Mayo 28 de 2015

Aprobó elaboración o modificación	**Revisión técnica**
Firma:	Firma:
Nombre: Luz Inés Rodríguez Mendoza	Nombre: Jaime Noy Fonseca
Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Cargo: Director Técnico de Planeación (EF)

OBSOLETO

1. OBJETIVO

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

2. ALCANCE

El procedimiento inicia con la comunicación por parte de la auditoría interna o externa correspondiente del informe final al auditado, señalándole la obligación de inclusión de los hallazgos, no conformidades y acciones de mejora en el Plan de Mejoramiento, dentro de los términos establecidos y finaliza con la presentación a la Alta Dirección del informe consolidado de los resultados de la verificación al Plan de Mejoramiento por parte de la Oficina de Control Interno.

3. BASE LEGAL

TIPO DE NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Decreto 4485	Noviembre 18 de 2009.	"Por medio del cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública"
Decreto 943	Mayo 21 de 2014.	"Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)".
Acuerdo No. 519	Diciembre 26 de 2012.	"Por el cual se dictan normas sobre organización y funcionamiento de la Contraloría de Bogotá, D.C., se modifica su estructura orgánica e interna, se fijan las funciones de sus dependencias, se modifica su planta de personal y se ajustan el sistema de nomenclatura y los grados de la escala salarial de la planta de personal y se dictan otras disposiciones".
Norma NTC-ISO 9001	Noviembre 14 de 2008	"Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad".
Norma NTCGP 1000	Noviembre 18 de 2009.	"Requisitos para la Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios".
NTD SIG 001:2011	Diciembre 28 de 2011	"Norma Técnica Distrital del Sistema Integrado de Gestión para las entidades y organismos distritales".
RR No. 034	Noviembre 5 de 2014.	"Por la cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno-MECI en la Contraloría de Bogotá D.C.
RR No. 039	Noviembre 24 de 2014.	"Manual del Sistema Integrado de Gestión-SIG".

OBSOLETO

TIPO DE NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
RR No. 046	Diciembre 31 de 2014.	"Caracterizaciones de los procesos del Sistema Integrado de Gestión-SIG".
RR 001	Enero 15 de 2015.	"Por la cual se reglamentan los Comités Directivo y de Coordinación del Sistema de Control Interno de la Contraloría de Bogotá D.C.".

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.

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

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

- **Auditoria:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoria. Puede ser interna, externa o especial.

- **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.

OBSOLETO

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.

- **Equipo de Gestores de Proceso.** Grupo multidisciplinario de servidores públicos, representativo **del proceso** que participa en la gestión del **mismo** proceso, 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 servidores públicos 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.

- **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.
- **Plan de Mejoramiento.** Plan de acción en el que se identifica (n) de forma precisa la (s) acción (es) seleccionada (s) para corregir el incumplimiento de los requisitos o eliminar la causa del Hallazgo o no conformidad.

- **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.

- **Responsable de Proceso.** Servidor público 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.

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

OBSOLETO

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

5. ANEXO

Anexo Plan de Mejoramiento Acciones Correctivas y de Mejora - PEC-05-001

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

6.1. Formulación de causas y acciones

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
1	Jefe de Oficina de Control Interno, Ente Externo y/o de Control	Comunica el Informe Final al auditado, señalándole la obligación de inclusión de los hallazgos, no conformidades o acciones de mejora en el Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora.		**Observaciones:** El Plan de Mejoramiento resultado de la auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno debe ser remitido a ésta, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la comunicación del informe final El Plan de Mejoramiento resultado de la auditoría practicada por los entes externos y/o de control, debe ser remitido, de conformidad con la normatividad y/o plazos establecidos por éstos.
2	Contralor Auxiliar Director Técnico Jefe de Oficina (Responsable de Proceso) y Profesional	Identifica los hallazgos, no conformidades y/o acciones de mejora, los cuales pueden ser originados por las siguientes fuentes de mejoramiento: 1. Autoevaluación (acciones de mejora) 2. Auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno. 3. Auditoria interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG 4. Auditoría Externa al SIG (ente certificador.) 5. Revisión por la Dirección 6. Auditoría Fiscal. 7. Otros orígenes		
3	Contralor Auxiliar, Director,	Realiza la clasificación de los hallazgos, no conformidades y		

