarcarse en una organización interna que responda al cumplimiento de los ejes de manera armónica con las metas de plan de desarrollo “Hagamos Grande al Meta 2020-2023”.

Contar con un sistema integrado de gestión que sirva de soporte para dar cumplimiento a los objetivos de la entidad es indispensable para el desarrollo de una cultura organizacional, establecer una plataforma estratégica alineada al cumplimiento de metas del plan de desarrollo, haciendo una evaluación periódica, que desarrolle un proceso de mejora continua de manera progresiva en donde participen todos los niveles de la organización, primero en la identificación de oportunidades y segundo en la implementación de soluciones a través de retroalimentación constructiva que genere valor al servicio público en el sector turístico.

La implementación de un sistema integrado le aporta a la gestión del conocimiento de la entidad, normalizando sus tareas operativas a través de procedimientos, instructivos, guías o controles operacionales, que a pesar de la alta rotación del personal, con estrategias de inducción y reinducción apropiadas disminuye la posibilidad de experimentar retrasos en su operación, aumentar el riesgo de accidentes o lesiones laborales, lo que pone en peligro la seguridad y el bienestar de los empleados y como consecuencia pérdida de eficiencia y productividad, generando un impacto negativo en la reputación y la confianza con las partes interesadas.

Un sistema integrado garantiza la trazabilidad de la gestión, documentando de manera sistemática todas las actividades, decisiones y resultados relacionados con los objetivos institucionales. Esto mitiga los riesgos de pérdida de información por que establece una trazabilidad de la gestión construida a partir de información documentada, que permite tener información disponible, confiable, e integra, lo que para el estado se convierte en transparencia que facilita la toma de decisiones y por supuesto le aporta al cumplimiento de los requisitos normativos.

Con información de la gestión y datos de evaluación periódica, se mitiga la destinación de recursos de manera indebida disminuyendo la posibilidad de pérdida financiera, daño a la reputación, acciones legales y sanciones. Al adoptar un enfoque integral en la gestión, el Instituto de Turismo del Meta puede lograr un desempeño superior y una posición sólida en el sector público, generando confianza, credibilidad y el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 LOS SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LAS ENTIDADES PUBLICAS

Las entidades públicas del estado colombiano han venido evolucionando a partir de lineamientos otorgados por el departamento administrativo de la función pública DAFP, entidad que fue creada sobre el año de 1958 con el nombre de Departamento Administrativo del Servicio Civil, la cual ha sido reestructurado a través de los años y en la actualidad una de sus funciones específicas es: “Adoptar y divulgar modelos y herramientas que permitan evaluar el desempeño de las entidades en las materias de su competencia, en términos de productividad, calidad, confianza ciudadana en el Estado y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de los organismos y las entidades”. (Departamento Administrativo de la Función Pública, s.f.)

De esta manera el estado colombiano ha estructurado desde la rama ejecutiva, entidades y normatividad asociada que sustentan modelos y herramientas que fortalecen la gestión del sector público. En el año de 1993 se expidió la Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones"; este fue un primer paso para establecer métodos organizacionales en el estado.

En el año 1998 mediante la ley 489 de 1998 se crea el Sistema de Desarrollo Administrativo cuya definición es: “...conjunto de políticas, estrategias, metodologías, técnicas y mecanismos de carácter administrativo y organizacional para la gestión y manejo de los recursos humanos, técnicos, materiales, físicos, y financieros de las entidades de la Administración Pública, orientado a fortalecer la capacidad administrativa y el desempeño institucional, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional”. (Secretaria de Senado, s.f.). Para el año 2003 se expidió la Ley 872, por medio de la cual se crea el sistema de gestión de calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. Por años los sistemas de gestión de calidad no funcionaron como herramienta de gestión sino el cumplimiento a la ley por su obligatoriedad, esto también es evidente en el sector empresarial colombiano, que ve a los SGC como instrumentos de gestión sino como un fin necesario por las ventajas comerciales y de imagen que se consiguen a partir de la obtención del certificado (Vargas y Aldana, 2011).

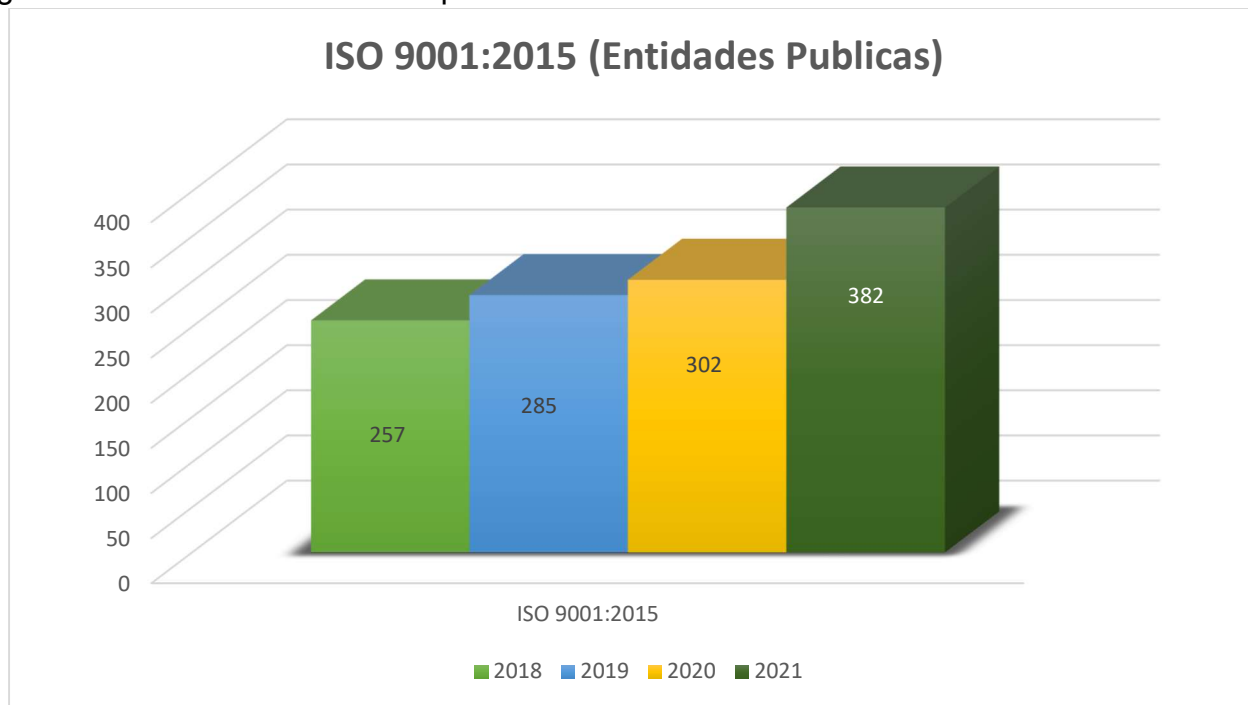
El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente. Secretaria de senado, (Secretaria de Senado, s.f.). En el año 2004 el estado lanza la versión 2004 de la norma técnica de la gestión pública NTCGP 1000, posteriormente en el año 2009 mediante decreto 4485 de 2009 actualiza la NCTGP 1000 a versión 2009. Con el nuevo plan nacional de desarrollo “Todos por un nuevo país”, para las vigencias 2014-2018 del presidente Juan Manuel Santos Calderón, en el capítulo V buen gobierno, se determinó: “Intégrense en un solo Sistema de Gestión, los Sistemas de Gestión de la Calidad de qué trata la Ley 872 de 2003 y de Desarrollo Administrativo de que trata la Ley 489 de 1998. El Sistema de Gestión deberá articularse con los Sistemas Nacional e Institucional de Control Interno consagrado en la Ley 87 de 1993 y en los artículos 27 al 29 de la Ley 489 de 1998, de tal manera que permita el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de control al interior de los organismos y entidades del Estado. El Gobierno Nacional reglamentará la materia y establecerá el modelo que desarrolle la integración y articulación de los anteriores sistemas, en el cual se deberá determinar de manera clara el campo de aplicación de cada uno de ellos con criterios diferenciales en el territorio nacional. (Secretaria de Senado, s.f.).

Para el funcionamiento del Sistema de gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno, se adopta la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el cual se constituye en: un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

Actualmente el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se encuentra en versión 4 de 2021, e indica lo siguiente: “MIPG es en sí mismo un modelo de gestión de calidad ya que se fundamenta en generar resultados que satisfagan las necesidades y atiendan los problemas de los ciudadanos. Es en torno a estos resultados que deben girar todas sus actuaciones y decisiones”. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2021). Es así como el estado dentro de sus métodos organizacionales define este modelo que se alinea con la norma ISO 9001:2015 y que pone a disposición una estructura por dimensiones que se alinea a la estructura de alto nivel de las normas ISO.

Las normas ISO en el sector público en Colombia se han venido implementando de manera progresiva, es así, como se puede identificar que para el año 2018 el país tenía 257 entidades públicas certificadas en ISO 9001:2015 (Ver Figura 6), y para el año 2021 ya contaba con 382, el crecimiento es del 49%, lo que infiere que el sector viene adelantando avances importantes en normalización de sus operaciones, es de aclarar, que la implementación de estas normas es voluntaria lo que da más valor al avance en el sector.

Figura 6. ISO 9001 en entidades públicas colombianas 2018-2021

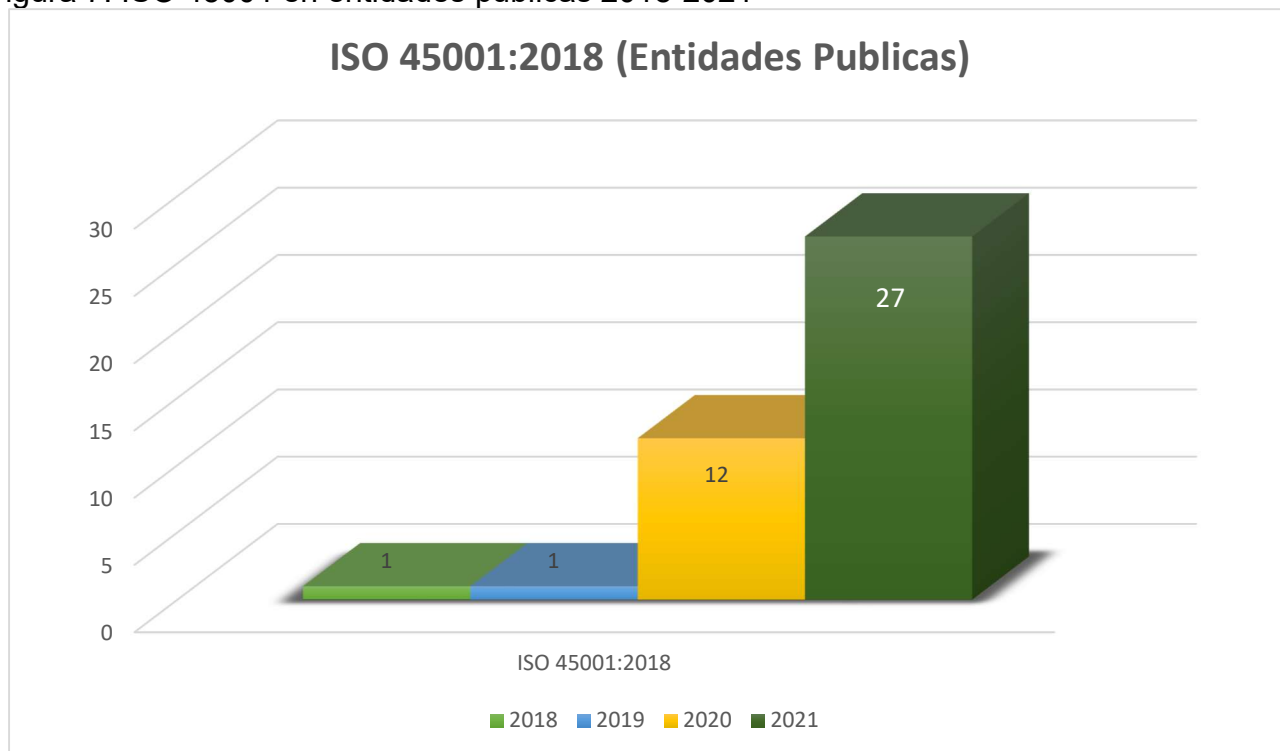


Fuente: elaboración propia con base en información de la ISO (www.iso.org)

Para la seguridad y salud en el trabajo el estado también ha emitido normatividad, desde el año 1951 con la expedición del código sustantivo del trabajo y las diferentes directrices que se han expedido para regular el sector, sin embargo, para el año 2015, se realizó una compilación de las mismas por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector trabajo Decreto 1072 de 2015, que en su capítulo VI Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo tiene el siguiente objeto: "...definir las directrices de obligatorio cumplimiento para implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que deben ser aplicadas por todos los empleadores públicos y privados, los contratantes de personal bajo modalidad de contrato civil, comercial o administrativo, las organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, las empresas de servicios temporales y tener cobertura sobre los trabajadores dependientes, contratistas, trabajadores cooperados y los trabajadores en misión". (Ministerio del Trabajo, sf).

