

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para la identificación y formulación de planes de mejoramiento, así como la definición de causas, acciones y el seguimiento y cierre correspondiente.

2. ALCANCE

Comienza con la identificación de oportunidades de mejora y/o hallazgos, producto de las auditorías internas, externas y/o gestión riesgos, la generación de análisis de causa y formulación de acciones de mejora, preventivas o correctivas y finaliza con la ejecución de acciones, seguimiento, evaluación de eficacia y cierre de los planes de mejoramiento para subsanar el hallazgo y/o oportunidad de mejora identificada. Es aplicable a toda la Entidad.

3. NORMATIVIDAD

Tipo	Número	Título	Fecha
Decreto DAFP	648	Por medio del cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, reglamentario único del Sector de Función pública.	2017
Resolución	1092	Por medio del cual se reglamenta el Comité Institucional de Control Interno-COPNIA	2018
Resolución	1987	Por medio del cual se adopta la política de gestión y desempeño de control interno	2019
Decreto	338	Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, único reglamentario del sector de función pública, en lo relacionado con el sistema de control interno y se crea la red anticorrupción	2019
Resolución	498	Por medio de la cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión del COPNIA y se reglamentan sus respectivos comités	2019
Norma técnica colombiana ISO	9000	Sistemas de gestión de la calidad –Fundamentos y vocabulario	2015
Norma técnica colombiana ISO	9001	Sistemas de Gestión de la calidad. Requisitos.	2015

4. DEFINICIONES

Análisis de Causa Raíz: Es un método para la identificación de las causas por las cuales se presentó una desviación, este intenta evitar la recurrencia de un problema o defecto a través de identificar sus causas.

Acción Correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.¹

Acción preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.²

Corrección: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada y evitar que vuelva a ocurrir.³

Mejora continua: Actividad recurrente para mejorar el desempeño.⁴

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.⁵

Planes de mejoramiento: Documento que contiene el conjunto de acciones correctivas, preventivas y/ o de mejora que se compromete a implementar la Entidad, con el propósito de eliminar las causas de un problema real o potencial.

Plan de mejoramiento institucional: Documento que contiene el conjunto de acciones diseñadas y orientadas de manera organizada y sistemática para corregir las falencias y debilidades encontradas en la gestión de los procedimientos y que se generan como consecuencia de las observaciones formales provenientes de los órganos de control.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, en general implícita obligatoria generalmente implícita significa que es habitual o una práctica común para la Entidad, sus clientes otras partes interesadas, el que la necesidad o expectativa bajo consideración este implícita.

Sistema de Gestión: Es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objetivo es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad.

4. CONDICIONES GENERALES

¹ ISO 9000:2015(es)Sistemas de gestión de la calidad —Fundamentos y vocabulario, 3.12
Términos relativos a las acciones,3.12.1

² Ibid, 3.12.2

³ Ibid, 3.12.2

⁴ Ibíd, 3.3.2

⁵ Ibíd, 3.12.3

Es responsabilidad de cada líder y equipo de trabajo, la formulación de las acciones propuestas, definición de causas, responsables, recursos y demás elementos, además de adelantar la respectiva ejecución y seguimiento de estas.

Las acciones deben quedar redactadas en verbo en infinitivo, ejemplo: Elaborar, Realizar, Verificar, cotejar, diseñar, entre otros y describir de forma precisa lo que se pretende hacer para eliminar la causa, evitando dejar actividades ambiguas o generales. Todas las no conformidades y/o hallazgos de auditoria deben ser tratadas a través de acciones correctivas o correcciones.

Las fuentes para definición de planes de mejoramiento son las siguientes:

FUENTE
Auditorías internas
Auditorías externas
Análisis y gestión de riesgos
Revisión por la Dirección
Resultados de la medición de la satisfacción de los grupos de valor o grupos de interés
Análisis del desempeño de los indicadores
Autoevaluación del proceso
Incidentes de seguridad de la información
Participación ciudadana
Inspecciones de seguridad y salud en el trabajo
Tratamiento de producto no conforme
Quejas /reclamos recurrentes
Incumplimiento de un requisito legal

4.1 ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ

Cada responsable de Plan de Mejoramiento, junto con los funcionarios involucrados, deberán identificar la causa raíz que generó la no conformidad y deberá formular las acciones de mejora que permita eliminarlas de forma permanente. Para identificar la causa raíz se debe realizar El análisis de causa bajo una o alguna de las siguientes técnicas:

- **Lluvia de ideas:** La lluvia de ideas o brainstorming es un proceso creativo donde lo que se realiza es justamente eso, una "lluvia" donde se proponen todas las ideas que se le ocurren a los integrantes de un grupo, con el objetivo de solucionar un problema concreto o aplicarlas en un proyecto o trabajo.
- **Diagramas de causa efecto:** El Diagrama Causa-Efecto es llamado usualmente Diagrama de "Ishikawa", se trata de una herramienta para el análisis de los problemas que básicamente representa la relación entre un efecto (problema) y todas las posibles causas que lo ocasionan.
- **Los cinco "Por qué":** La metodología de los 5 porqués consiste en examinar cualquier problema y realizar la pregunta: "¿Por qué?" La respuesta al primer "por qué" va a generar otro "por qué", la respuesta al segundo "por qué" te pedirá otro y así sucesivamente, de ahí el nombre de la estrategia 5 por qué.

