17 DE ENERO DE 2014

Aprobó elaboración o modificación	**Revisión técnica**
Firma:	Firma:
Nombre: Luz Inés Rodríguez Mendoza	Nombre: Juan Pablo Contreras Lizarazo
Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Cargo: Diretor Técnico de Planeación

OBSOLETO

1. OBJETIVO

Establecer las actividades para elaborar, actualizar y realizar seguimiento a los planes de mejoramiento con el fin de determinar las acciones preventivas, correctivas y de mejora de conformidad con los hallazgos o No conformidades identificados por los diferentes métodos de verificación y evaluación, instancias de evaluación, seguimiento, control y/o autocontrol.

2. ALCANCE

El procedimiento inicia con la identificación por parte de los Responsables de Procesos, de los hallazgos, observaciones u oportunidades de mejora, originadas en las diferentes fuentes de mejoramiento y finaliza con la presentación por parte de la Oficina de Control Interno del consolidado de los resultados del seguimiento al Plan de Mejoramiento en el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, para tomar acciones si hay lugar a ello.

3. BASE LEGAL

(VER NORMOGRAMA)

4. DEFINICIONES

- **Acción Correctiva.** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la (s) causa (s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

  Nota 1. Puede haber más de una causa para una no conformidad.

  Nota 2. La acción correctiva se toma para evitar que una no conformidad o situación vuelva a producirse, mientras que la acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda.

  Nota 3. Existe diferencia entre corrección y acción correctiva, en el sentido que la primera elimina la no conformidad, mientras la segunda elimina la causa.

- **Acción Eficaz.** Acción correctiva o preventiva que mediante evidencia objetiva demuestra que se eliminaron las causas de las no conformidades o hallazgos.

OBSOLETO

- **Acción de Mejora.** Conjunto de acciones tomadas para aumentar la capacidad del Sistema, respecto de su eficacia, eficiencia o efectividad

- **Acción Preventiva.** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la (s) causa (s) de una no conformidad potencial u otra situación eventual indeseable.

  Nota 1. Puede haber más de una causa para una no conformidad potencial.

  Nota 2. La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda, mientras que la acción correctiva se toma para prevenir que vuelva a producirse.

  Nota. En esta clase de Auditoría el auditor debe determinar si las acciones son eficaces o no (Ver definición "acción eficaz").

- **Auditoría Especial.** Auditoría eventual no contemplada dentro del Programa Anual de Evaluaciones Independientes, la cual se efectúa por solicitud de la alta dirección, se desarrolla a través de las actividades propias del ciclo de Auditoría (planeación, ejecución e informe), seguimiento y verificación de acciones.

- **Conformidad.** Cumplimiento de un requisito.

- **Corrección.** Acción inmediata tomada para eliminar una no conformidad detectada.

- **Efectividad.** Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

  Nota. La medición de la efectividad se denomina en la Ley 872 de 2003 como una medición del impacto.

- **Eficacia.** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

  Nota. La medición de la eficacia se denomina en la Ley 872 de 2003 como una medición de resultado.

- **Eficiencia.** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

- **Ejecutor.** Nombre del cargo de quien debe realizar la actividad.

- **Gestores de Proceso.** Grupo multidisciplinario de funcionarios, representativo de la Oficina Control Interno que participa en la gestión del proceso, analiza, identifica las situaciones objeto de análisis (hallazgos y no conformidades) y propone las acciones requeridas para el manejo de las mismas. En el equipo de gestores de proceso deben participar los jefes y funcionarios de las dependencias que integran los procesos.

- **Informe de Auditoría.** Documento mediante el cual se presenta el resultado de la Auditoría, dirigido a la alta dirección y al responsable del proceso auditado.

OBSOLETO

- **Mejora Continua.** Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

  Nota. El proceso mediante el cual se establecen objetivos y se identifican oportunidades para la mejora es un proceso continuo a través del uso de los hallazgos de la auditoría, las conclusiones de la auditoría, el análisis de los datos, la revisión por la dirección u otros medios y generalmente conduce a la acción correctiva y preventiva.

- **No Conformidad.** Incumplimiento de un requisito. Resultado de una Auditoría de Calidad.

- **No conformidad Potencial.** Situación que no implica incumplimiento de un requisito, pero que debe ser tenida en cuenta para realizar mejoras en el producto, proceso y sistema de gestión, o para mitigar situaciones de riesgo o eliminar no conformidades potenciales. Resultado de una Auditoría de Calidad.

- **Observación.** Situación que no implica el incumplimiento de un requisito, pero se debe tener en cuenta para mejorar el proceso, producto y Sistema Integrado de Gestión.

- **Plan de Mejoramiento.** Plan de acción en el que se identifica (n) de forma precisa la (s) acción (es) seleccionadas para corregir el incumplimiento de los requisitos.

- **Proceso.** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

  Nota 1. Los elementos de entrada para un proceso constituyen generalmente salidas de otros procesos.

  Nota 2. Los procesos de una entidad son, generalmente planificados y puestos en práctica bajo condiciones controladas, para generar valor.

- **Responsable.** Encargado de adelantar las acciones o actividades propuestas o planeadas en el Plan de Mejoramiento y/o de Manejo de Riesgos.

- **Responsable de Proceso.** Funcionario encargado de garantizar el cumplimiento de los procedimientos y actividades del proceso a su cargo. Su designación está definida en el Manual del Sistema Integrado de Gestión.

- **Riesgo.** Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

- **Seguimiento.** Acción regular y sistemática que identifica aciertos o fallas en la ejecución de las acciones programadas.

- **Verificación.** Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados o la eficacia de las acciones implementadas.