OBSOLETO

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
	Jefe de Oficina, (Responsable de Proceso) Profesional	acciones de mejora, según el origen descrito en el numeral anterior.		
4	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Responsable de Proceso y/o Profesional responsable	Analiza las posibles causas y/o la causa raíz de acuerdo con alguna de las metodologías: existentes (¿Por qué? ¿Por qué? ¿Por qué? Espina de Pescado, Lluvia de Ideas, entre otras) y realiza el diligenciamiento de la columna 8 del Anexo 1. Plan de mejoramiento - acciones correctivas y de mejora. El análisis de causa debe realizarse en equipo de gestores del proceso y estar soportado mediante acta de reunión.	Acta de Equipo de Gestores del Proceso	**Observaciones:** El análisis de causa es fundamental para proponer la acción que elimina la causa del hallazgo, No Conformidad, y/o acción de mejora. Para la formulación de Acciones Correctivas, y de mejora se debe tener en cuenta en el Anexo 2**.** Aspectos generales formulación de acciones correctivas y verificación de su eficacia.
5	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Responsable de Proceso y/o Profesional responsable	Establece las acciones correctivas o de mejora y las registra con la información complementaria requerida en el Anexo 1 - Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora. El plazo programado de ejecución de las acciones 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) del hallazgo. **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 gestores de proceso debe unificar las acciones que permitan subsanar el hallazgo, no conformidad acción de mejora. Para hallazgos cuyo tratamiento corresponda a más de un proceso, se deberán reunir los equipos de gestores de procesos involucrados para efectuar el análisis y formular las acciones correspondientes.

OBSOLETO

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
6	Contralor Auxiliar Director Jefe de Oficina Responsable de Proceso y/o Profesional responsable	Remite los planes de mejoramiento de los entes externos y/o de control en medio magnético e impreso a la Oficina de Control Interno, dentro de los términos establecidos por éstos.	Anexo 1. Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, y de Mejora.	**Observación:** 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 en el procedimiento vigente.
7	Jefe de la Oficina de Control Interno-OCI y/o Profesional responsable	Evalúa el Plan de Mejoramiento remitido por el correspondiente proceso, citando en caso de que la situación lo amerite, mesa de trabajo con el responsable, luego de lo cual, efectuarán su devolución, manifestando la conformidad o no, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la radicación por parte del correspondiente proceso. En caso de no conformidad, el responsable del proceso correspondiente debe ajustar el plan dentro de los dos (2) días siguientes a la declaración de la no conformidad. En caso de que la OCI no emita la conformidad al Plan de Mejoramiento del proceso en el término de los tres (3) días, procederá la conformidad del mismo.		**Punto de Control:** Verifica la consistencia del Plan de Mejoramiento, constatando que se hayan incluido todos los hallazgos resultantes de los informes de auditorías internas y externas, que todas las columnas de los anexos estén diligenciadas correctamente, así como el cumplimiento de las acciones debidamente soportado y que el plazo de ejecución de las acciones sea coherente con la acción planteada y no supere los plazos establecidos, tanto por la OCI como por los entes externos y/o de control. **Observación:** Las acciones establecidas por el proceso deben apuntar a eliminar la causa del hallazgo o no conformidad identificada.
8	Contralor Auxiliar Director Jefe de Oficina Responsable de Proceso y/o Profesional responsable	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 y 5 y 7. Así mismo, tramitará las solicitudes de orígenes 4 y 6 ante el Ente Externo y/o de control	Comunicación Interna (Memorando de solicitud).	**Observaciones:** En el caso de los hallazgos formulados por la Oficina de Control Interno, la solicitud de modificación de las acciones deberá efectuarse un (1) mes antes del vencimiento.