Para lo que refiere a la ISO 45001, las entidades públicas han iniciado la implementación con una curva de ascenso no tan significativa como la ISO 9001, y esto tiene mucho que ver con la falta de cultura organizacional con la seguridad y salud de los trabajadores, por lo que al ser regulada como sistema de gestión hace apenas algunos años, es precaria su implementación en el sector, tener 27 entidades certificadas al año 2021 (ver figura 7) evidencia claramente que el estado cumple siempre por debajo de los estándares requeridos para este tema.

Figura 7. ISO 45001 en entidades públicas 2018-2021



Fuente: elaboración propia con información iso.org (2021)

5.2 SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN

Para iniciar es importante tener en cuenta lo que establece en su definición un sistema de gestión: “Conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr los objetivos” (ICONTEC, 2015a, p. 18).

Un sistema de gestión tiene unos elementos que deben establecerse para el desarrollo de este, entre ellos los procesos, productos y servicios, clientes y otras partes interesadas, recursos, estructura organizativa, información documentada y directrices generales para su funcionamiento. (Calso y Pardo, 2018)

Es así como la norma ISO 9001:2015 define sistema de gestión de la calidad como “Parte de un sistema de gestión relacionada con la calidad” (ICONTEC, 2015b, p. 18). Para el sistema de seguridad y salud en el trabajo ISO 45001, define “Sistema de gestión o parte de un sistema de gestión utilizado para alcanzar la política de la SST” (ICONTEC, 2018, p. 4)

La guía para la integración de los sistemas de gestión UNE 66177:2005, define un sistema integrado de gestión como el “Conjunto formado por la estructura de la organización, las

responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión integrada de los sistemas”, (UNE 66177, 2005, p. 5).

Un sistema integrado de gestión (SIG) es un enfoque que permite a una organización coordinar y unificar múltiples sistemas de gestión en un marco coherente y eficiente. Los sistemas de gestión más comunes que se integran en un SIG son aquellos relacionados con la calidad (ISO 9001), el medio ambiente (ISO 14001), la salud y seguridad ocupacional (ISO 45001), y a veces también se incluye la gestión de la seguridad de la información (ISO 27001), entre otros. La guía para la integración de los sistemas de gestión UNE 66177: 2005, establece algunos ejemplos de beneficios que trae implementar un Sistema Integrado de Gestión:

- Aumento de la eficacia y eficiencia en la gestión de los sistemas y en la consecución de los objetivos y las metas.
- Mejora de la capacidad de reacción de la organización frente a las nuevas necesidades o expectativas de las partes interesadas.
- Mayor eficiencia en la toma de decisiones por la dirección, al disponer de una visión global de los sistemas.
- Simplificación y reducción de la documentación y los registros.
- Reducción de recursos y del tiempo empleado en la realización de los procesos integrados.
- Reducción de costes del mantenimiento del sistema y de evaluación externa (simplificación del proceso de auditoría).
- Mejora de la percepción y de la involucración del personal en los sistemas de gestión, favoreciendo que toda la organización hable un único lenguaje de gestión.
- Mejora tanto de la comunicación interna como de la imagen externa, alcanzando mayor confianza de clientes y proveedores.

Es importante destacar que la implementación de un SIG requiere un compromiso y liderazgo sólidos por parte de la alta dirección, así como la participación y el compromiso de todos los niveles de la organización. Además, es necesario establecer indicadores de desempeño, llevar a cabo auditorías internas y mantener un enfoque constante en la mejora continua.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar un sistema integrado de gestión de la calidad y seguridad y salud en el trabajo, en el Instituto de Turismo del Meta, bajo los estándares de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001: 2018.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar diagnostico identificando el grado de cumplimiento de los estándares de la norma ISO 9001:2015 e ISO 45001: 2018.
- Desarrollar un plan de intervención del sistema integrado de gestión, de acuerdo con los resultados del diagnóstico de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001:2018
- Implementar el plan de intervención de las normas ISO 9001: 2015 e ISO 45001: 2018.
- Evaluar el cumplimiento del plan de intervención de las normas ISO 9001:2015 e ISO 45001: 2018.

6. METODOLOGIA

Con el fin de integrar los sistemas de gestión bajo las normas ISO 9001 e ISO 45001, se siguió el Modelo para la Integración de Sistemas de Gestión en PYMES, desarrollado por Peña, Pérez, Bautista y Angarita en el año 2020. Estos investigadores propusieron cuatro fases para la implementación de un sistema integrado de gestión para Pymes, que bien puede ser adoptado por otras organizaciones y que se ha tomado como guía para este trabajo: a). Direccionamiento, b). Estructuración, c). Aplicación, y d) Evaluación y mejora; en el marco de tres factores clave: Factor estratégico, operativo y humano. Sin embargo, aun cuando se siguen estas fases, los ítems que las conforman y las definiciones de los factores claves, se toman de la actualización que realizó De La Ossa (2021) sobre estos. De La Ossa, además de actualizarlos, logro validarlos con expertos, quedando, las definiciones así:

Factor clave estratégico: Conjunto de procesos y actividades relacionadas con el direccionamiento general y la gobernanza de la organización, la comprensión del contexto, la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, la gestión de riesgos y oportunidades, la gestión de los recursos, la evaluación del desempeño organizacional y la toma de decisiones. (De la Ossa, pág. 51)

Factor clave operativo: Conjunto de procesos y actividades relacionadas con la cadena de valor para la realización de los productos y servicios, la gestión de la información documentada, la definición e implementación de mecanismos de seguimiento y medición y la ejecución de acciones de mejora continua. (De la Ossa, pág. 50)

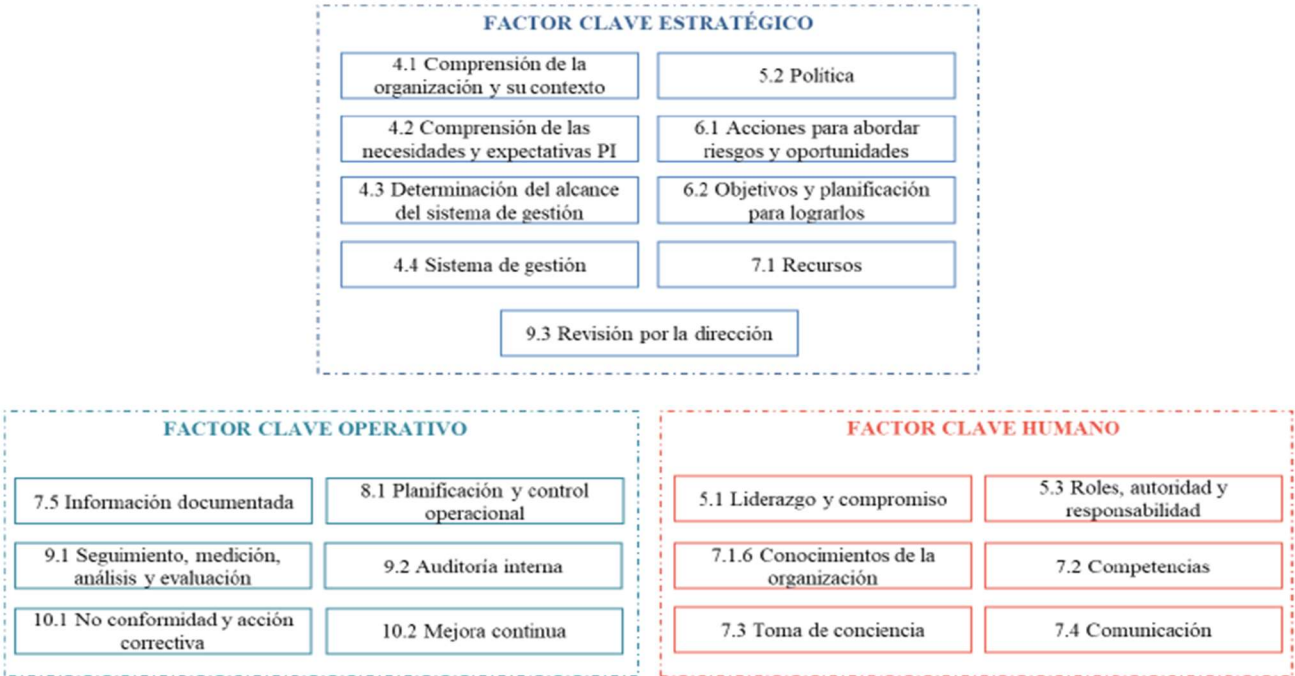
Factor clave humano: Conjunto de procesos y actividades relacionadas con la cultura organizacional, la definición y comprensión de los roles, autoridad y responsabilidad, el liderazgo y compromiso de las personas, la motivación y participación del personal, la gestión de los conocimientos de la organización y la implementación de mecanismos de comunicación efectiva. (De la Ossa, pág. 42)

De la Ossa (2021) agrupa en un lenguaje más comprensible los requisitos de los diferentes sistemas de gestión aprovechando la estructura de alto nivel, para que todos los niveles de la organización puedan entender la importancia y desarrollar competencias organizacionales. Los nueve expertos participantes en la investigación sugieren incluir las acciones para abordar los riesgos en el factor clave estratégico.

En resumen, para el desarrollo de esta consultoría se abordaron las cuatro fases propuestas por Peña et al. (2020), bajo la conceptualización actualizada de los factores clave y la redefinición de los requisitos a cubrir en cada una de ellas, de acuerdo con la Metagestión que realizó De La Ossa (2021)

En la figura 7, se presenta la agrupación que hizo De La Ossa (2021) por factores claves de los numerales de las normas ISO, teniendo en cuenta la estructura de alto nivel EAN.

Figura 8. Agrupación de requisitos de EAN por factores clave en la integración



Fuente: De la Ossa, 2021

La consultoría fue desarrollada como lo indica la figura 8, bajo las fases propuestas por Peña et al, (2020).

Figura 9. Fases y actividades de un Sistema Integrado de Gestión



Fuente: Peña et al. (2020)

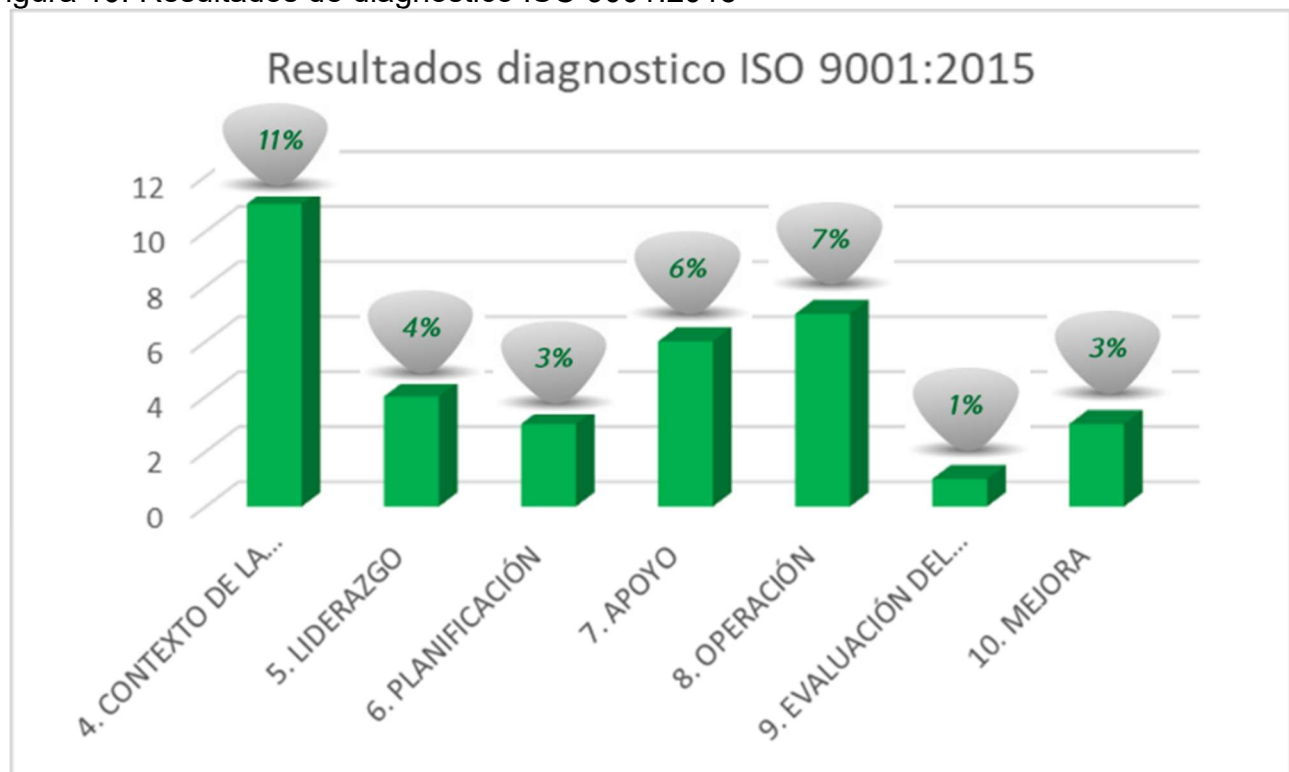
7. RESULTADOS DE LA CONSULTORIA

7.1 DIAGNOSTICO DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE LA NORMA ISO 9001:2015 E ISO 45001: 2018

7.1.1 Diagnóstico de la norma ISO 9001:2015. Para el desarrollo de este diagnóstico se tomó como referencia la herramienta construida por Peña (2020). Este fue aplicado en el mes de diciembre de 2022, no obstante, es importante aclarar que la entidad inicio el proceso de actualización de su sistema de gestión de calidad desde el segundo trimestre de 2021.