OBSOLETO

5. ANEXOS

Anexo 1. Plan de Mejoramiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Formulación y Seguimiento de Acciones

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
1	CONTRALOR CONTRALOR AUXILIAR DIRECTOR TÉCNICO JEFE DE OFICINA (RESPONSABLE DE PROCESO) FUNCIONARIO	Identifica los hallazgos, no conformidades y/o no conformidades potenciales, observaciones u oportunidades de mejora, los cuales pueden ser originados por las siguientes fuentes de mejoramiento: 1. Autoevaluación 2. Auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno. 3. No Conformidades y/o No Conformidades Potenciales (Auditoría del Sistema Integrado de Gestión). 4. Auditoría Externa entes certificadores. 5. Peticiones, Quejas y Reclamos 6. Auditoría Fiscal. 7. Producto No Conforme 8. Riesgos. 8.1. Antijurídico 8.2. Corrupción 8.3. Anti trámites 8.4. Estratégico 8.5. Otros Riesgos 9. Resultados de Indicadores 10. Resultados de Encuestas 11. Revisión por la Dirección 12. Otros.		**Observación:** Para el Origen 8 (Riesgo), tener en cuenta la clasificación que se determina en el instructivo para diligenciar el Anexo 1 - Anexo 1 - Plan de Mejoramiento (Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora). .

OBSOLETO

2	CONTRALOR AUXILIAR DIRECTOR TÉCNICO JEFE DE OFICINA (RESPONSABLE DE PROCESO) PROFESIONAL	Realiza la clasificación de los hallazgos, no conformidades y/o no conformidades potenciales, observaciones u oportunidades de mejora según el origen descrito en el numeral anterior.		
3	CONTRALOR AUXILIAR DIRECTOR TÉCNICO JEFE DE OFICINA (RESPONSABLE DE PROCESO) PROFESIONAL	Analiza las posibles causas y/o la causa raíz de acuerdo con una de las tres metodologías: Porqué? Porqué? Porqué?, Espina de Pescado o Lluvia de Ideas y realiza el diligenciamiento de la matriz. El análisis de causa lo debe realizar el equipo de gestores del proceso y estar soportado mediante acta de reunión.	Acta de Equipo de Gestores del Proceso	**Observación:** El análisis de causa es fundamental para proponer la acción que elimina el hallazgo o No Conformidad y la No Conformidad Potencial o Riesgo. Para la formulación de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora se debe tener en cuenta el **"Instructivo Aspectos generales formulación de acciones correctivas y preventivas y verificación de la eficacia**".
4	CONTRALOR AUXILIAR DIRECTOR TÉCNICO JEFE DE OFICINA (RESPONSABLE DE PROCESO) PROFESIONAL	Identifica las acciones correctivas, preventivas o de mejora y registra las acciones y demás información complementaria requerida en el Anexo 1 - Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. El plazo programado de ejecución debe ser máximo de seis meses y con debida justificación, hasta un año.		**Punto de control:** Verifica que las acciones eliminen la (s) causa (s) identificada (s). **Observaciones:** En el caso que se determinen hallazgos similares para varias dependencias que hacen parte del mismo proceso y/o de varios orígenes, el equipo de trabajo debe unificar las acciones que permitan subsanar el hallazgo. Para hallazgos cuyo tratamiento correspondan a más de un proceso, se

OBSOLETO

				deberán reunir los equipos de gestores de procesos involucrados para analizar y tomar las decisiones correspondientes.
5	RESPONSABLE DE PROCESO	Establece la necesidad de reformular causas, acciones o fecha de terminación programada y remite la solicitud debidamente sustentada a la Oficina de Control Interno, instancia que resuelve lo atinente a los orígenes 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11 y 12. Así mismo, tramitará las solicitudes de orígenes 4 y 6 ante el Ente Externo correspondiente. La solicitud debe efectuarse por lo menos con un (1) mes de anticipación al vencimiento de las acciones. No procede solicitud de plazo para acciones vencidas.	Comunicación Oficial Interna (Memorando de solicitud).	
6	OFICINA DE CONTROL INTERNO.	Aprueba o desaprueba las solicitudes para la reformulación de causas, acciones o fecha de terminación programada en lo de su competencia e informa los resultados del trámite ante el Ente de Control.	Comunicación oficial Interna.	**Observación:** El Comité de Conciliación es el responsable de tomar decisiones frente a las acciones preventivas de origen 8.1.
7	CONTRALOR AUXILIAR DIRECTOR TÉCNICO JEFE DE OFICINA (RESPONSABLE DE PROCESO)	Remite los planes en medio magnético e impreso a la Oficina de Control Interno, dentro de los términos establecidos por el ente de control que vigila a la Contraloría de Bogotá. En el caso de los informes de la Oficina de Control Interno y/o Auditorías Internas al Sistema Integrado de Gestión-SIG, dentro de los términos establecidos mediante circular vigente de reporte de información.	Anexo 1-Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.	**Punto de Control:** La OCI analiza la consistencia del Plan, constatando que se hayan incluido todos los hallazgos resultantes de los informes de auditorías internas y externas, que todas las columnas estén diligenciadas correctamente, así como el cumplimiento de las acciones debidamente soportado y que el plazo de ejecución de las acciones no supere un año. En el evento que se requiera ajuste al Plan (debe ser la excepción),

OBSOLETO

				se solicita a las dependencias el ajuste correspondiente.
8	CONTRALOR AUXILIAR DIRECTOR TÉCNICO JEFE DE OFICINA (RESPONSABLE DE PROCESO) PROFESIONAL	Ejecuta las acciones planteadas anexo 1 - Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.		**Punto de Control:** Verifica que las acciones se ejecuten dentro de los términos previstos.
9	CONTRALOR AUXILIAR DIRECTOR TÉCNICO JEFE DE OFICINA (RESPONSABLE DE PROCESO) PROFESIONAL	Realiza seguimiento trimestral del cumplimiento del Anexo 1 – Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora del Proceso y lo remite a la Oficina de Control Interno, dentro de los plazos establecidos mediante circular.	Anexo 1-Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.	**Observación:** En este reporte trimestral se incorporan los hallazgos, No Conformidades y/o No Conformidades Potenciales, observaciones u oportunidades de mejora, resultantes de otras fuentes de mejora diferentes a Informes de Auditoría que tienen sus propios plazos establecidos, así como los riesgos incluidos en los mapas de riesgos institucional y de corrupción.
10	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	Designa los auditores de la Oficina de Control Interno para que efectúen la verificación al Anexo 1 - Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.	.	**Observación:** Remite comunicación oficial interna a los Responsables de Procesos, informando sobre el funcionario asignado para adelantar la actividad de verificación.
11	PROFESIONAL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	Realiza verificación trimestral a las acciones implementadas y registra el estado de avance en la columna de "Descripción de la verificación" del Anexo 1 - Plan de Mejoramiento -		**Punto de control** Verifica la inclusión de los hallazgos, No Conformidades y No Conformidades