OBSOLETO

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
		correspondiente, e informará los resultados del trámite al proceso solicitante de la modificación.		Para los hallazgos emitidos por los entes externos y/o de control, la solicitud de modificación de las acciones o de los términos, debe efectuarse de acuerdo a lo establecido por el ente externo y/o de control. En ningún caso procede solicitud de plazo para acciones vencidas.
9	Contralor Auxiliar Director Jefe de Oficina Responsable de Proceso y/o Profesional responsable	Ejecuta las acciones planteadas en el anexo 1 - Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora.		**Punto de Control:** Verificación por parte del responsable del proceso, que las acciones se ejecuten dentro de los términos previstos.

6.2. Seguimiento y Verificación

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
1	Contralor Auxiliar Director Jefe de Oficina Responsable de Proceso y/o Profesional responsable	Realiza **seguimiento** trimestral del cumplimiento del Anexo 1 – Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora del Proceso, diligenciando la columna 18 del Anexo Plan de Mejoramiento y lo remite a la Oficina de Control Interno, dentro de los plazos establecidos mediante Circular de reporte de información vigente. Cuando los entes externos y/o de control efectúan el cierre de los hallazgos, no conformidades y acciones de mejora a través de sus informes, los responsables de los procesos no deben excluirlos del Anexo Plan de mejoramiento, hasta tanto la Oficina de Control Interno efectúe la verificación correspondiente, reemplazando la solicitud o sugerencia de cierre: A* por el cierre: C, con fundamento en el	Anexo 1. Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora.	**Observación:** En este reporte trimestral se incorporan todos los hallazgos, No Conformidades observaciones y acciones de mejora, derivadas de procesos auditores realizados durante el trimestre objeto de evaluación.

OBSOLETO

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
		mencionado informe del ente externo y/o de control.		
2	Jefe Oficina de Control Interno	Designa los auditores de la Oficina de Control Interno para que efectúen la verificación del Anexo Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora. Remite comunicación oficial interna a los Responsables de Procesos, informando sobre el funcionario asignado para adelantar la actividad de verificación.	Comunicación interna	
3	Profesional Oficina Control Interno	Realiza **verificación** trimestral a las acciones implementadas y registra el estado de avance en la columna 19 de "Descripción de la verificación" del Anexo 1. Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora.		**Punto de control:** Constata en el Anexo 1. Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora, la inclusión de todos los hallazgos, No Conformidades y Acciones de Mejora, resultantes de los informes de Auditorías internas, externas, Informes de Gestión, entre otros, realizados durante el trimestre objeto de evaluación al proceso objeto de la verificación. 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.
4	Profesional Oficina de Control Interno	Elabora el reporte de los resultados de la verificación del estado de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento por procesos. Presenta el resultado de la verificación para revisión y aprobación al Jefe de la Oficina de Control Interno.		**Observación:** 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 Plan de mejoramiento Acciones Correctivas y de Mejora y las situaciones evidenciadas

OBSOLETO

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO	OBSERVACIONES/PUNTOS DE CONTROL
				en desarrollo de la verificación.
5	Jefe Oficina Control Interno y/o Profesional responsable	Remite el resultado de la verificación a los responsables de procesos. Cada trimestre, envía en copia magnética a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para la publicación en la Intranet.	Comunicación Interna Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora por Proceso.	**Observación:** La Dirección de TICS mantendrá en la Intranet y página Web las versiones actualizadas de las verificaciones trimestrales de cada uno de los procesos.
6	Jefe Oficina Control Interno y Profesional Responsable	Elabora el Consolidado Institucional de los resultados de la verificación del estado de las acciones implementadas y lo remite en copia magnética a la alta Dirección para los fines pertinentes y a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para su publicación en la Intranet.	Consolidado Institucional del Anexo 1. Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora.	**Observación:** El consolidado institucional se elaborará en forma semestral, con corte a junio y diciembre. La Dirección de TICS, mantendrá en la Intranet y página Web la versión actualizada del Plan de Mejoramiento consolidado Institucional.
7	Jefe Oficina Control Interno y/o Profesional Responsable	Consolida el Plan de Mejoramiento del ente de control, tomando como insumo la información suministrada resultante de la verificación de los planes de mejoramiento por procesos, procediendo a su remisión al mencionado Ente, dentro de los términos establecidos por éste.		**Observación:** El consolidado de avance del Plan de Mejoramiento se remitirá al Ente de Control semestralmente, de acuerdo a la normatividad vigente.
8	Jefe Oficina Control Interno	Presenta el consolidado de los resultados de la verificación de los planes de mejoramiento por procesos a la Alta Dirección.	Comunicación interna	