En la figura 10 se muestran los resultados obtenidos en relación con el cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2015. Se presenta por numeral de esta norma, los resultados obtenidos fueron validados con el responsable de calidad y la información documentada existente.

Figura 10. Resultados de diagnóstico ISO 9001:2015



Fuente: elaboración propia

En la tabla 5, se presentan los resultados por cada uno de los apartados (requisitos) de la norma ISO 9001:2015, con su respectivo análisis con énfasis en los requisitos que requieren ser implementados, actualizados o mejorados.

Tabla 5. Resultados cuantitativos-cualitativos ISO 9001:2005

DIAGNOSTICO ISO 9001:2015	
Numeral 4. Contexto de la organización	Resultado cuantitativo: 11% de implementación.
Resultado cualitativo:	
La entidad tiene identificado en su proceso de direccionamiento estratégico el formato de análisis de contexto interno y externo, pero no se encuentra implementado de manera apropiada, en razón que no se generan acciones a partir de este documento. Las partes interesadas se tienen identificadas a través de algunas caracterizaciones, sin embargo, es sujeto de mejorar su identificación basado en la misionalidad de la entidad. Como entidad pública es de relevancia indicar que estas partes interesadas se consultaron para la identificación de necesidades que se plasmaron en las metas de plan de desarrollo que se encuentra en ejecución. El alcance del Sistema de Gestión de Calidad no se encuentra definido, sin embargo, los procesos se definieron claramente en el documento PE-MP-01 Mapa de procesos. El seguimiento, medición y análisis a los datos de los procesos, no se ejecuta según lo establecido en el formato SIG-F-24-V1 Ficha del Indicador, que registra indicadores por proceso, no son medidos oportunamente y no hay responsable por proceso de su medición y trazabilidad. El Instituto tiene documentación estratégica, y de su operatividad misional, sin embargo, su implementación no es la adecuada en ocasión a la alta rotación de personal y cambios de líderes de proceso iniciando la vigencia 2022.	
Numeral 5. Liderazgo:	Resultado cuantitativo: 4% de implementación
Resultado cualitativo:	
No se realiza rendición de cuentas del Sistema de Gestión de Calidad, se evidencian lineamientos de los requisitos de calidad en los procesos, pero estos no se implementan de forma adecuada. La política de calidad se encuentra documentada DPE-PO-01, se encuentra publicada, pero no se encuentra interiorizada en el personal.	
Numeral 6. Planificación:	Resultado cuantitativo: Se tiene un 3% de avance
Resultado cualitativo:	
La organización tiene definida la matriz de riesgos por procesos, pero esta no se encuentra registrada ante el SIG (Sistema integrado de gestión), está definida según la guía del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. Dentro de la estructura de la política se encuentran los objetivos de calidad, pero no se encuentran estructurados con despliegue a los procesos y los indicadores para medir su gestión. Se cuenta con el procedimiento SIG-P-05 para la gestión del cambio, pero no se evidencia registro de implementación.	
Numeral 7. Apoyo	Resultado cuantitativo: Se tiene un 6% de avance.
Resultado cualitativo:	

Tabla 5 (Continuación)

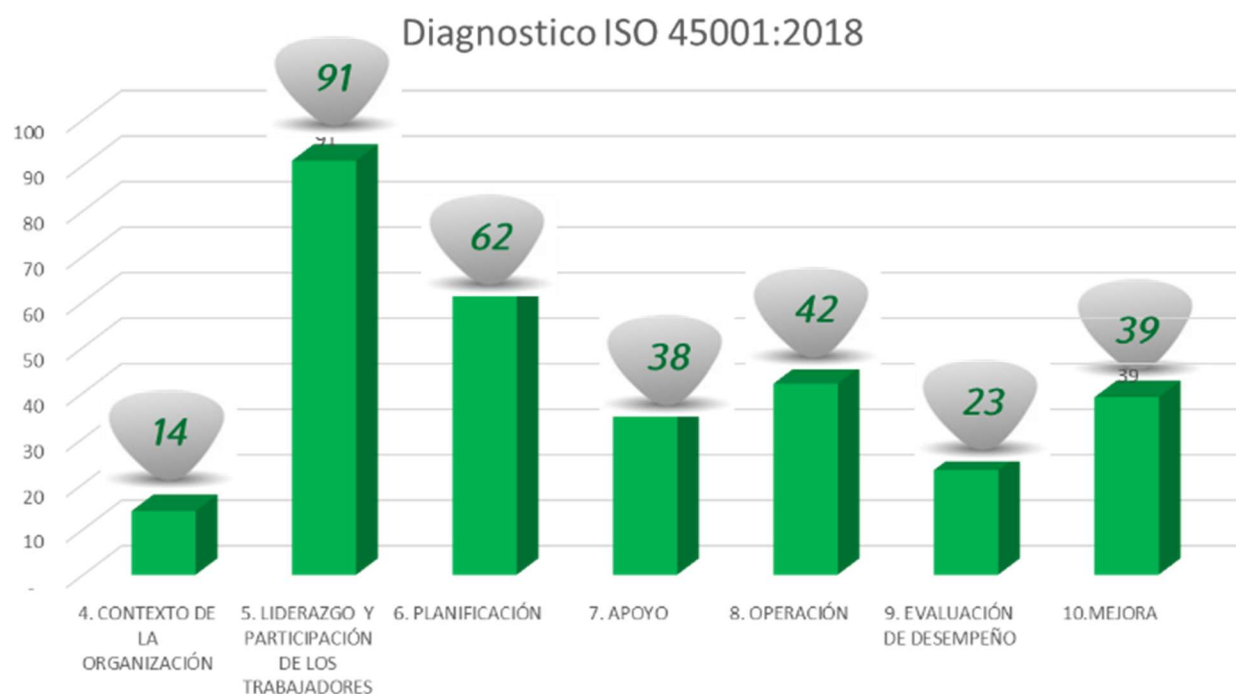
DIAGNOSTICO ISO 9001:2015	
Numeral 8. Operación	Resultado cuantitativo: Se tiene un 7% de avance
Resultado cualitativo:	
La operación de los procesos se fundamenta en el cumplimiento de cuarenta metas del plan de desarrollo que se asocian a once proyectos de inversión que se encuentran en el marco de la política pública de turismo. La entidad cuenta con información documentada para el desarrollo de los servicios prestados a la entidad, se ha dificultado documentar el proceso de promoción y comunicaciones por falta de líder que sea personal de planta. La entidad oferta servicios de acuerdo con la normatividad vigente. Desde el proceso de asesoría jurídica y de contratación se tienen implementados los controles necesarios para la gestión de proveedores. Dentro de los informes de supervisión se evalúan periódicamente los servicios prestados externamente. Los procesos misionales tienen determinadas herramientas de seguimiento y control, pero estas no están implementadas adecuadamente por los responsables. Se cuenta con instrumento de medición de satisfacción del cliente en los parques, pero no se realiza el análisis de la información para la mejora continua. Se tiene documentado el procedimiento para la gestión del cambio, pero no se evidencian registros de implementación de este. Se cuenta con procedimiento de salidas no conformes, pero no se tiene registro de su implementación.	
Numeral 9. Evaluación y desempeño	Resultado cuantitativo: Se tiene un 1% de avance:
Resultado cualitativo:	
El instituto cuenta con indicadores de gestión, pero no se miden con la periodicidad determinada, no se realiza un análisis para la mejora continua, además, no se cuenta análisis de las encuestas de satisfacción. Se realiza encuesta de percepción de los clientes, pero no se analiza su información. La entidad aplica instrumentos en el marco del Sistema de Información Turística SITUR, pero esta información no es socializada y tampoco se generan acciones de mejora. Se evidenció plan de auditoria en la vigencia 2022, pero no se dio cumplimiento a todo lo planeado. No hay evidencias de informe de revisión por la dirección, ni documento que evalúa la conveniencia, adecuación, eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.	
Numeral 10. Mejora	Resultado cuantitativo: Se tiene un 3% de avance:
Resultado cualitativo:	
Se cuenta con procedimiento de acciones correctivas y de mejora, y se evidencia registros de implementación de la vigencia 2022, pero sin el debido seguimiento. Las acciones no cuentan seguimiento y cierre, son de la vigencia 2021 y 2022, al indagar a los líderes de procesos desconocen de las mismas. Las acciones solo fueron documentadas a partir de los resultados de las auditorías realizadas.	

Fuente: elaboración propia

Con la información descrita en la tabla 5, se puede concluir que el nivel de implementación del Sistema de Gestión de Calidad está en un 35% en el Instituto de Turismo del Meta.

7.1.2 Diagnóstico de la norma ISO 45001:2018. La entidad en su evaluación inicial realizada con el instrumento de la ARL Bolívar para la vigencia 2022 obtuvo un puntaje del 96%. Para el desarrollo inicial de esta consultoría se tomó como base la información descrita, pero es importante resaltar que una vez visto el módulo de Seguridad y Salud en el Trabajo y con unos fundamentos del Sistema de Gestión mucho más certeros, se determinó aplicar el instrumento de diagnóstico diseñado y facilitado por la empresa AIRUTEC S.A.C., y recomendado por la docente del módulo de seguridad y salud en el trabajo. En la figura 11 se muestran los resultados de aplicación de dicho instrumento.

Figura 11. Resultados de diagnóstico ISO 45001:2018



Fuente: elaboración propia

En la tabla 6, se presentan los resultados por cada uno de los apartados (requisitos) de la norma NTC-ISO 45001:2018, con su respectivo análisis con énfasis en los requisitos que requieren ser implementados, actualizados o mejorados.

Tabla 6. Resultados cuantitativos-cualitativos ISO 45001:2018

DIAGNOSTICO ISO 45001:2018	
4. Contexto de la organización	Resultado Cuantitativo: Se tiene un 14% de avance
Resultado cualitativo:	
La entidad ha determinado una herramienta para la evaluación del contexto de la organización, aunque este documento fue aplicado, no se generaron acciones para alcanzar los resultados previstos en el sistema de seguridad y salud en el trabajo. No se cuenta con identificación de las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas, como tampoco está definido el alcance del SGSST.	
5. Liderazgo y participación de los trabajadores	Resultado Cuantitativo: 91%
Resultado cualitativo:	
La alta dirección demuestra compromiso con el sistema de gestión de la SST, los procesos misionales se han detectado y se están incluyendo los requisitos del SGSST. Se han destinado los recursos económicos, de talento humano y operativos para mantener y mejorar el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. El COPPAST se encuentra activo, y el personal ha participado en la identificación de riesgos y peligros en la entidad. Se han brindado los espacios para comunicar la importancia del SST en procesos internos de rendición de cuentas, y otros espacios relevantes como el comité institucional de gestión y desempeño. La política está documentada, establece un marco para los objetivos y cuenta con el compromiso para el cumplimiento de los requisitos legales aplicables. Se tiene documentado un manual de roles y responsabilidades en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, sin embargo, este debe ser socializado a cada nivel Se ha dado participación al personal en los diferentes procesos de planificación e implementación del SST. Se cuenta con matriz de requisitos legales documentada y actualizada	
6. Planificación:	Resultado Cuantitativo: Se tiene un 14% de avance
Resultado cualitativo:	
Se han identificado los riesgos, pero no se han documentado las oportunidades y su tratamiento. La matriz de riesgos y peligros se actualizó con la participación del personal, y se construyó con el enfoque basado en procesos, es sujeta a mejorar en la identificación de las oportunidades.	
7. Apoyo	Resultado Cuantitativo: Se tiene un 38% de avance
Resultado cualitativo:	
La entidad cuenta con el personal competente para el desempeño de la SST. Se realiza sensibilización sobre la importancia de la SST, pero esta debe ser permanente y con enfoque a las actividades que desarrolla cada proceso. No se cuenta con un método para la comunicación interna y externa de la información pertinente a la SST.	