OBSOLETO

		Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.		Potenciales, observaciones u oportunidades de mejora resultantes de los informes de Auditorías internas, externas, Informes de Gestión, entre otros. Verifica que el cumplimiento de las acciones esté soportado en los documentos que evidencien su ejecución y que se hayan realizado dentro de los términos establecidos. Verifica que se estén adoptando las medidas necesarias para evitar la materialización de los riesgos.
12	PROFESIONAL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	Elabora el consolidado de los resultados de la verificación del estado de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento por procesos. Presenta para revisión y aprobación al Jefe de la Oficina de Control Interno, la comunicación interna resultado del seguimiento semestral. Los resultados de la verificación a las acciones formuladas para la mitigación de los riesgos de los diferentes orígenes servirán como insumo para realización de la evaluación a los mapas de riesgos institucional y de corrupción, así como el seguimiento correspondiente al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del plan anticorrupción y de atención al ciudadano consolidado por la Dirección de Planeación, presentando un informe semestral.		**Observaciones:** La comunicación interna resultado de la verificación trimestral, incluye: las principales conclusiones de la auditoría, las acciones no eficaces, el diligenciamiento incompleto del anexo 1 y las situaciones evidenciadas en desarrollo de la verificación. Especifica si se están cumpliendo las acciones necesarias para la no presentación de los riesgos. La Oficina de Control Interno publicará en la página Web las actividades realizadas sobre el seguimiento plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

OBSOLETO

13	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	Remite el resultado del seguimiento a los Responsables de procesos. Envía en copia magnética a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para la publicación en la Intranet.	Comunicación Oficial Interna Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora por Proceso.	**Observación:** La Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones mantendrá en la Intranet y página Web las versiones actualizadas de las verificaciones trimestrales de cada uno de los procesos.
14	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO Y PROFESIONAL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	Elabora el Consolidado Institucional de los resultados de la verificación del estado de las acciones implementadas y lo remite en copia magnética a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para su publicación en la Intranet.	Consolidado Institucional Anexo 1 - Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y Preventivas.	**Observación:** Actividad semestral – enero y julio. La Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones mantendrá en la Intranet y página Web la versión actualizada del Plan de Mejoramiento consolidado Institucional.
15	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO. PROFESIONAL ESPECIALIZADO Y/O UNIVERSITARIO. (OFICINA DE CONTROL INTERNO)	Consolida los Planes de Mejoramiento del ente de control, tomando como insumo la información suministrada resultante del seguimiento de los procesos y los remite al Ente de Control, dentro de los términos establecidos por éste.		**Observación:** Para el caso de los hallazgos de origen 4 (Entidad Certificadora del Sistema Integrado de Gestión) y 6 (Auditoría Fiscal) del Anexo 1, cuyo cierre es sugerido por la OCI, se mantendrán abiertos hasta el pronunciamiento del ente de control y por tanto, no proceden verificaciones adicionales.
16	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO. PROFESIONAL ESPECIALIZADO Y/O UNIVERSITARIO. (OFICINA DE CONTROL INTERNO)	Elabora Informe semestral del Riesgo Antijurídico y lo remite a la Oficina Asesora Jurídico-Comité de Conciliación.	Informe Riesgo Antijurídico.	
17	JEFE OFICINA	Presenta el consolidado de los	Acta de Comité	

OBSOLETO

	DE CONTROL INTERNO	resultados de la verificación de los planes de mejoramiento por procesos al Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno para la toma de las acciones en caso de haber lugar a ello.	de Coordinación del Sistema de Control Interno.	

OBSOLETO

ANEXO 1
PLAN DE MEJORAMIENTO (ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA)

PROCESO:
RESPONSABLE (S) DEL (LOS) PROCESO (S):

FECHA DE CORTE PARA VERIFICACIÓN

NO. (1)	ORIGEN (2)	FECHA DEL HALLAZGO, NC, NCP, R,, OM /3)	TIPO DE ACCIÓN (Correctiva o preventiva o de mejora) (4)	(INFORME ORIGEN (5)	CAPITULO (6)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O NO CONFORMIDAD, RIESGO O NO CONFORMIDAD POTENCIAL U OPORTUNIDAD DE MEJORA (7)	ANÁLISIS DE CAUSA (8)	ACCIONES (9)	INDICADOR (10)	METAS CUANTIFICABLES (Para hallazgos y NC) (11)	ÁREAS Y RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO (12)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN (13)	RECURSOS (14)	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (15)		RESULTADO INDICADOR (16)	GRADO DE AVANCE FÍSICO EJECUCIÓN DE LAS METAS (SEGUIMIENTO DEL PROCESO) (17)	SEGUIMIENTO DEL PROCESO (18)	VERIFICACIÓN DE ACCIONES (OCI) (19)	ESTADO DEL HALLAZGO A – C - M (20)	EQUIPO AUDITOR Y FECHA DE VERIFICACIÓN (21)
														FECHA INICIAL	FECHA FINAL						

Actualizado por: (Nombre y cargo) _____

_____ (Firma) _____
RESPONSABLE DEL PROCESO

Fecha: dd/mm/aa)

OBSOLETO

INSTRUCTIVO 1
DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO 1 -PLAN DE MEJORAMIENTO - ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

PROCESO: nombre del proceso al cual corresponde la situación observada.

RESPONSABLE DEL PROCESO: nombre y cargo del funcionario responsable del proceso.