OBSOLETO

ANEXO 1
Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora

CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	**PLAN DE MEJORAMIENTO - ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA**	Código formato: PEC-02-001
		Código documento:PEC-02 Versión: 1.0
		Página X de Y

Proceso: _____
Responsable del Proceso: _____ **Fecha de Corte para la Verificación:**_____

No (1)	Origen (2)	Fecha del H, NC O AM (3)	Tipo de Acción (Correctiva o de Mejora) (4)	Informe Origen (5)	Capitulo (6)	Descripción del H, NC o AM (7)	Análisis de Causa (8)	Acciones (9)	Indicadores (10)	Metas Cuantificables (11)	Áreas Responsables del Cumplimiento (12)	Responsable de la Ejecución (13)	Recursos (14)	Cronograma de Ejecución (dd/mm/aaaa) (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 _A* (20)
														Fecha Inicial	Fecha Final					

Actualizado por (Profesional Proceso): Nombre y cargo
Responsable del Proceso_____
Fecha: (dd/mm/aaaa)_____ (Firma) _____

Verificado por (Profesional Oficina de Control Interno): _____
Fecha: (dd/mm/aaaa): _____

OBSOLETO

INSTRUCTIVO 1
Diligenciamiento del Anexo 1 - Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora

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

RESPONSABLE DEL PROCESO: Nombre y cargo del servidor responsable del proceso. Registre la firma una vez diligenciado el anexo.

(1) No.: Registre el número consecutivo del hallazgo, No Conformidad o Acción de Mejora, 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 y/o acciones de mejora, el cual puede surgir del análisis propio de cada proceso, Auditoría interna, Auditoría Externa y otros que pueda identificar, utilizando los números del 1 al 7, de acuerdo con las siguientes convenciones:

1. Autoevaluación (acciones de mejora)
2. Auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno.
3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG
4. Auditoría Externa al SIG (ente certificador.)
5. Revisión por la Dirección
6. Auditoría Fiscal.
7. Otros orígenes

(3) FECHA DEL H, NC, O AM: Fecha del informe final de la Auditoría de los Entes Externos y/o de Control, Oficina de Control Interno; Autoevaluación, Registre la fecha en formato (dd/mm/aaaa), donde se estableció el Hallazgo, la No conformidad o la Acción de Mejora

(4) TIPO DE ACCIÓN (Correctiva o de Mejora): Registre Correctiva si corresponde a hallazgos y no conformidades o de Mejora si es producto de la 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 H, NC, AM: Defina la situación evidenciada del hallazgo / No Conformidad y/o Acción de Mejora.

(8) ANÁLISIS DE CAUSA: Registre el análisis realizado en equipo de gestores de proceso para determinar la razón de ocurrencia del hallazgo o no conformidad.

(9) ACCIONES: Registre las acciones para eliminar la no conformidad o hallazgo. Es importante señalar que para un hallazgo se puede implementar más de una acción.

OBSOLETO

(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.

(12) ÁREA RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO: Registre el área o dependencia responsable a la cual le corresponde ejecutar la acción determinada.

(13) RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN: 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/aaaa).

- **Fecha Final:** Fecha prevista en que se concluirá la ejecución de las acciones. Registre la fecha en formato (dd/mm/aaaa).

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

(17) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS (Seguimiento del Proceso): 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 (OCI): Espacio diligenciado por la Oficina de Control Interno - 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 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 Externos y/o de control (Auditoría Fiscal y Auditoría Externa de Calidad).

OBSOLETO

Actualizado por: Registre el nombre y cargo del (os) servidor (s) que realizó (aron) el seguimiento por parte del proceso correspondiente, así como la fecha del mismo.