Tabla 6. (Continuación)

Si bien es cierto, la entidad cuenta con tablas de retención documental, la información no reposa en la entidad, generando riesgo de pérdida y puede ocasionar que no se pueda tener trazabilidad de la gestión del sistema.	
8. Operación	Resultado Cuantitativo: Se tiene un 42% de avance
Resultado cualitativo:	
La entidad tiene determinado una planificación para la implementación, pero esta se encuentra desarticulada con el numeral 6.1 Acciones para abordar riesgos, y 6.1.2 identificación de peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades.	
No se ha documentado la gestión del cambio que puede impactar el desempeño del SST.	
No existen lineamientos para la gestión de compras, ni criterios de seguridad y salud en el trabajo para la selección de contratistas diferentes a prestación de servicios profesionales o de apoyo.	
La entidad cuenta con plan de emergencias, sin embargo, este debe ser socializado e implementado incluso para los visitantes.	
9. Evaluación del desempeño:	Resultado Cuantitativo: Se tiene un 23% de avance
Resultado cualitativo:	
La entidad tiene documentado indicadores, de los cuales hace medición periódica, pero del cumplimiento del plan anual general de SST no se evalúa periódicamente lo que no permite retroalimentar para la mejora continua.	
No se realizan auditorías internas, no se han contemplado en el plan anual de auditoría de la entidad.	
La revisión por la dirección se documentó, pero no cuenta con información documentada de las salidas y de las decisiones tomadas.	
10. Mejora	Resultado Cuantitativo: Se tiene un 39% de avance.
Resultado cualitativo:	
La organización no documenta las oportunidades de mejora y la implementación de las acciones necesarias para alcanzar los resultados previstos en el SGSST. Es así como incidentes, no conformidades y acciones correctivas no cuentan con trazabilidad a su gestión debido a la falta de toma de conciencia para implementar los métodos determinados para tal fin.	
Por tanto, la mejora continua se debe fortalecer para promover la optimización del desempeño, haciendo partícipes a todas las partes interesadas.	
Fuente: elaboración propia	

El nivel de implementación general del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo arroja un resultado general de 42%, 54 puntos por debajo de la evaluación realizada en el último trimestre de la vigencia 2022 por la ARL. Bajo los resultados expuestos se dieron las recomendaciones con los insumos necesarios del análisis de la información de la vigencia 2022, para establecer una planeación adecuada e implementación orientada a resultados en la vigencia 2023.

8. PLAN DE INTERVENCIÓN

Este plan fue establecido a partir de los resultados del diagnóstico aplicado por cada sistema de gestión (Calidad- Seguridad y salud en el trabajo) y fundamentado en las cuatro fases de integración de la metodología seleccionada.

8.1 DIRECCIONAMIENTO.

En esta fase es determinante la participación de la alta dirección y líderes de procesos. En la figura 12, se describen las actividades a desarrollar y los productos a obtener.

Figura 12. Fase 1: Direccionamiento

D i r e c c i o n a m i e n t o	Actividad	Producto/Resultado esperado	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
	Definir recursos	Recursos presupuestados							
	Definir equipos de trabajo	Equipos constituidos							
	Comprensión de la organización y análisis de contexto interno y externo.	Aplicar matriz DOFA y establecer estrategias							
	Identificación de necesidades y expectativas de las partes interesadas.	Diseñar matriz de necesidades y expectativas de las partes interesadas, dar lineamientos para su aplicación, y validar la información.							
	Validar plataforma estratégica o estrategia organizacional	Evaluar y dar lineamientos para su actualización de ser necesario con respecto a: Mapa de procesos, misión, visión, políticas de los sistemas de gestión a integrar.							
	Determinar el alcance del sistema integrado de gestión	Validar el Manual del sistema integrado - Alcance documentado							
	Despliegue de objetivos a procesos	Diseñar y establecer matriz de despliegue de objetivos estratégicos							
	Identificar los riesgos y oportunidades	Actualizar matriz de riesgos institucional de acuerdo a lineamientos (Departamento administrativo de la función pública)							
	Gestión del cambio	Documentar la gestión del cambio en la entidad							

Fuente: elaboración propia

8.2 ESTRUCTURACIÓN.

Esta fase se desarrolla con los líderes de proceso o sus delegados. En la figura 13 se describen las actividades desarrolladas y los productos obtenidos.

Figura 13. Fase 2: Estructuración

E s t r u c t u r a c i ó n	Actividad	Producto/Resultado esperado	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
	Análisis y modelación de los procesos y de sus interacciones	Actualización de caracterizaciones de procesos							
	Identificar requisitos de los procesos: Legales.	Actualización de matriz de requisitos legales por proceso							
	Definir y controlar la información documentada requerida por los procesos con criterios de riesgos y conocimiento.	Evaluar el procedimiento de control de documentos y registros y actualizar de ser pertinente.							
	Indicadores de gestión de los procesos	Evaluar los indicadores de gestión existentes, determinar metas de la vigencia según las estrategias de la alta dirección, y mantener los cambios como información documentada. Realizar evaluación general periódica							
	Diseño y Desarrollo, Ciclo de vida servicios	Documentar los procesos misionales de acuerdo al cumplimiento del plan de desarrollo de la vigencia							
	Asignar los recursos para implementar el SIG, infraestructura y para aumentar la satisfacción de los clientes.	Determinar el Personal, Infraestructura y ambiente para la operación de procesos.							
	Preparación emergencias, Salidas no conformes	Validación documental de los planes de emergencia Establecer las matrices de salidas no conformes y su tratamiento por proceso							
	Formación del talento humano	Ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones							
	Desarrollo de actividades para construir conciencia	Desarrollo de campañas para la sensibilización del Sistema Integrado de Gestión							

Fuente: elaboración propia

8.3 APLICACIÓN.

En esta fase se involucra todo el personal que se encuentra inmerso en el alcance de los sistemas de gestión a integrar. En la figura 14 se describen sus actividades y productos entregados.

Figura 14. Fase 3: Aplicación

A p l i c a c i ó n	Actividad	Producto/Resultado esperado	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
	Implementación de la información documentada	Ajustes de la información documentada, identificación de nuevos documentos, etc.							
	Ejecución de recursos asignados	Contrataciones, vinculación de personal							
	Control Operacional bajo la información documentada implementada	Seguimiento a la operación de los procesos a partir de los riesgos de procesos, generación de salidas no conformes.							
	Medición de la eficacia y eficiencia de los procesos y del SIG (indicadores y otras herramientas)	Medición de indicadores, seguimiento acciones correctivas y de mejora abiertas por diferentes fuentes.							
	Toma de Acciones correctivas, y de mejora	Documentar acciones correctivas y de mejora, realizando un análisis de causas, estableciendo plan de acción.							
	Gestión del conocimiento y formación a todos los involucrados	Retroalimentación a las partes interesadas sobre resultados de la gestión y operación de los procesos.							
	Desarrollo de actividades para construir conciencia	Desarrollo de campañas para la sensibilización del Sistema Integrado de Gestión							

Fuente: elaboración propia.

8.2 Evaluación y mejora.

En esta fase se evalúan los resultados de la implementación e integración de los sistemas de gestión. En la figura 15 se describen sus actividades y productos entregados.

Figura 15. Fase 4: Evaluación y mejora

E v a l u a c i ó n y m e j o r a	Actividad	Producto/Resultado esperado	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
	Análisis de datos SIG	Evaluación de cumplimiento de matriz de despliegue de objetivos							
	Evaluar la percepción de los clientes y partes interesadas	Aplicación de encuestas de percepción de cliente interno y externo							
	Desarrollo de auditorías internas de calidad	Informes de auditoría interna							
	Revisión del SIG por la Dirección.	Consolidación de información para la revisión por la dirección. (Información de la vigencia anterior)							
	Directrices para la mejora continua	Documentar acciones de mejora producto de la revisión por la dirección.							
	Aprendizaje consolidado. Conocimiento	Procesos de inducción y reinducción, actualización de la información documentada del SIG.							
	Formación a todos los involucrados	Continuidad de Plan Institucional de Capacitación PIC							
	Construir conciencia	Campañas de sensibilización							

Fuente: elaboración propia.

9. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO

9.1 DIRECCIONAMIENTO.

La entidad tiene constituido desde la vigencia 2017, a través de la resolución No. 368, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, como órgano encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Gestión MIPG. En la vigencia 2021 la entidad mediante la resolución 086, realiza la actualización del Sistema Integrado de Gestión, y en el párrafo del artículo tercero determina lo siguiente: “A través de la presente resolución los sistemas enunciados, se entenderán como adoptados y armonizados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión... “. Dentro de los sistemas armonizados se encuentran el de gestión de calidad, y de seguridad y salud en el trabajo.

Por lo anterior las actividades de la fase de direccionamiento fueron validadas ante el comité institucional de gestión y desempeño como quedo consignado en acta. (Anexo 1. Acta de comité).

9.1.1 Definición de equipos de trabajo. Para definir los equipos de trabajo se solicitó a cada proceso un delegado que tendrá en el desarrollo del plan de intervención las siguientes funciones:

- Realizar apoyo administrativo y de control al interior del proceso en el marco de la implementación y posterior mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, de acuerdo con los requisitos de las normas ISO 9001:2015, en articulación con los demás sistemas de gestión adoptados y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y sus responsables.
- Retroalimentar al equipo del proceso según lineamientos que se otorguen para que se implemente, mantenga y mejore el proceso de acuerdo con la información documentada del Sistema Integrado de Gestión.
- Dar apoyo en la construcción, consolidación de información u otros mecanismos para dar cumplimiento al seguimiento y cierre de las acciones correctivas y de mejora del proceso.
- Dar apoyo en el manejo administrativo y control de la información documentada del Sistema Integrado de Gestión en el proceso asignado.

Esta solicitud se realizó mediante oficio de fecha 02/02/2023, y en este mismo documento se convocó a los seleccionados a la primera reunión, con el fin de socializar sus funciones y presentar el plan de intervención (Ver Anexo 2. Solicitud de asignación de delegados, registro de asistencia a reunión).

9.1.2 Comprensión de la organización y análisis de contexto interno y externo. Para realizar la comprensión de la organización y de su contexto interno y externo se aplicó una matriz DOFA, y se tuvieron en cuenta las variables que se describen en la tabla 7 para su evaluación.

Tabla 7. Variables de análisis interno y externo.

Cuestiones internas	Cuestiones externas
Conocimiento	Competitivo
Competencia	Cultural
Cultura	Económico
Infraestructura	Mercado
Desempeño	Normativo
Tecnológico	Político
Valores	Social
	Tecnológico

Fuente: elaboración propia

Como resultado de la aplicación de esta matriz salieron unas estrategias que se presentaron ante el comité institucional de gestión y desempeño, y la alta dirección indicó que se documentaran las acciones de manera conjunta con el equipo de delegados y estos a su vez se responsabilicen de hacer seguimiento al cumplimiento de estas. (Ver Anexo 3. Análisis del contexto interno y externo).

9.1.3 Identificación de necesidades y expectativas de las partes interesadas. Se diseñó una matriz para la identificación de necesidades y expectativas de las partes interesadas, la misma se trabajó por procesos y en esta se hizo una primera identificación de los riesgos.

Este documento hace parte de la información documentada del proceso de direccionamiento y planeación estratégica, y fue validado por la alta dirección en el comité institucional de gestión y desempeño, posteriormente con los delegados del proceso, y el personal de planta de la entidad. Los riesgos detectados harán parte de la matriz de riesgos y oportunidades institucional (Ver Anexo 4. Matriz de partes interesadas)

9.1.4 Validación de la plataforma estratégica. La plataforma estratégica fue validada por el comité institucional de gestión y desempeño en donde se evaluó la misión, visión, mapa de procesos y políticas de calidad, y del sistema de seguridad y salud en el trabajo.