(1) No.: registre el número consecutivo del hallazgo, No Conformidad-NC, No Conformidad Potencial-NCP y/o riesgo de cada informe, de manera que se pueda establecer la cantidad total de los mismos por proceso y consolidado institucional.

(2) ORIGEN: consigne la procedencia del hallazgo, No Conformidad, No Conformidad potencial o riesgo, la cual puede surgir del análisis propio de cada proceso, Auditoría interna, Auditoría Externa y otros que pueda identificar, utilizando los números del 1 al 12 de acuerdo con las siguientes convenciones:

1. Autoevaluación
2. Auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno.
3. No Conformidades y/o No Conformidades Potenciales (Auditoría del Sistema Integrado de Gestión).
4. Auditoría Externa entes certificadores.
5. Peticiones, Quejas y Reclamos
6. Auditoría Fiscal.
7. Producto No Conforme
8. Riesgos.
   - 8.1. Antijurídico
   - 8.2. Corrupción
   - 8.3. Anti trámites
   - 8.4. Estratégico
   - 8.5. Otros Riesgos
9. Resultados de Indicadores
10. Resultados de Encuestas
11. Revisión por la Dirección
12. Otros.

Los riesgos que se incluyen en el Mapa de Riesgos son aquellos que afecten el cumplimiento del objetivo institucional, de los objetivos de los procesos y/o la satisfacción del cliente: antijurídicos, antitrámites, anticorrupción y estratégicos. Los que no afectan el cumplimiento del objetivo institucional, los objetivos de los procesos y la satisfacción del cliente se incluyen en el Anexo 1, Plan de Mejoramiento-Acciones Correctivas, preventivas y de mejora.

(3) FECHA DEL HALLAZGO O NO CONFORMIDAD, RIESGO O NO CONFORMIDAD POTENCIAL, OPORTUNIDAD DE MEJORA: fecha del informe final de la Auditoría Entes de Control, Auditoría Externa al Sistema Integrado de Gestión-AISIG; Oficina de Control Interno-OCI; Autoevaluación, identificación de los riesgos, etc. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).

(4) TIPO DE ACCIÓN: Registre correctiva, preventiva o de mejora, según el tipo de acción.
Correctivas: Hallazgos y No Conformidades.
Preventivas: Riesgos y las No Conformidades Potenciales.

OBSOLETO

Mejora: Autoevaluación.

(5) INFORME ORIGEN: nombre del informe de auditoría o periodo de la Autoevaluación. Ejemplo: Auditoría Especial de seguimiento al Plan de Mejoramiento, Auditoría Regular vigencia xxxx, informe de Austeridad en el Gasto, Autoevaluación semestre xx de xxx, etc.

(6) CAPÍTULO: Registre el numeral, título o página del informe donde se encuentre incluido el Hallazgo.

Ejemplo: 2.2.2 Gestión contractual – Deficiencias en los informes de supervisión, 3.2.1 Plan de Mejoramiento – Acciones incumplidas, 4.5.2 Gestión contractual – Inadecuada ejecución del plan de Compras.

(7) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO DE AUDITORÍA, NO CONFORMIDAD, NO CONFORMIDAD POTENCIAL O RIESGO, ACCIÓN DE MEJORA: Defina la situación evidenciada del hallazgo / No Conformidad /No Conformidad Potencial o Riesgo y acción de mejora.

(8) ANÁLISIS DE CAUSA: registre el análisis realizado en equipo de gestores de procesos para determinar la razón de ocurrencia del hallazgo, no conformidad y/o riesgo.

(9) ACCIONES: registre las acciones para eliminar la No conformidad o hallazgo, No conformidad Potencial o Riesgo. Es importante señalar que para un hallazgo se puede implementar más de una acción.

(10) INDICADOR: determine indicadores que permitan reflejar el cumplimiento de acciones establecidas. Registre la fórmula (numerador y denominador).

(11) METAS CUANTIFICABLES: es la expresión cuantitativa, concreta, medible, realizable y verificable que se espera alcanzar. Aplica para hallazgos y NC.

(12) ÁREA Y RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO DE LA (S) ACCION (ES): registre el área o dependencia responsable a la cual le corresponde ejecutar la acción determinada.

(13) RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO DE LA (S) ACCION (ES): e Indique el nombre y cargo de la persona que debe cumplir con la realización de la(s) acción (es) correctiva (s).

(14) RECURSOS: Señale solamente los recursos adicionales que requiere la ejecución de la acción.

(15) CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN: periodo durante el cual se determina la ejecución de la acción. Está compuesto por:

- Fecha Inicial: Fecha prevista a partir de la cual se iniciará la ejecución de las acciones. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).
- Fecha Final: Fecha prevista en que se concluirá la ejecución de las acciones. Registre la fecha en formato (dd/mm/aa).

(16) RESULTADOS DEL INDICADOR: determine el resultado del indicador a la fecha de corte del seguimiento.

OBSOLETO

(17) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS: Indique en valores porcentuales, el progreso de la ejecución de la meta establecida, frente al avance de las acciones.

(18) SEGUIMIENTO DEL PROCESO: espacio diligenciado por los responsables del proceso, donde se consigna el resultado del seguimiento efectuado a las acciones implementadas y la descripción del documento que soporta su ejecución.

(19) VERIFICACIÓN DE ACCIONES: espacio diligenciado por la OCI, a partir de la verificación efectuada por los auditores internos de calidad o de control interno, donde se consigna en forma clara y precisa la eficacia de las acciones implementadas.
Nota: se debe tener cuidado en la cuantificación del número de hallazgos / No Conformidades /No Conformidades Potenciales, Riesgos y/o Acciones de Mejora, para no contabilizar el número de acciones como si se tratara de hallazgos.

(20) ESTADO DEL HALLAZGO: Determine el estado del hallazgo, de acuerdo con la verificación efectuada a la eficacia de las acciones implementadas así:

Hallazgos y No Conformidades:
Utilice las letras A, C y A*,
A: Abierto
C: Cerrado,
A*: Solicitud y/o reiteración de solicitud de cierre- Se utiliza en los casos en que la Oficina de Control Interno sugiere el cierre de los hallazgos formulados por los entes de control Externos y (Auditoría Externa de Calidad).