Verificado por: Registre el nombre del (os) servidor (s) que realizó (aron) 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

ANEXO 2

Aspectos Generales Formulación de Acciones Correctivas y de Mejora Verificación de la Eficacia

FORMULACIÓN DE ACCIONES: Las acciones correctivas y de mejora son las acciones implementadas para eliminar la causa de un hallazgo, una no conformidad, respectivamente o una acción de mejora. No pueden ser formuladas sin antes identificar las causas que la generaron.

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 Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora, teniendo en cuenta la totalidad de aportes de los integrantes del equipo.

TÉCNICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS: existen muchos métodos y herramientas disponibles en una organización para determinar la causa de un hallazgo o 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.

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

Las acciones correctivas y de mejora deben 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.

- **Clara:** debe ser entendible y concreta sin dar pie a libres interpretaciones.

- **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.

- **Creativa:** en ocasiones se trata de aportar nuevas soluciones a viejos y reiterados problemas.

- **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.

OCULTO

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

- **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.

- **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.

La acción correctiva o de mejora eficaz debe prevenir que la no conformidad o hallazgo o acción de mejora vuelva a ocurrir, eliminando la causa que la generó.

Además de las anteriores consideraciones a tener en cuenta, es preciso resaltar que la redacción de una acción correctiva, 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 correctivas 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.

EFICACIA DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA: cuando una no conformidad o acción de mejora tiende a ser individual en su naturaleza, se pueden utilizar una variedad de métodos o actividades para el cierre 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, no conformidad o acción de mejora, 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 o acción de mejora, 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 acción de mejora 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.

COPIA SOLO

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 los resultados 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". 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”.

OBSOLETO

	R.R. 005 de febrero 17 de 2011	Decreto Distrital 387 de 2004, "Por el cual se reglamenta el Acuerdo 122 de 2004 que adopta en Bogotá D.C., El Sistema de 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 ambiental. • **Decreto 1599 de 2004** Adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano • **NTD SIG 001:2011.** Norma Técnica Distrital del Sistema Integrado de Gestión para las entidades y organismos distritales. • Se adicionó la definición de observación. • Se incluyó el registro Informe Riesgo Antijurídico.

OBSOLETO

	R.R. 005 de febrero 17 de 2011	• 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.

OBSOLETO

12.0	R. R. No. 010 de Febrero 24 de 2014	• El procedimiento cambió de versión 12.0 a 13.0. • Se ajustó del nombre del procedimiento. • Se modificó el inicio del alcance. • Se modificó el objetivo. • Se ajustó y actualizó el normograma, teniendo en cuenta el Decreto 943 Mayo 21 de 2014 y Resoluciones Reglamentarias de actualización del Modelo Estándar de Control Interno-MECI; Manual del Sistema Integrado de Gestión-SIG; Caracterizaciones de los procesos del Sistema Integrado de Gestión-SIG y Comités Directivo y de Coordinación del Sistema de Control Interno. • Ajuste en las definiciones acción de mejora, equipo de gestores de proceso, plan de mejoramiento y responsable. • Eliminación de las definiciones acción preventiva, no conformidad potencial, observación y riesgo. • Se ajustó el formato por Anexo Plan de Mejoramiento-acciones correctivas y de mejora, así como el correspondiente instructivo. • Se suprimió la columna 21Nombre del auditor de la Oficina de Control Interno y fecha de la verificación, pasando al final de la matriz. **Descripción del Procedimiento.** Se ajustaron y complementaron las actividades del procedimiento, junto con registros, puntos de control y observaciones: • Se ajustó el nombre del ítem 6.1, por Formulación de causas y acciones • Se sustituyó la actividad 1, por: la comunicación por parte de la auditoría interna, externa y/o del ente de control del Informe final al auditado, señalándole la obligación de inclusión de los hallazgos, no conformidades o acciones de mejora en el Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora, con su correspondiente observación. • La anterior actividad 1, de identificación de los hallazgos, no conformidades y/u oportunidades de mejora por parte de los responsables de procesos (se excluyó al Contralor como responsable de proceso), se convirtió en la actividad 2, pasándose de 12 fuentes de mejoramiento a 7. • La actividad 2 de realización de la clasificación de los hallazgos, no conformidades y/o acciones de mejora por parte del responsable del proceso, pasó a ser la actividad 3. • La actividad 3 de análisis de causa de acuerdo con las tres metodologías existentes y diligenciamiento del anexo correspondiente, se ajustó y pasó a constituir la actividad 4. Se ajustó la observación y se cambió la numeración del instructivo “Aspectos generales formulación de acciones correctivas y preventivas y verificación de la eficacia”, pasando de No. 2 a 3. • La actividad 4, de identificación de las acciones correctivas, preventivas o de mejora y registro de las acciones y demás información complementaria requerida en el Anexo 1 por parte de los responsables de procesos, se ajustó y pasó a constituir la actividad.