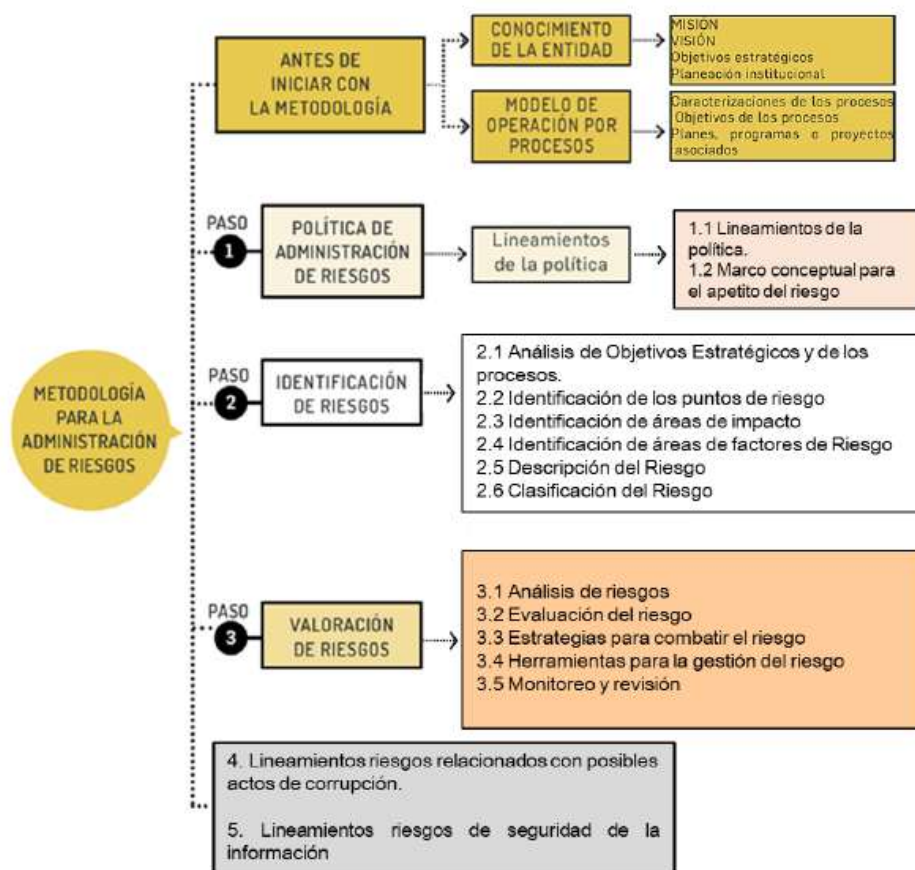
El comité concluyó que el documento que se debe actualizar es la política de calidad, para que sea coherente con los objetivos estratégicos. La política de calidad fue actualizada. (Ver Anexo 5. II Comité de desempeño institucional_2023).

9.1.5 Diseño y establecimiento de matriz de despliegue de objetivos estratégicos. La entidad cuenta con once proyectos de inversión, que enmarcan el cumplimiento de cuarenta metas del plan de desarrollo “Hagamos Grande al Meta”, los objetivos de estos proyectos fueron tomados como objetivos estratégicos para el diseño de la matriz, estos fueron a su vez relacionados con los objetivos de los procesos y objetivos de calidad, y se determinaron dieciséis indicadores para la medición del cumplimiento. (Ver Anexo 6. Matriz de despliegue de objetivos)

9.1.6 Identificación de los riesgos y oportunidades. Se estableció un plan de trabajo con todos los procesos de la entidad, para analizar la matriz de riesgos que se encontraba vigente en el 2022; y valorar la eliminación, creación, reformulación y/o establecimiento de nuevos riesgos y controles asociados para cada proceso, teniendo en cuenta el contexto interno y externo actual (Ver Anexo 7. Plan de trabajo riesgos)

La metodología seleccionada y aplicada para la gestión de los riesgos que se visualiza en la figura 16, es la del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, de acuerdo con la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5.

Figura 16. Metodología para la gestión del riesgo-DAFP



Fuente: Dirección de gestión y desempeño institucional de la función pública (2020)

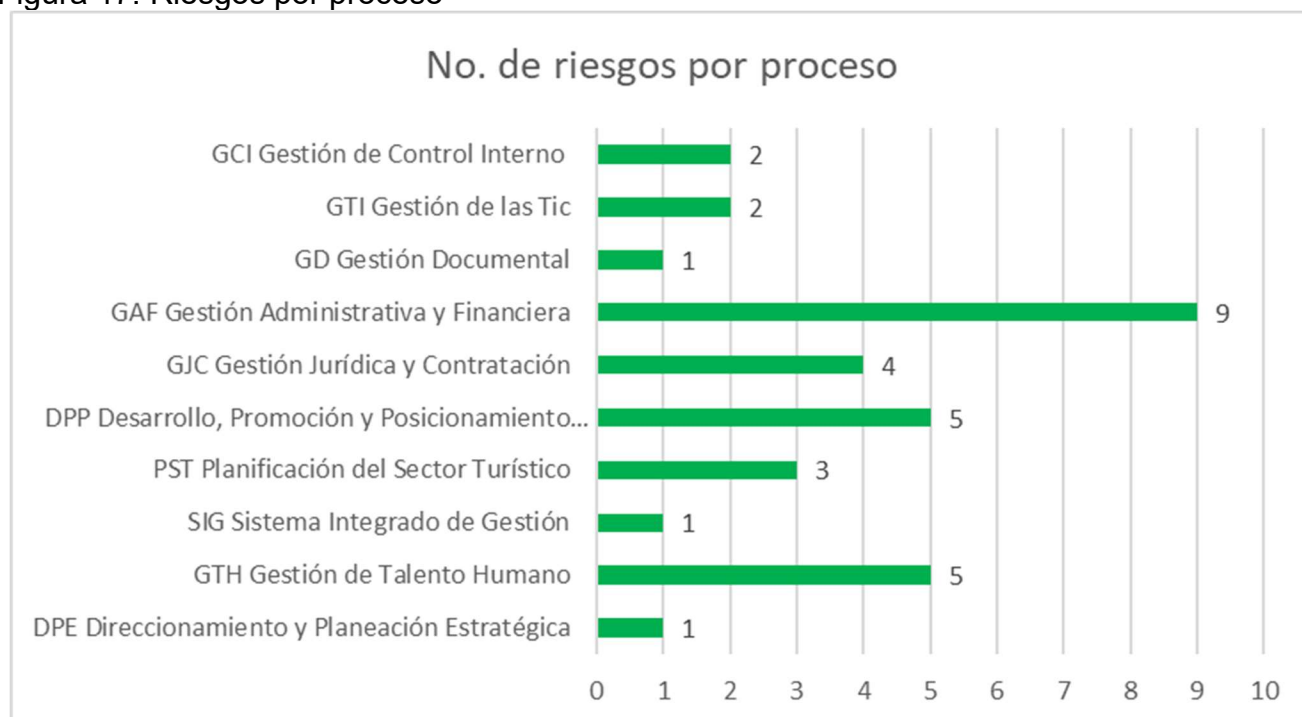
Esta metodología sugiere un análisis inicial del estado de los riesgos y de su gestión en la entidad, además, de establecer un reconocimiento desde la plataforma estratégica para luego desarrollar tres pasos. 1) Política de administración del riesgo, 2) Identificación de riesgos, y 3) Valoración de riesgos.

Para el desarrollo de esta metodología se evaluó la plataforma estratégica vigente y se concluyó que no es necesario su actualización, y sobre esta, y el objetivo de cada proceso se realizó la identificación de los riesgos y oportunidades. La entidad cuenta con una declaración para la gestión del riesgo a través de una política documentada con código DPE-PO-10. (Ver Anexo 8. Política de administración de riesgos).

Los pasos de identificación y valoración de riesgos se llevaron a cabo según lo planificado en mesas de trabajo con los equipos de cada proceso con una matriz desarrollada por la Gobernación del Meta, y adaptada por el Instituto.

En total se identificaron treinta y tres (33) riesgos en la institución, en la figura 17 se evidencia la distribución por tipo de proceso porcentualmente así: el 21% en los estratégicos, el 24% en los misionales, el 49% en los de apoyo y el 6% en el proceso de evaluación. El valor más alto está en los procesos de apoyo, esto obedece a que la operación allí está en manos de contratistas, y el líder de proceso ha sido cambiado más de dos (2) veces. Se detectaron once (11) oportunidades en los diferentes procesos.

Figura 17. Riesgos por proceso



Fuente: elaboración propia.

9.1.7 Gestión del cambio. La entidad identificó dos situaciones que suscitaron cambios significativos en la operación administrativa. La primera tiene relación con el inicio de las obras para la modernización de la sede administrativa, que generó traslado temporal a otra sede; la segunda se refiere al cambio de coordinador de seguridad y salud en el trabajo, en razón a que la titular entró en licencia de maternidad. La gestión del cambio se identificó mediante formato SIG-F-23 Registro y Seguimiento de Gestión del Cambio que se presenta en Anexo 9)

9.2 ESTRUCTURACIÓN.

Esta fase fue desarrollada con los líderes de proceso o sus delegados, y, además, con participación del personal técnico responsable de las actividades.

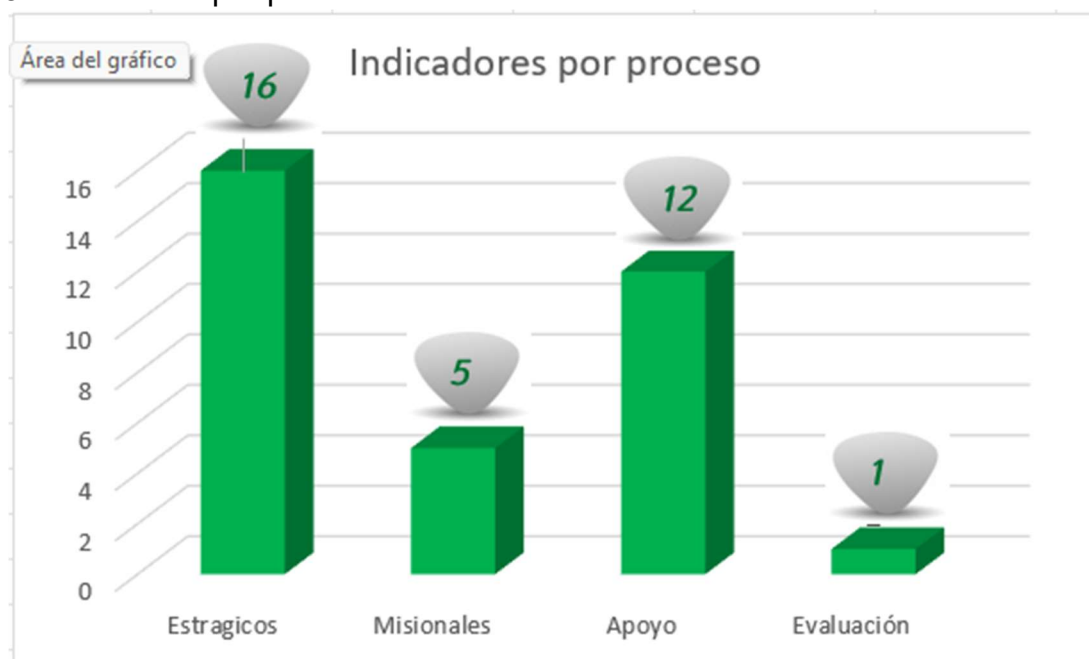
9.2.1 Análisis y modelación de los procesos y sus interacciones. Con el fin de comprender mejor las actividades y operaciones e interacciones de los procesos, fueron validadas y actualizadas las caracterizaciones de los diez procesos (Estratégicos, misionales, apoyo, evaluación), además se actualizó el formato de caracterización incluyendo elementos transversales para identificar la integración de los sistemas de gestión de calidad y seguridad y salud en el trabajo (Ver anexo 10. Caracterización de Proceso - SIG-C-01).

9.2.2 Identificación los requisitos legales de los procesos. Esta matriz permitió consolidar leyes y normatividad que se debe cumplir, para asegurarse de que se implementen los controles y medidas necesarias para cumplir con dichos requisitos. La entidad estableció una sola matriz es aplicable a calidad y seguridad y salud en el trabajo, fueron validadas y actualizadas por los diez procesos de la entidad (Ver Anexo 11. Matriz de requisitos legales - SIG-MT-01).