No Conformidad Potencial o Riesgo:
Utilice las letras A y M.
A: Abierto
M: Mitigado.

(21) EQUIPO AUDITOR Y FECHA: Registre el nombre de los funcionarios que realizaron la verificación de las acciones implementadas, así como la fecha de verificación.

Nota: Para el diligenciamiento de los formatos, es importante no combinar celdas, ya que esto impide el procesamiento de la información. Si se implementaron varias acciones, debe utilizarse una fila para cada una de ellas.

OBSOLETO

INSTRUCTIVO 2

ASPECTOS GENERALES FORMULACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS Y VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA

(1) FORMULACIÓN DE ACCIONES: Definición de "Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora", son las acciones implementadas para eliminar la causa de un Hallazgo, una No conformidad, una no conformidad potencial o una situación indeseable (riesgo), respectivamente o una oportunidad de mejora. La acción correctiva o preventiva no puede ser formulada sin antes identificar las causas que la generaron o la presencia de un riesgo inminente.

(2) IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS: Para la identificación de las causas, el equipo de gestores de proceso, llevará a cabo un análisis minucioso del hallazgo, con el fin de determinar porqué razón (es) se presentó el hallazgo o situación formulada por la auditoría correspondiente, utilizando para ello, la columna 8 (análisis de causa) del Anexo 1 Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, teniendo en cuenta la totalidad de aportes de los integrantes del equipo.

(3) TÉCNICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS: Existen muchos métodos y herramientas disponibles en una organización para determinar la causa de una no conformidad, desde una tormenta de ideas hasta técnicas más complejas de resolución sistemática de problemas (por ejemplo, análisis de causa raíz, diagramas de pescado, "los cinco porqué", diagramas de árbol, etc.). La extensión y eficacia de la acción correctiva depende de la identificación de la verdadera causa raíz.

(4) FORMULACIÓN DE ACCIONES: Para la formulación de acciones, se utiliza la columna 9 (acciones) del Anexo 1 Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, teniendo en cuenta la totalidad de aportes de los integrantes del equipo.

La acción correctiva debe tener un perfil de calidad que responda a las siguientes características:

- Contextualizada: deberá tomar en consideración el momento y la situación en la que se detectó la no conformidad o el hallazgo, así como el conjunto de actores que intervienen en la situación cuya mejora se propone. Ha de ser real, acorde con el momento presente.
- Coherente con la evaluación realizada: deberá estar asociada a las fortalezas y debilidades señaladas, por lo que es conveniente precisar la correspondencia entre los juicios de valor (puntos fuertes y débiles) y por ende que la acción conlleve a la mejora.
- Fundamentada: la calidad y pertinencia de la evidencia aportada no deben dejar lugar a la duda sobre la idoneidad y pertinencia de las acciones consideradas en la misma.
- Viable - factible: es necesario que se analicen los posibles obstáculos en su ejecución. Desde un punto de vista estratégico, las medidas que se han de tomar deben producir los efectos a corto y mediano plazo. Por lo tanto, son formulaciones que miran hacia el futuro y parten de la experiencia pasada.
- Priorizada: prevalece la propuesta más importante para eliminar las causas que originaron las observaciones, consensuada entre el mayor número de personas involucradas, como garantía de compromiso de la ejecución de dicha propuesta.
- Creativa: en ocasiones se trata de aportar nuevas soluciones a viejos y reiterados problemas.Clara: debe ser entendible y concreta sin dar pie a libres interpretaciones.

PROYECTO

- Medible: formulada de manera que su resultado sea observable.

La acción correctiva eficaz debe prevenir que la no conformidad o hallazgo vuelva a ocurrir, eliminando la causa que la generó. Sin embargo, la acción correctiva no debe confundirse con la acción preventiva. La definición de acción preventiva es la acción para eliminar la causa de una no conformidad potencial o una situación indeseable. Se debe destacar que la acción preventiva por la naturaleza de su definición no es aplicable a la no conformidad ya detectada.

Además de las anteriores consideraciones a tener en cuenta, es preciso resaltar que la redacción de una ACCIÓN, debe iniciar con un verbo que determine la acción a ejecutar, redactado preferiblemente en tercera persona del tiempo presente y complementarse con el objeto y la condición, ejemplo:

Las acciones se redactan empezando por un infinitivo verbal:

Analizar, conocer, describir, enumerar, explicar, recordar, relacionar, resumir, aplicar, construir, demostrar, elaborar, experimentar, hacer funcionar, manejar, usar, utilizar, planificar, aceptar, apreciar, comportarse, preferir, respetar, sentir, tolerar, valorar, entre otros.

El complemento de la acción,

VERBO	OBJETO	CONDICIÓN
Realizar	Estudios e investigaciones	Para promover el desarrollo integral del talento humano al servicio de la entidad.

(5) EFICACIA DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS: Cuando una No conformidad / No conformidad Potencial o Riesgo tiende a ser individual en su naturaleza, se pueden utilizar una variedad de métodos o actividades para el cierre y/o mitigación de la misma. Por ejemplo, algunas requerirán una verificación en el sitio (la cual puede requerir visitas posteriores), mientras otras pueden ser cerradas en forma remota revisando evidencia documentada).

Antes de decidir cerrar un Hallazgo o No conformidad / No conformidad Potencial o Riesgo, debe revisarse que la dependencia realizó la acción, el análisis de la causa y los resultados se lograron a través de la acción, siendo necesario asegurar que exista evidencia objetiva (incluyendo documentación soporte) para demostrar que la acción propuesta ha sido totalmente implementada y eficaz para prevenir la recurrencia de la no conformidad o hallazgo, por tanto, procede su cierre.