OBSOLETO

12.0	R. R. No. 010 de Febrero 24 de 2014	5, modificándose en la observación el término equipo de trabajo por el de equipo de gestores de proceso. • La actividad 7 de remisión de los planes de mejoramiento por parte de los responsables de procesos a la Oficina de Control Interno, se ajustó y convirtió en la actividad 6. Igualmente, se modificó el registro correspondiente al anexo 1, suprimiendo el término “preventivas” y el punto de control relacionado con el análisis de la consistencia del plan por parte de la Oficina de Control Interno, pasó a la nueva actividad 6. • Se introdujo nueva actividad, quedando como actividad 7, de evaluación por parte del profesional de la Oficina de Control Interno del Plan de Mejoramiento remitido por el correspondiente proceso, para otorgar conformidad o no. • La actividad 5 de establecer la necesidad de reformular causas, acciones o fecha de terminación programada por parte del responsable del proceso, se ajustó en las fuentes de mejoramiento y se introdujo observación relacionada con los plazos de la solicitud a la OCI, constituyéndose en la actividad 8. • La actividad 6 de aprobación o desaprobación de las solicitudes para la reformulación de causas, acciones o fecha de terminación programada o trámite ante el Ente externo y/o de Control se eliminó. • La actividad 8 de ejecución de las acciones planteadas en el Plan de Mejoramiento por parte del responsable del proceso, se convirtió en la actividad 9, ajustándose el punto de control. • Se implementó el ítem 6.2. Seguimiento y Verificación. • La actividad 9, de realización del seguimiento trimestral del cumplimiento del Anexo 1 – Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora del Proceso, se ajustó y pasó a ser la actividad 10, modificándose el registro correspondiente al anexo 1, suprimiendo el término “preventivas”. • Se implementa la actividad 10 de realización y remisión del seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de los responsables de procesos a la Oficina de Control Interno, dentro de los términos establecidos modificándose el registro correspondiente al anexo 1, suprimiendo el término “preventivas”. • La actividad 10 de designación de los auditores de la Oficina de Control Interno se ajustó y pasó a constituir la actividad 11. • La actividad 11 ajustada de realización de la verificación trimestral a las acciones implementadas por parte de la Oficina de Control interno, se convirtió en la actividad 12. • La actividad 12 ajustada de elaboración del consolidado de los resultados de la verificación del estado de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento

OBSOLETO

		por procesos, pasó a ser la actividad 13. • La actividad 13 ajustada, de remisión a los responsables de procesos del resultado de la verificación y envío en copia magnética del plan de mejoramiento a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para la publicación en la Intranet, se constituyó en la actividad 14, modificándose el registro correspondiente al anexo 1, suprimiendo el término "preventivas". • La actividad 14 de elaboración del Consolidado Institucional de los resultados de la verificación del estado de las acciones implementadas y remisión a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para su publicación en la Intranet, modificándose el registro correspondiente al anexo 1 suprimiendo el término "preventivas", pasando a constituir la actividad 15. • La actividad 15 ajustada pasó a constituir la actividad 16. • Se elimina la actividad 16, elaboración del Informe semestral del Riesgo Antijurídico y su remisión a la Oficina Asesora Jurídico-Comité de Conciliación. • La actividad 17, presentacióndel consolidado de los resultados de la verificación de los planes de mejoramiento por procesos a la Alta Dirección, se ajustó y se sustituyó el registro por Comunicación oficial interna.
13.0	R. R. No. 021 de junio 11 de 2015	

OBSOLETO