9.2.3 Definición y control de la información documentada. Esta información requerida por los procesos con criterios de riesgos y conocimiento se elabora, revisa y control mediante el procedimiento de control de documentos y registros SIG-P-02, el cual fue actualizado con el fin de incluir el tipo de documento ESTRATEGIA -EST, en el numeral 7.2.1. (Ver Anexo 12. Procedimiento de control de documentos y registros)

9.2.4 Indicadores de gestión de los procesos. En el desarrollo de la auditoría se evaluaron los indicadores existentes, y se dieron las recomendaciones para su actualización, los procesos realizaron actualización de indicadores quedando establecidos como lo evidencia la figura 18.

Figura18. Indicadores por proceso



Fuente: elaboración propia

Estos indicadores se encuentran consolidados en la Matriz de Indicadores de Gestión SIG-MT-03 que se presenta en el Anexo 13.

9.2.5 Diseño y Desarrollo y ciclo de vida servicios. Los procesos misionales son dos, el primero es planificación del sector turístico cuyo objeto es “identificar las necesidades de los actores del sector turístico del departamento del meta, y gestionar los proyectos de inversión para el cumplimiento de las metas del plan de desarrollo departamental y la política pública de turismo, con el fin de impulsar el desarrollo socioeconómico y cultural del departamento”, para este proceso se documentaron dos procedimientos: Planificación de la Oferta Institucional, y Procedimiento para la gestión de bancos de proyectos, igualmente se establecieron los formatos para el levantamiento de los diagnósticos de cada ruta turística, y el Informe de actividades por ruta turística” (Ver Anexo 14. Ciclo de vida de servicios Misionales).

El segundo proceso misional es Desarrollo, Promoción y Posicionamiento Turístico, cuyo objeto es “Realizar promoción nacional e internacional del departamento del Meta como destino turístico a través de las cinco (5) rutas determinadas, impulsando el fortalecimiento Institucional y empresarial, mejorando los servicios turísticos del departamento, para que sean sostenibles y competitivos, y así aumentar la calidad de vida de los actores de la cadena de valor del sector y robustecer la economía de la región”. Para este proceso se documentó un procedimiento de formación, y los formatos para el desarrollo de la operación del programa Colegios Amigos del Turismo CAT, formatos creados por el proceso, ficha de presentación proyecto C.A.T., Lista de chequeo para la presentación de proyectos CAT, ficha de Evaluación

del proyecto – CAT, y para las actividades de promoción los siguientes formatos, solicitud de promoción turística e Informe de visita de promoción turística. (Ver Anexo 15).

9.2.6 Asignación de los recursos para implementar el SIG. Las instalaciones fueron modernizadas y los equipos de cómputo fueron cambiados a todo el personal a finales de la vigencia 2022, el personal para la operatividad se vincula a través de contratos de prestación de servicios. Para el área misional, se vincularon seis coordinadores de ruta y personal de apoyo en los diferentes programas, como también personal de apoyo para realizar seguimiento a la implementación del sistema integrado de gestión, específicamente para actividades de calidad y para el desarrollo de tareas relacionadas con seguridad y salud en el trabajo se vincularon 4 personas. Es decir, existe una total disposición de la entidad, en asegurar todos los recursos necesarios para la implementación, mantenimiento y mejora del sistema integrado de gestión.

9.2.7 Atención de emergencias y gestión de las salidas no conformes. Como desarrollo de la auditoria, se realizó validación de los planes de emergencia de las diferentes sedes de la entidad, y se realizaron recomendaciones para su mejora, al desarrollo de este informe, aun los documentos contentivos de los distintos planes se encuentran en actualización. Para las salidas no conformes se realizó acompañamiento y se construyeron matrices de salida no conforme para cada proceso (Ver Anexo 16. Matriz de identificación de salidas no conformes por proceso - SIG-MT-02).

9.2.8 Formación del talento humano. Se estableció el plan institucional de capacitaciones para la vigencia 2023, las actividades desarrolladas a la fecha contemplan las siguientes formaciones que se describen en el Anexo 17 (Plan institucional de capacitación PIC)

9.2.9 Desarrollo de actividades para construir conciencia. Las actividades desarrolladas para la toma de conciencia han sido una estrategia efectiva para promover la comprensión y la sensibilización sobre diversos temas del Sistema Integrado de Gestión. Dentro de las actividades más relevantes para seguridad y salud en el trabajo, han sido las jornadas de orden y aseo, las campañas de pausas activas entre otras. Para la toma de conciencia de temas generales del sistema integrado se han realizado piezas gráficas y videos con participación de todo el personal, para generar conciencia en el conocimiento de la Política de calidad, mapa de procesos, riesgos, gestión documental, control de documentos y registros, código de integridad, valores corporativos. (Ver Anexo 18. Actividades de toma de conciencia).

9.3 APLICACIÓN.

La implementación del diseño y de las estrategias de operación de los sistemas de gestión, son sin duda, el desafío más grande al que se enfrenta cualquier organización, el compromiso de la alta dirección fue fundamental en este ejercicio, sumado, a los seguimientos de los líderes de procesos y coordinadores de equipos o estrategias.

9.3.1 Implementación de la información documentada. La entidad acogió en el procedimiento de control de documentos y registros SIG-P-01, la estructura documental como se describe en la figura 19, la operación de cada proceso dio lugar a la elaboración, actualización o anulación de información documentada.

Figura 19. Estructura documental SIG Instituto de Turismo del Meta.



Fuente: Procedimiento de control de documentos y registros SIG-P-01- ITM.

Para la vigencia 2023 con corte al mes de junio, la entidad elaboró, actualizó y/o declaró anulados documentos, producto de la operación y la implementación del sistema integrado de gestión, en la tabla 8, se hace descripción del tipo de información documentada gestionada, lo que representa ochenta y dos (82) documentos en implementación más los que se encontraban contruidos sin gestión en esta vigencia.

Tabla 8. Resultados de gestión de información documentada

Información documentada	Elaborados	Actualizados	Anulados
Políticas	0	1	0
Planes	0	2	0
Caracterizaciones	4	6	0
Procedimientos	3	3	
Formatos	11	8	9
Protocolo	0	0	1
Indicadores	8	4	0
Código	1	0	0
Matriz	28	3	0
Total	55	27	10

Fuente: elaboración propia

9.3.2 Ejecución de recursos. La entidad vinculo el personal de apoyo para el desarrollo de las actividades misionales en los diferentes programas; como apoyo para lineamientos y seguimientos del SIG, se vinculó un profesional en ingeniería industrial, 3 profesionales en seguridad y salud en el trabajo que se distribuyeron en las diferentes sedes. Se está llevando a cabo la contratación para la adquisición de elementos de protección personal, señalética, recarga de extintores y elementos de brigadas de emergencias.

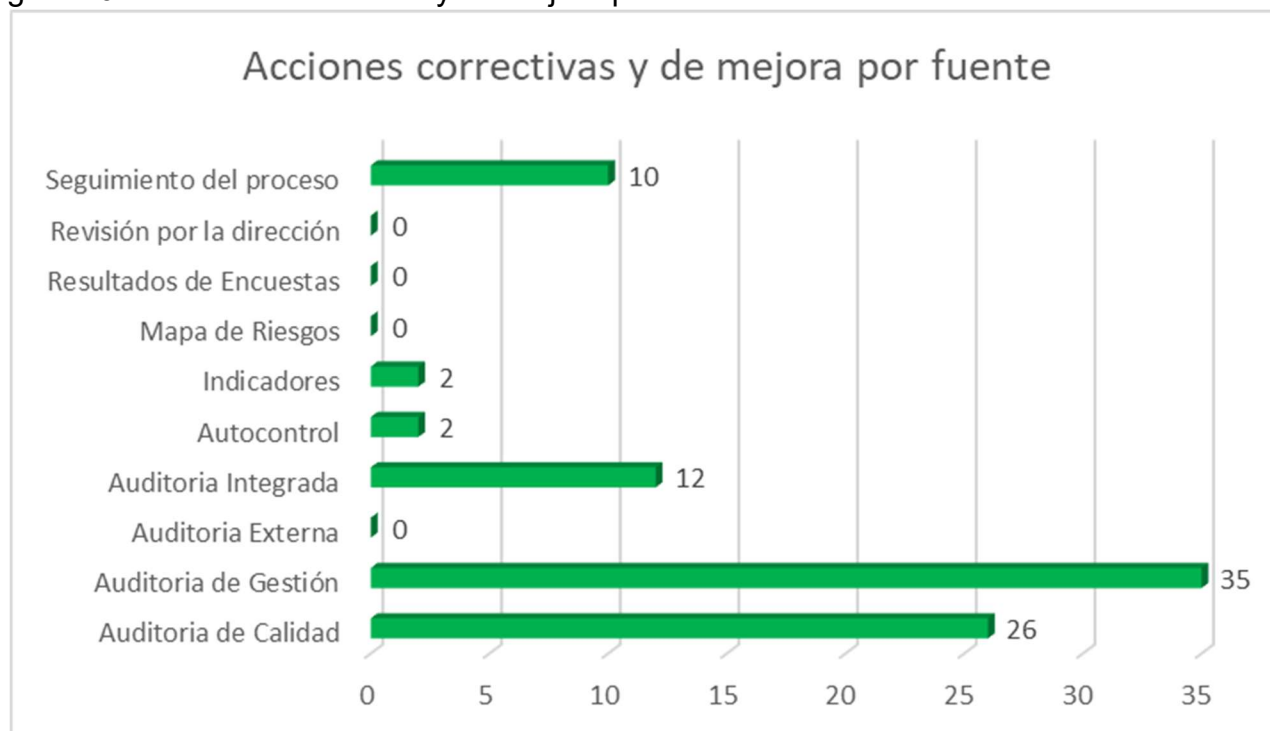
9.3.3 Control Operacional. La entidad ha dispuesto un cronograma para el seguimiento de los riesgos institucionales (Ver Anexo 19), esta actividad se viene adelantando de acuerdo con lo establecido en la matriz de riesgos formulada como se especifica en el ...numeral 9.1.6 de este documento. El seguimiento de esta matriz se diseñó a partir de las líneas de defensa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, siendo la primera línea el líder de cada proceso, quien evalúa que los controles se estén implementando, la segunda línea de defensa valida la evidencia de aplicación de los controles, y control interno realiza evaluación independiente, en donde corrobora si se materializaron y se tomaron las acciones correspondientes planificadas para mitigar las consecuencias. Para el primer trimestre se detectó la materialización de un riesgo en el proceso de planificación del sector turístico, y el proceso tomo acciones según los planificado.

9.3.4 Medición de la eficacia y eficiencia de los procesos y del SIG. Los indicadores de gestión se consolidan trimestralmente desde el proceso del sistema integrado de gestión, sin embargo, los procesos se miden de acuerdo con la periodicidad establecida en las fichas de cada indicador, para mitigar el riesgo que alguno no se reporte o se cambien formulas, metas y demás datos, cada indicador se registró ante el SIG por proceso y tiene su respectivo control de versión y vigencia. Se genero un cronograma de reporte que fue comunicado a todos los procesos mediante circular (Ver Anexo 20). Estos indicadores una vez se reportan, se

consolidan y evalúan para corroborar que se tomen acciones a partir de los resultados (Ver Anexo 13. Matriz de seguimiento de indicadores).

Se realizó seguimiento a las acciones correctivas y de mejora que la entidad ha generado por diferentes fuentes, la figura 20 evidencia los resultados de esta acción. Las fuentes generadoras de estas acciones han sido: Auditoría de Calidad, Auditoría de Gestión, Auditoría Externa, Auditoría Integrada, Autocontrol, Indicadores, Mapa de Riesgos, Resultados de Encuestas, Revisión por la dirección, Seguimiento del proceso.

Figura 20. Acciones correctivas y de mejora por fuente.

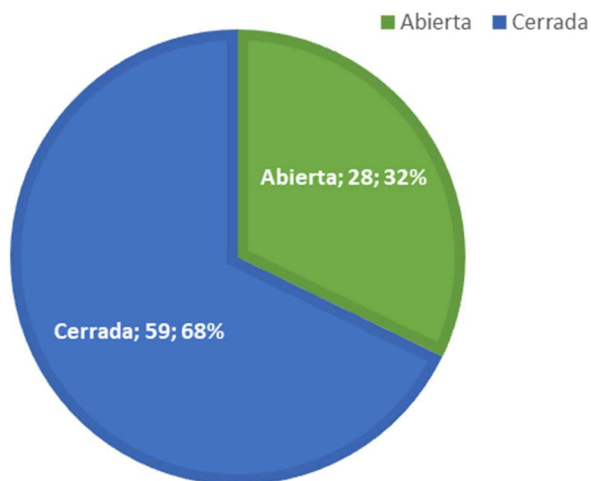


Fuente: elaboración propia.