En el evento que, producto del análisis efectuado por la Oficina de Control Interno, se evidencie que las acciones no fueron eficaces, se mantendrá abierto el Hallazgo, No conformidad o No conformidad Potencial o Riesgo y se comunicará al responsable para que realice nuevamente el análisis de causas y el rediseño de la acción, junto con la modificación de fechas, meta e indicador.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	NO. DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE LO ADOPTA Y FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
1.0	R.R. 015 del 13 de marzo de 2003	Cambio de denominación. Se armoniza las acciones correctivas y preventivas del SGC con los instrumentos que se venían manejando en el SCI, Plan de Mejoramiento y Mapa de Riesgos, se reformulan actividades, se modifica el formato de reporte de Acciones Correctivas o Preventivas, se elimina el anexo 1 "Formato de análisis del nivel de impacto". Se establecen anexos: 1 Acciones Correctivas y/o de Corrección – Plan de Mejoramiento; 2 Acciones Preventivas – Plan de Manejo de Riesgos; 3 Acciones de Mejora – Plan de Aumento de Capacidad. Se cambian los registros.
2.0	R.R. 043 del 8 de septiembre de 2003	Cambio de denominación del procedimiento. Se reajusta y actualiza el objetivo, alcance, base legal, definiciones, registros y anexos. Se reformula el ejecutor y las actividades, teniendo en cuenta la eliminación del Consejo de Calidad, el cambio de responsable de proceso. Se establece la responsabilidad del seguimiento en cabeza de cada dependencia. Se modifica el anexo No. 3 "Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas (Acciones de Mejora – Plan de Aumento de Capacidad)", teniendo en cuenta el concepto de mejora continua.

OBSOLETO

VERSIÓN	NO. DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE LO ADOPTA Y FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
3.0	R.R. 024 del 29 de Junio de 2005	El procedimiento se modifica de conformidad con los cambios determinados en el procedimiento para el control de documentos internos del sistema de gestión de la calidad, adoptado mediante Resolución Reglamentaria No. 042 de Noviembre 9 de 2005. En la columna responsable se cambia la denominación de Coordinador GAE por Coordinador Grupo Especial de Investigaciones Forenses.
4.0	R.R. 017 de 2006	Reemplazo del término "Observación" por No Conformidad Potencial. Ajuste de actividades para trabajar por proceso y no por dependencia. Ajuste de actividades con el fin de establecer el manejo del plan de mejoramiento de la Auditoria General de la República y la Auditoria Fiscal ante la Contraloría de Bogotá D.C. Se incluyó el tema del manejo de riesgos, incluyendo su metodología. Se ajustaron los anexos 1, 2 y 3.
5.0	R.R. 022 del 23 de Noviembre de 2007	Se incluyeron las actividades relacionadas con la verificación de acciones que estaban contenidas en el procedimiento de Evaluaciones Independientes. Se determinaron dos puntos de control, así: Uno relacionado con la información reportada por cada responsable de proceso y otro respecto a que lo s resultado del seguimiento 1,2 y 3 son validados y refrendados por el Jefe de la Oficina de Control Interno. Se suprimió la columna de indicadores del anexo 2, reporte de acciones preventivas – Plan Manejo Riesgo. Se ajustó el medio en el cual se remiten los anexos 1,2 y 3 a la Oficina de Control Interno por parte de los Responsables del Proceso.

OBSOLETO

6.0	R.R. 021 del 23 de diciembre de 2008	Se ajusta y actualiza base legal teniendo en cuenta el Acuerdo 361 de enero 6 de 2009 y normas técnicas de calidad. Se actualiza el logo de acuerdo a Resolución Reglamentaria No. 15 de mayo 29 de 2009. Se ajusta el numeral 7.1 Análisis de Información, Actividad 2 en materia de Riesgos donde cada proceso en equipo de análisis debe adelantar de manera periódica la revisión y actualización de sus riesgos como mínimo una vez en el año, dejando el correspondiente registro en Acta. Se ajusta el numeral 7.3 verificación de acciones en el registro de la actividad No. 4, incluyendo la frase "y/o correo medio electrónico". Se discriminan los Puntos de Control y Observaciones en la respectiva columna.

OBSOLETO

7.0	Resolución Reglamentaria 027 de octubre 23 de 2009.	Se elimina el Anexo 3 "Reporte de Mejora Continua" en el entendido que la mejora continua se logra mediante los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección (numeral 8.5.1 de la norma de calidad), en tal sentido, se modifica el nombre del Procedimiento, así: "Procedimiento para la Implementación de Acciones Correctivas y Preventivas". El procedimiento cambia de Versión 7.0 a 8.0, se actualiza el logo institucional y se modifica el inicio del alcance del procedimiento, así: *"El procedimiento inicia con la conformación del equipo de análisis del proceso del SGC, para la formulación de acciones y termina con la presentación en el Comité de Coordinación del SCI de los resultados del seguimiento a los anexos 1 y 2 y del Mapa de Riesgos Institucional"*. Base Legal. Se actualizan las normas NTC ISO 9001: 2008 y GP 1000:2009 y se adiciona el Decreto 4485 de 2009 y normas relacionadas con el daño antijurídico. Definiciones. Se incluyen definiciones relacionadas con el daño antijurídico y mapa de Riesgos. Registros. Se modifican los registros de acuerdo con los ajustes efectuados a las actividades del procedimiento. Descripción del Procedimiento. Se ajustan y complementan las actividades del procedimiento, junto con registros, puntos de control y observaciones. Anexos: • En el anexo 1 se elimina una columna que indica la fecha de ejecución. • En el Anexo 2, se incluye el origen 8 "riesgos antijurídicos". • Se ajusta redacción de los instructivos de los anexos 1 y 2 y se suprime la columna que indica el nombre del responsable. • Se incluye el anexo, "Modelo para la Formulación de Acciones Correctivas y Preventivas y Verificación de la Eficacia". • Se adiciona el Anexos 6 "Modelo para la Elaboración del Mapa de Riesgos Institucional".

OBSOLETO

8.0	Resolución Reglamentaria No. 023 de octubre 05 de 2010.	• El procedimiento cambia de versión 8 a 9. • Se agrega a la actividad 5 la actualización y entrega de los anexos 4 y 5 debidamente diligenciados al Responsable del Proceso. • Se adiciona a la actividad 6 la remisión a la Dirección de Planeación en medio físico y vía Outlook, en últimos cinco (5) días del mes de enero, la evaluación y actualización de los riesgos, con el fin de actualizar el Mapa de Riesgos Institucional, (Anexos 4 y 5)". • Se incluye la actividad 7: "Actualiza el Mapa de Riesgos Institucional, con base en el reporte de actualización de riesgos remitidos por los responsables de procesos, efectuados en el mes de enero de cada vigencia". • En las actividad 2 se elimina la observación. • Se complementa la actividad 1 e instructivos de los anexos 1 y 2 con "Informe de la Revisión por la Dirección e Informe de Gestión por Proceso". • Las demás actividades se corre la numeración.

OBSOLETO

9.0	R.R. 005 de febrero 17 de 2011	El procedimiento cambia de versión 9 a 10. • Cambio de nombre del Procedimiento por: Para Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora • Se modificó el alcance. • Se suprimió la siguiente normatividad: • Constitución Política de Colombia, artículo 90. “El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas”. • Ley 87 de Noviembre 29 de 1993, artículo 4, literales a, b y c, artículo 8 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones".

OBSOLETO

		Ley 872 de 2003, "Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios". • Decreto 1716 de 14 de mayo de 2009, "Por el cual se reglamenta el artículo 13 de la Ley 1285 de 2009, el artículo 75 de la Ley 446 de 1998 y del Capítulo V de la Ley 640 de 2001. • Acuerdo 361 de Enero 6 de 2009, "Por el cual se organiza la Contraloría de Bogotá, D. C., se determinan las funciones por dependencias, se fijan los principios generales inherentes a su organización y funcionamiento y se dictan otras disposiciones". • Acuerdo Distrital 122 de 2004, "Por el cual se adopta en Bogotá D.C., el Sistema de Gestión de la Calidad creado por la Ley 872 de 2003". • Acuerdo 206 de marzo 17 de 2006, "Por medio del cual se ajusta la planta de personal de la Contraloría de Bogotá D.C. al sistema de nomenclatura y clasificación". • Decreto Nacional 4110 de 2004, "Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de la Calidad en la Gestión Pública – NTCGP 1000:2004". Decreto Distrital 387 de 2004, "Por el cual se reglamenta el Acuerdo 122 de 2004 que adopta en Bogotá D.C., El Sistema d Gestión de la Calidad creado por medio de la Ley 872 de 2003". • Resolución 300 de 10 de octubre de 2008, "Por la cual se unifican y actualizan las disposiciones normativas que desarrollan la política de prevención del daño antijurídico y la defensa judicial para Bogotá D.C., artículo 3". • Resolución Reglamentaria 07 de 2012, "Por la cual se reglamenta el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, como órgano rector en Control Interno en la Contraloría de Bogotá, D.C." • Norma NTC - ISO 9000. Sistema de Gestión de la calidad – Fundamentos y Vocabulario. • Se adicionó la siguiente normatividad: • Resolución Reglamentaria N° 016 de junio 27 de 201 2, "Por la cual se reglamenta el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, como órgano rector en Control Interno en la Contraloría de Bogotá, D.C." • Norma ISO 14001:2004 Norma internacional que establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión

OBSOLETO

		• Se incluyeron las fuentes de mejoramiento, tales como: Riesgos de tipo Antijurídico, Anticorrupción, Antitrámites, Estratégicos, Otros Riesgos, Resultados de Encuestas, entre otros. • Se complementó la actividad No. 16, en el sentido de que la solicitud de modificación de acciones y/o términos, debe efectuarse por lo menos con 1 mes de anticipación al vencimiento de las acciones. No procede solicitud de plazo para acciones vencidas. • Se modificó la actividad No. 17: "Aprueba o desaprueba las solicitudes para la reformulación de causas, acciones o fecha de terminación programada en lo de su competencia, e informará los resultados del trámite ante los Entes de Control." • Se adicionó la actividad No. 18 "Presenta el consolidado de los resultados del seguimiento en el plan de mejoramiento por procesos al Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno para tomar las acciones si hay lugar a ello". • Se modificó el formato "Anexo 1 Plan de Mejoramiento (Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, así como su instructivo de diligenciamiento. • En la actividad 8 se incluye el registro Memorando comunicación conformidad Plan de Mejoramiento. • En la actividad 12 se adicionó el cierre de hallazgos formulados por la OCI, en el momento de realización de cualquier seguimiento informando al responsable tanto al proceso y a la Dirección de Informática para su actualización inmediata. • En la actividad 21 se incluyó el registro Mapa de Riesgos Institucional.

OBSOLETO

10.0	R.R. 024 de noviembre 20 de 2012	• El procedimiento cambia de versión 10 a 11. • Cambio de nombre del Procedimiento por: Plan de • Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora • Elaboración de la carátula del procedimiento, de acuerdo con el anexo 2-Estructura para elaborar procedimientos, del "Procedimiento para el control de documentos internos del Sistema Integrado de Gestión – SIG". • Modificación del alcance. • Inclusión de la siguiente normatividad: ➢ Acuerdo No. 519 de diciembre 26 de 2012. ➢ Resolución Reglamentaria No. 020 de mayo 9 de 2013. • Eliminación del ítem "Registros", por encontrarse en la descripción del procedimiento. • Organización de la normatividad por orden jerárquico. • Ampliación de la definición de acción correctiva. • Inclusión de la definición de Gestores de Proceso. • Organización alfabética de las definiciones de responsable y Responsable de Proceso. • Modificación del nombre del registro acta de reunión. • Cambio del nombre del registro en la actividad 3. • Cambio del nombre del verbo en la actividad 4, seguimiento por verificar. • Ampliación de la conceptualización en la actividad 5. • Ampliación de la conceptualización en la actividad 7, así como en el punto de control. • Inclusión en el numeral 7, descripción del hallazgo…, del instructivo 1 para el diligenciamiento del anexo 1 - plan de mejoramiento - acciones correctivas, preventivas y de mejora de: ➢ Concepto acción de mejora. ➢ Inclusión del numeral 8, análisis de causa. • Inclusión dentro del instructivo 2, "Aspectos generales formulación de acciones correctivas y preventivas y verificación de la eficacia", de los ítems relacionados con: formulación de acciones, identificación de las causas, técnicas para la identificación de las causas y eficacia de las acciones correctivas y preventivas. • Cambio del orden de los numerales 9 a 21, en razón de la inclusión del numeral 8. • Modificación de la actividad 10 y su observación, relacionada con la verificación por parte de un auditor no perteneciente al proceso Evaluación y Control. • Modificación en la actividad 11 de la palabra semestral por trimestral.