La entidad durante las vigencias 2021, 2022 y 2023 han generado ochenta y siete (87) acciones correctivas y de mejora, se les realizó seguimiento y validación de las evidencias para el cierre correspondiente, 19 validadas por el estado, abiertas o cerradas, como se visualiza en la figura 21.

Figura 21. Estado de las acciones.

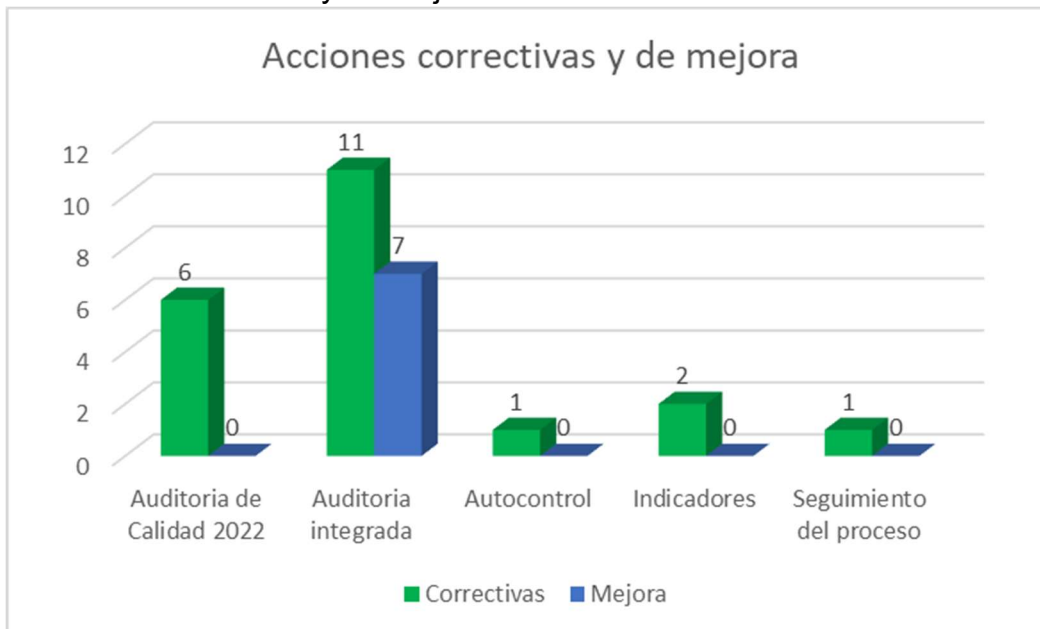
ESTADO DE LAS ACCIONES



Fuente: elaboración propia

9.3.5 Toma de Acciones correctivas y de mejora. Producto de diferentes fuentes como se describe en la figura 22, se documentaron acciones correctivas y de mejora. Se documentaron seis (6) acciones correctivas producto de auditoría de calidad realizada en la vigencia 2022 y que no se documentaron en la vigencia pasada, en el proceso de auditoria integrada (Sistema de control interno y sistema de gestión de calidad) se documentaron once (11) acciones correctivas y siete (7) de mejora, como autocontrol una (1) acción correctiva, por indicadores dos (2) acciones correctivas y por seguimiento a proceso una acción correctiva.

Figura 22. Acciones correctivas y de mejora



Fuente: elaboración propia

En total se documentaron treinta y siete (37) acciones, las cuales se reportaron en el formato SIG-F-05 Acciones correctivas y de mejora, en este documento se genera un análisis de causas para las no conformidades y se establece un plan de acción que debe mitigar la ocurrencia de las no conformidades. Para las acciones de mejora no se genera análisis de causas, pero se establece plan de acción. En ambos casos el formato tiene una parte para el seguimiento, la valoración y el cierre de la acción.

9.3.6 Gestión del conocimiento y formación a todos los involucrados. La entidad rindió cuentas de manera aunada con la Gobernación del Meta. Rendición de cuentas 2022 (Ver Anexo 21). Pero además el Instituto realiza el comité de gestión y desempeño, en donde se presentan y evalúan resultados de los procesos con insumos como medición de indicadores de gestión, resultados de informes de satisfacción del cliente entre otros. Con el ánimo de fortalecer la gestión del conocimiento, y en ocasión, a la alta rotación del personal del área misional ha realizado inducciones a los equipos de los programas y estrategias.

9.3.7 Desarrollo de actividades para construir conciencia. Las actividades desarrolladas para la toma de conciencia han sido una estrategia efectiva para promover la sensibilización sobre la implementación de la información documentada. Para la toma de conciencia en cada uno de los procesos, los delegados ante el SIG revisan la información que presentan los equipos de trabajo producto de su gestión y validan que su implementación sea adecuada y se encuentre bajo los lineamientos de las tablas de retención documental TRD de la entidad (Ver Anexo 18).

9.4 EVALUACIÓN Y MEJORA.

Fue fundamental dentro del desarrollo de la consultoría haber realizado procesos de evaluación y mejora, esto permitió identificar las debilidades y oportunidades para generar acciones correctivas o de mejora, que fortalecieran la gestión y el desempeño de la entidad.

9.4.1 Análisis de datos SIG. La matriz de despliegue de objetivos evalúa el cumplimiento de los cuatro (4) objetivos estratégicos establecidos, y su articulación con los objetivos de calidad, y los objetivos de cada proceso. Los resultados se dan al corte de 31/03/2023. (Ver Anexo 22 Matriz de despliegue de objetivos).

9.4.2 Evaluar la percepción de los clientes y partes interesadas. El desarrollo de esta actividad demostró el grado de satisfacción de los clientes respecto de la operatividad de la entidad, medida a través de tres aspectos que engloban los siguientes elementos: Atención al Cliente, Gestión y Operatividad, e Infraestructura.

Elemento atención del cliente, se agruparon las siguientes preguntas:

- ¿Como califica la atención recibida?
- El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido fue: Excelente (Menor a 10 minutos), Bueno (De 10 a 20 Minutos), Regular (De 20 a 30 Minutos), Malo (Más de 30 Minutos)

Elemento Gestión y Operatividad, se agruparon las siguientes preguntas:

- ¿La información que recibió respecto de los requisitos y/o documentos para el trámite o servicio a realizar, fue clara?
- ¿El trámite o servicio cumplió sus expectativas y resolvió sus inquietudes?

Elemento Infraestructura, se agruparon las siguientes preguntas:

- ¿Cómo evalúa las instalaciones donde fue atendido?
- Por cual canal de comunicación ha solicitado información del INSTITUTO DE TURISMO DEL META.
- Tiene algún comentario o sugerencia para mejorar nuestro servicio.

Las encuestas fueron aplicadas entre los meses de abril y mayo, se evaluó el cliente interno y externo. En la tabla 9 se especifica el número de encuestas aplicadas por tipo de cliente (Interno/Externo).

Tabla 9. Encuestas aplicadas

Población objetivo	No. de encuestas aplicadas
Cliente Interno	160
Cliente Externo	280
Total	440

Fuente: elaboración propia

Los resultados se plasmaron en un informe general de satisfacción del cliente, que fue socializado al interior de todos los procesos con el fin de tomar acciones respecto de los resultados. No se documentaron acciones de mejora, teniendo en cuenta que el nivel de satisfacción del cliente tuvo una calificación cercana al 90%. (Ver Anexo 23. Informe de resultados de encuestas de satisfacción del cliente).

9.4.3 Desarrollo de auditorías internas. En el marco del Plan Anual de Auditorías, se ejecutaron auditorías a los procesos misionales y a uno estratégico. Las auditorías fueron desarrolladas de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento para la Gestión de Auditorías Internas GCI-

P-01-V2 (Ver Anexo 24), bajo los principios de integridad, presentación imparcial, debido cuidado profesional, confidencialidad, independencia, enfoque basado en la evidencia, y enfoque basado en riesgos, que establece la Guía Técnica Colombiana GTC-ISO 19011: 2018, Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión.

En la ejecución se aplicó la siguiente información documentada: a) Planeación de auditoria por proceso GCI-F-02-V2, b) Comunicación de la auditoria al proceso, c) Carta de representación GCI-F-03-V1 d) Acta de apertura de la auditoria GCI-F-04-V1, e) Lista de verificación GCI-F-10-V1, f) Acta de cierre de la auditoria GCI-F-05-V2, g) Informe de auditoría GCI-F-06-V2, h) Evaluación de auditoría interna GCI-F-06-V2.

En la tabla 10 se describen los resultados de las auditorías realizadas. Las auditorias se realizaron integradas bajo dos sistemas de gestión (Sistema de Gestión de Calidad y Sistema de Control Interno de Gestión), el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo fue evaluada solo en el proceso de talento humano, no se determinó realizar auditorías bajo este sistema, teniendo en cuenta el nivel bajo nivel de madurez que este presentaba (en proceso de revisión y actualización al cierre de este informe).

Tabla 10. Resultados de auditorías internas.

Proceso	Fecha auditoria	Resultados		
		No conformidades	Oportunidades de mejora	Observaciones
Gestión de talento humano	02/05/2023	6	2	Dentro del ejercicio de auditoria se identificó la materialización de dos (2) riesgos. Dentro de este proceso se encuentra el sistema de seguridad y salud en el trabajo, este sistema fue evaluado y se generaron las observaciones correspondientes previa a un seguimiento anterior realizado. Para el SG-SST, se identificó una oportunidad de mejora referente a la oportuna planificación de las actividades e insumos apropiados para su desarrollo.

Tabla 10. (continuación)

Proceso	Fecha auditoria	Resultados		
		No conformidades	Oportunidades de mejora	Observaciones
Planificación del sector turístico	23/05/2023	2	2	Se identifico la materialización de un (1) riesgo. Dentro de lo relevante en el desarrollo de esta auditoria fueron las instancias interinstitucionales de planificación que deben activarse, además, de valorar el riesgo de seguridad pública que se está presentando en el sur del departamento, y en el marco de sus funciones se tomen las acciones pertinentes.
Desarrollo, Promoción, y Posicionamiento Turístico	30/05/2023	3	3	El proceso evidencio trazabilidad de su operatividad, sin embargo, se debe fortalecer la planificación de las actividades de promoción y difusión, como también, la gestión de acciones correctivas y de mejora por las diferentes fuentes.
Total		11	7	

Fuente: elaboración propia.

En las auditorías realizadas se detectaron once (11) no conformidades y siete (7) oportunidades de mejora, sin embargo, en el informe de auditorías se describen los hallazgos y recomendaciones realizadas a cada proceso (Ver Anexo 25 Informes de auditoria integrada)

9.4.4 Revisión del SIG por la Dirección. Es un proceso periódico en el que la alta dirección evalúa el desempeño general de la organización, revisa los resultados obtenidos y toma decisiones estratégicas para mejorar el sistema de gestión. Se estableció Acta de revisión por

la dirección DPE-F-02-V2, donde se identificaron cada una de las entradas: a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas; b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad; c) la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y SST, incluidas las tendencias relativas a: 1) la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes; 2) el grado en que se han logrado los objetivos de la calidad Y SST; 3) el desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios; 4) los incidentes, las no conformidades y acciones correctivas; 5) los resultados de seguimiento y medición; 6) los resultados de las auditorías; 7) el desempeño de los proveedores externos, 8) la consulta y participación de los trabajadores; d) la adecuación de los recursos; e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades f) las oportunidades de mejora,.

De igual forma, se identificaron las salidas de revisión por la dirección: a) las oportunidades de mejora; b) cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad- SST; c) las necesidades de recursos, d) las oportunidades de mejorar la integración del sistema de gestión adoptados por la entidad (Ver Anexo 26. Acta de revisión por la dirección - DPE-F-02-V2).

9.4.5 Directrices para la mejora continua. Producto de la revisión por la dirección se identificaron oportunidades de mejora, necesidades de cambio en el sistema de gestión, y necesidad de recursos. Las oportunidades de mejora que se muestran en la tabla 10 fueron documentadas en un en un solo plan de acción (Ver Anexo 27 Acción de mejora – revisión por la dirección).

Tabla 11. Las oportunidades de mejora

Item	Oportunidad de mejora	Responsable
1	Fortalecer la gestión de los riesgos institucionales	Desarrollo y planificación estratégica Gestión de Control Interno
2	Establecer el método para la identificación de las partes interesadas	Sistema integrado de gestión
3	Fortalecer los indicadores de gestión, su medición y análisis de resultados	Sistema integrado de gestión
4	Determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad.	Sistema integrado de gestión
5	Conformar equipo de delegados ante el Sistema Integrado de Gestión	Sistema integrado de gestión
6	Seguimiento a la implementación del PETI	Sistema integrado de gestión Gestión de TIC Control Interno

Tabla 11. (Continuación)

Item	Oportunidad de mejora	Responsable
7	Fortalecer la gestión e integración de los diferentes sistemas de gestión adoptados por la entidad	Sistema integrado de gestión
8	Validación de matrices de riesgos y peligros, y planes de emergencia	Gestión de Talento Humano SG-SST
9	Realizar actividades de toma de conciencia para la implementación del SIG	Sistema integrado de gestión

Fuente: elaboración propia.

De igual manera se identificó la necesidad de cambio en el sistema de gestión, lo que refiere la preparación para el proceso de empalme – (Diseño de información documentada) y procesos de inducción y reinducción a nuevos líderes de procesos y sus equipos de trabajo. Para que el sistema siga en operación se identificó la necesidad de designación de recursos para actividades críticas para la ejecución de: Auditoría externa de certificación sistema de gestión de calidad, mantener y mejorar continuamente el sistema de gestión de la calidad, que permitirá mejorar en los diferentes procesos, enfatizando en los procesos de cara al ciudadano y proceso de Gestión documental, intervención de archivo.

9.4.6 Aprendizaje consolidado, conocimiento. La entidad realiza inducción y reinducción debido a la alta rotación de personal, la información documentada se socializa de acuerdo con las funciones y se generan las evaluaciones correspondientes, el registro reposa en el proceso de gestión de talento humano. La información documentada del Sistema integrado de gestión se encuentra disponible en la página www.turismometa.gov.co, el control que mantiene la información documentada con versión y fecha de vigencia es el registro del Listado Maestro de Documentos SIG-F-05-V2 (Ver Anexo 28).

9.4.7 Formación a todos los involucrados. El plan institucional de capacitación PIC, se reprograma según acta del comité de desempeño institucional. Las actividades se reprogramaron por la terminación de los contratos de prestación de servicios del personal del área misional, las actividades de formación en curso Brigadas de emergencia, Estilos de vida saludable, Riesgos, Indicadores, Salidas no conformes, entre otras. Para el seguimiento a las actividades propuestas se documentó la Matriz de Programación y Seguimiento Institucional SIG-MT-06-V1 en el cual se realiza seguimiento al PIC (Ver Anexo 29. Plan institucional de capacitaciones).

9.4.8 Construir conciencia. Las actividades desarrolladas para la toma de conciencia han sido una estrategia efectiva para promover la sensibilización sobre la importancia de las auditorías internas y el proceso de mejora continua. Para esto se creó una campaña con imágenes y guías, divulgando Tips para auditorías; estas campañas se realizaron por los grupos de WhatsApp y carteleros institucionales (Anexo 18).

10. CONCLUSIONES

Desde el inicio del plan de intervención y de acuerdo con los resultados del diagnóstico se concluyó que los sistemas de gestión de calidad y seguridad y salud en el trabajo estaban documentados, pero con baja implementación. Esto es consecuente con la alta rotación de personal y la dinámica de la gestión en el sector público.

El compromiso y liderazgo de la alta dirección, la destinación de recursos, el mejoramiento de la infraestructura, mejoró el ambiente para el desarrollo de los procesos, y se fomentó un entorno propicio para el cambio en la entidad y la creación de cultura organizacional.

La consulta y la participación del personal de planta, fue decisivo para la implementación del plan propuesto. Las mesas de trabajo, las socializaciones, los ajustes en los requerimientos para la contratación del personal en el área misional, la elaboración y/o actualización de la información documentada y la sensibilización de los supervisores en la importancia y beneficios de la implementación del Sistema Integrado de Gestión, permitió que se tuvieran mejora en los resultados de desempeño en los procesos.

La entidad ejecutaba sus metas sin trazabilidad de la gestión, el registro de la información documentada ante el Sistema Integrado de Gestión permitió aumentar el cumplimiento de las metas del plan de desarrollo, debido a la trazabilidad del cumplimiento de las actividades de los programas y estrategias, y la disponibilidad de la información en los procesos que la producen.

El seguimiento y medición permitió tomar acciones para mejorar el recaudo de la estampilla Proturismo, el mayor ingreso del Instituto. Las actividades de promoción del sector turístico se empezaron a medir para evaluar la efectividad de las campañas y tomar acciones a partir de los resultados.

Se fortalecieron las instancias interinstitucionales de Planificación del Sector Turístico, el desarrollo, promoción y posicionamiento del sector y la gestión del talento humano, producto de las acciones correctivas y de mejora documentadas a partir de las auditorías integradas realizadas.

El sistema de seguridad y salud en el trabajo actualizó las Matrices de riesgos, planes de emergencias, y reformuló el plan anual de trabajo ajustado y focalizado a las necesidades reales del talento humano, sin embargo, este sistema de gestión solo hasta el mes de junio

definió de manera clara roles y responsabilidades, como también está en proceso la compra de algunos elementos, lo que generó retrasos en la implementación y operación de este.

De esta manera la integración de los sistemas de gestión se cumplió, la información documentada transversal a los dos sistemas se diseñó e implementó, el sistema de gestión de calidad implementó en mayor proporción al de seguridad y salud en el trabajo, pero estos dos sistemas fortalecieron el desempeño de la entidad, además, de contribuir al cumplimiento de requisitos legales en la misión de la organización.

11. RECOMENDACIONES

Realizar seguimiento y cierre a las acciones correctivas y de mejora documentadas generadas en la auditoría integrada realizada.

Dar continuidad a los controles determinados en la matriz de riesgos institucionales y realizar seguimiento de acuerdo con las líneas de defensa establecidas en cada proceso.

Documentar los cambios que afecten la operación del Sistema Integrado de Gestión y realizar seguimiento a las actividades de intervención.

Asignar roles y responsabilidades específicas al personal que hace parte de cada proceso, con el fin de realizar capacitaciones y sensibilizaciones para el uso adecuado de la información documentada que se encuentra registrada en el Sistema Integrado de Gestión.

Se recomienda mantener y conformar integralmente los archivos de gestión, teniendo en cuenta que la Administración Pública tiene la responsabilidad constitucional de gestionar, custodiar y preservar la información que reposa en sus archivos, como reflejo de cada una de sus actuaciones en cumplimiento de los fines sociales del estado.

Determinar el método para la ejecución, cobertura, captura, custodia, y análisis de la información de las caracterizaciones de la cadena de valor del sector turístico, para que sirva de insumo en la planificación de acciones para las diferentes rutas turísticas.

La matriz de plan de acción de la política pública es una herramienta diseñada por la Gobernación del Meta, se recomienda establecer un informe con porcentajes de avance de fácil lectura y comprensión que esté disponible y con la información actualizada.

Realizar seguimiento a la implementación del plan anual de Seguridad y Salud en el Trabajo, evaluando la efectividad de las acciones.

Mantener el compromiso de la alta dirección para continuar construyendo cultura organizacional.

Fortalecer la comunicación interna y mantener las actividades de toma de conciencia, y acciones de sensibilización en valores institucionales (Código de integridad).

Dar continuidad a las actividades de evaluación y seguimiento del desempeño de los procesos (Indicadores, encuestas de satisfacción, reuniones de seguimiento, comités técnicos, etc.).

Documentar la mejora continua de acuerdo con los procedimientos diseñados y realizar seguimiento periódico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arango Viana, M. del P. (2008). La calidad en la administración pública colombiana. Revista Centroamericana de Administración Pública, (54-55), 203–208. <https://ojs.icap.ac.cr/index.php/RCAP/article/view/294>
- Ariza Téllez, D, Ruidíaz Arias, N y Sánchez Castañeda, N. (2021). Modelos de gestión en el sector público y su aplicación a gobiernos locales: Una revisión de sus obstáculos y fortalezas. Universidad Santo Tomás. <http://hdl.handle.net/11634/34819>
- Asociación Española de Normalización y Certificación (2005). UNE 66177:2005. Sistemas de Gestión. Guía para la integración de los sistemas de gestión. Madrid: UNE
- Batista Pérez, M y Ruiz Rodríguez, A. (2017). Propuesta de una metodología para la integración del sistema de gestión de calidad, el sistema de gestión ambiental y el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en una entidad pública del orden nacional del sector hacienda [Trabajo de Grado]. Maestría en Calidad y Gestión Integral. Universidad Santo Tomás. <http://repository.usta.edu.co/handle/11634/12097>
- Calso Morales, Pardo Álvarez, (2018). Guía práctica para la integración de sistemas de gestión ISO 9001, ISO 14001 e ISO 45001. Madrid. AENOR.
- Correa Mesa, Y. y Navarro Diaz, L. (2022). Articulación entre la NTC ISO 9001:2015 y la NTC ISO 45001:2018 en la empresa Avocado Innovación. [Trabajo de grado]. Maestría en Calidad y Gestión Integral. Universidad Santo Tomás. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/42541>
- Cruz Amézquita, C, Sarmiento Melo, L y Sáenz Gómez, J. (2018). Metodología para la integración de la gestión en las entidades públicas colombianas a partir de los modelos sg-sst decreto 1072 de 2015, ntc-iso 14001:2015, ntc-iso 9001:2015, meci:2014 y mipg:2012. [Trabajo de grado]. Maestría en Calidad y Gestión Integral. Universidad Santo Tomás. <http://repository.usta.edu.co/handle/11634/12072>

De la Ossa (2021). Metagestión y factores clave en la integración de los sistemas de gestión. [Trabajo de grado]. Maestría en Calidad y Gestión Integral. Universidad Santo Tomás Bogotá DC. (Trabajo no disponible en repositorio).

Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). (2021). Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 4.

Departamento Administrativo de la Función Pública. (26 de mayo de 2015). Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública (Decreto 1083 de 2015). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=62866>

International Organization for Standardization, (2022) ISO Survey of certifications to management system standards - Full results. <https://www.iso.org/committee/54998.html?t=KomURwikWDLiuB1P1c7SjLMLEAgXOA7emZHKGWyn8f3KQUTU3m287NxnPA3Dluxm&view=documents#section-isodocuments-top>

Instituto Colombiano de Normas Técnicas-Icontec. (2015a). NTC-ISO 9000:2015. Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario. <https://ecollectionicontec-org.crai-ustadigital.usantotomas.edu.co/normavw.aspx?ID=6496>

Instituto Colombiano de Normas Técnicas-Icontec. (2015b). NTC-ISO 9001:2015. Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos. <https://ecollection-icontec-org.crai-ustadigital.usantotomas.edu.co/normavw.aspx?ID=6352>

Instituto Colombiano de Normas Técnicas-Icontec. (2018). NTC-ISO 45001:2015. Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos. <https://ecollectionicontec-org.crai-ustadigital.usantotomas.edu.co/normavw.aspx?ID=6496>

Ministerio del trabajo. (26 de mayo de 2015). Decreto 1072 de 2015. Capítulo 6. Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/DUR+1072+Sector+Trabajo+Actualizado+a+Diciembre+20+de+2021.pdf/f1f86400-2b37-0582-5557-87a5d3ea8227?t=1640204850717>

- Peña, Pérez, Bautista y Angarita (2020). Propuesta de Modelo de integración de sistemas en Pymes (Presentación inédita de resultado de proyecto FODEIN 2020). Maestría en Calidad y Gestión Integral. Universidad Santo Tomas.
- Peralta Cruz, D y Guataquí Cervera, S. (2017). Metodología de integración del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo en el sistema de gestión de calidad en las entidades públicas colombianas de orden nacional. Universidad Santo Tomás. <http://repository.usta.edu.co/handle/11634/12069>
- Sánchez Contreras, G. (2019). Efectos de la rotación de los servidores público en el sistema de gestión de calidad de las entidades públicas de la rama ejecutiva certificadas con ICONTEC. <http://dx.doi.org/10.15332/tg.mae.2019.00794>
- Vargas, M. y Aldana, L. (2011). Calidad y servicio. Conceptos y herramientas (2.a ed.). Bogotá: Universidad de La Sabana y ECOE Ediciones.
- Segura Barrantes, J. (2022). Guía metodológica para la articulación de las NORMAS ISO 9001:2015, ISO 45001:2018 e ISO 27001:2013 a partir del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) en Colombia. Universidad Santo Tomás. <http://hdl.handle.net/11634/45584>
- Zamolla Rosero, (2019). Calidad en el sector turístico: marco normativo y planificación. Universidad de Málaga. España. <http://www.pasosonline.org/Publicados/1203/PASOS02.pdf>