OBSOLETO

		• Ampliación de la observación de la actividad 12. • Modificación del nombre de la Dirección de Informática por Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en las actividades y observaciones de las actividades 13 y 14, así como ampliación de su conceptualización. • Ampliación de la conceptualización de las actividades 15, 16 y 17, así como la observación de la No. 15. • Inclusión del detalle de los numerales de los riesgos del numeral 2, origen de los riesgos 8.1. a 8.5., del instructivo para el diligenciamiento del anexo 1 - plan de mejoramiento - acciones correctivas, preventivas y de mejora. • Ampliación de la conceptualización del numeral 3, fecha del hallazgo…., del instructivo para el diligenciamiento del anexo 1 - plan de mejoramiento - acciones correctivas, preventivas y de mejora, incluyendo los nombres completos de los entes formuladores de hallazgos. • Inclusión en el numeral 4, tipo de acción, del instructivo para el diligenciamiento del anexo 1 - plan de mejoramiento - acciones correctivas, preventivas y de mejora. • Complementación del numeral 20, estado del hallazgo, del instructivo para el diligenciamiento del anexo 1 - plan de mejoramiento - acciones correctivas, preventivas y de mejora, de la definición de la letra A*, agregando: y/o reiteración de solicitud de cierre. • Complementación del numeral 21, equipo auditor, del instructivo 1 para el diligenciamiento del anexo 1 - plan de mejoramiento - acciones correctivas, preventivas y de mejora, de la definición, agregando: así como la fecha de verificación. • Incorporación de la columna 8, análisis de causa, en la matriz anexo 1 plan de mejoramiento- acciones correctivas, preventivas y de mejora y modificación del orden de numeración de las columnas siguientes y ajuste del instructivo 2, “Aspectos generales formulación de acciones correctivas y preventivas y verificación de la eficacia”. • Incorporación del control de cambios dentro de la estructura del procedimiento.

OBSOLETO

11.0	R.R. 044 de octubre 30 de 2013	• El procedimiento cambia de versión 11 a 12. • Modificación en la actividad 1 de las fuentes de mejoramiento, reemplazando: ➢ El concepto del numeral 5: Auditoría Entes de Control Externos por: Peticiones, Quejas y Reclamos ➢ El concepto del numeral 6: Peticiones, Quejas y Reclamos por: Auditoría Fiscal. ➢ El concepto del numeral 7: Riesgos por: Producto No Conforme. ➢ El concepto del numeral 8: Producto No Conforme por: Riesgos. 8.1. Antijurídico 8.2. Corrupción 8.3. Anti trámites 8.4. Estratégico 8.5. Otros Riesgos • Modificación en la actividad 5, agregando el origen 5, PQR´s en lo relacionado con la resolución de reformulación de acciones o fechas por parte de la Oficina de Control Interno y el trámite de las solicitudes ante los entes de control, cambiando el origen 5, Auditoría Entes de Control Externos, por el origen 6, Auditoría Fiscal. • Modificación en la actividad 7, sustituyendo el término entes de control por ente de control. • Complemento en las actividades 1, 2, 9 y 11 de los conceptos, no conformidades y/o no conformidades potenciales. • Supresión en la actividad 10 del párrafo “En el caso del Proceso de Evaluación y Control, se efectuará una verificación semestral”. • Subdivisión de la columna 15 de la matriz anexo 1 plan de mejoramiento- acciones correctivas, preventivas y de mejora en dos, así: una para el registro de la fecha inicial de ejecución de las acciones y otra para la final. • Complemento de la actividad 12 con el párrafo: Los resultados de la verificación a las acciones formuladas para la mitigación de los riesgos de los diferentes orígenes servirán como insumo para realización de la evaluación a los mapas de riesgos institucional y de corrupción, así como el seguimiento correspondiente al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del plan anticorrupción y de atención al ciudadano consolidado por la Dirección de Planeación, presentando un informe semestral.

OBSOLETO

		• Inclusión en la actividad 12 de la observación: la Oficina de Control Interno publicará en la página Web las actividades realizadas sobre el seguimiento plan anticorrupción y de atención al ciudadano. • Eliminación en la actividad 15 del concepto origen 5, Auditoría General de la República. • Modificación del Instructivo 1, "Diligenciamiento del Anexo 1-Plan de Mejoramiento-Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora", numeral 2, origen, reemplazando las siguientes convenciones: • El concepto del numeral 5: Auditoría Entes de Control Externos por: Peticiones, Quejas y Reclamos • El concepto del numeral 6: Peticiones, Quejas y Reclamos por: Auditoría Fiscal. • El concepto del numeral 7: Riesgos por: Producto No Conforme. • El concepto del numeral 8: Producto No Conforme por: Riesgos. 8.1. Antijurídico 8.2. Corrupción 8.3. Anti trámites 8.4. Estratégico 8.5. Otros Riesgos • Modificación del Instructivo 1, "Diligenciamiento del Anexo 1-Plan de Mejoramiento-Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora", numeral 15, cronograma de ejecución, eliminando el ejemplo.
	R. R. No. 010 de Febrero 24 de 2014	

OBSOLETO