El análisis de la causa raíz se debe relacionar en el formato Plan de mejoramiento EG-fr-06 en la pestaña dispuesta para tal fin.

4.2 REPORTE DE AVANCE Y AUTOEVALUACIÓN DE EFICACIA (Líderes de proceso)

Los planes de mejoramiento deben ser formulados y registrados en el formato "EG-fr-06 planes de mejoramiento" y remitirse a la Oficina de Control Interno a través de los medios de comunicación disponibles.

Es responsabilidad de los líderes de proceso y equipos de trabajo, gestionar y ejecutar las acciones propuestas a través de ejercicios permanentes de monitoreo y seguimiento. Así mismo, debe realizar autoevaluación en seguimiento trimestral y conservar y anexar soportes/evidencias que demuestren que la situación no se volvió a presentar.

4.3 SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE EFICACIA (Oficina de Control Interno)

La Oficina de Control Interno será responsable de realizar seguimiento trimestral de las acciones propuestas por los procesos tendientes a subsanar la causa raíz identificada, verificar la eficacia de estas y adelantar el respectivo cierre.

La eficacia se evalúa cuando se realice seguimiento teniendo en cuenta las evidencias aportadas y cuando se realice una nueva auditoría al proceso y se compruebe que la situación que generó la no conformidad no se volvió a presentar. Aplica por no conformidad cuya ejecución se encuentre finalizada (acciones cumplidas).

Notas:

1. El plan de mejoramiento se evalúa como No eficaz, cuando:
 - A la fecha del seguimiento, las acciones cuentan con fechas de ejecución vencidas y estas no se han cumplido.
 - Para los casos en que la redacción de la acción indique un seguimiento periódico (mensual, bimensual, trimestral, etc.) se deberá hacer un seguimiento periódico hasta su fecha final de acuerdo con lo indicado en el plan de mejoramiento y este se reportará en cada informe (trimestral) como No eficaz hasta que se cumpla la fecha final y se compruebe su eficacia.
2. El estado del plan de mejoramiento de las no conformidades no se cambiará de abierto a cerrado hasta que no se hayan cumplido todas las acciones del mismo (estado cumplidas) y se evalúe si estas subsanaron o no las no conformidades.
3. El cierre de las acciones no implica que el plan de mejoramiento haya sido eficaz, es decir, se puede haber terminado y cumplido todas las acciones, sin embargo, si la situación se vuelve a presentar en una nueva auditoría el plan de mejoramiento se evalúa como No eficaz.
 - Si se hace una auditoría y se evidencia repetición de una situación que genera una no conformidad y existe una no conformidad en estado abierto el responsable del

proceso auditado debe evaluar o replantear las acciones de la no conformidad existente.

- Si se hace una auditoria y se evidencia repetición de una situación que genera una no conformidad y existe una no conformidad en estado cerrado se debe formular nuevas acciones.

4. Se recomienda que cuando el plan de mejoramiento corresponde a la fuente de auditoría externa, específicamente de la auditoría realizada por la Contraloría General de la República, no se realice análisis de causa, debido a que en el informe este ente de control relaciona la causa que origina el hallazgo. Sin embargo, las acciones formuladas deben corresponder o apuntar a resolver esta causa.

6. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

N°	Nombre de la actividad	Descripción	Responsable	Registro
1	Solicitar Plan de Mejoramiento	<p>A través de memorando interno, se solicita a los responsables, la definición de un plan de mejoramiento. Las acciones de mejoramiento se deben registrar en el formato EG-fr-06 "plan de mejoramiento". La Oficina de Control Interno, asignará el código de la no conformidad, registra los criterios de auditoria y origen de las acciones en el respectivo formato.</p> <p>Respecto a auditorías internas, las acciones de mejoramiento deben ser remitidas en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles. En cuanto, las auditorías externas se suscribirán en los tiempos establecidos por el Ente auditor.</p>	<p>Jefe Oficina de Control Interno</p> <p>Equipo auditor Oficina de Control Interno</p>	<p>Formato EG-fr-06 "Plan mejoramiento."</p> <p>Memorando Interno.</p>
2	Análisis y registro de causas	<p>Analizar, determinar y registrar las causas que generaron las no conformidades detectadas, -utilizando una o algunas de las técnicas propuestas en el numeral 4.1 Análisis de causa.</p>	<p>Líderes de proceso/Equipo de trabajo</p>	<p>Formato EG-fr-06 "Plan mejoramiento."</p> <p>Soportes de análisis de causas</p>
3	Formulación Plan de	<p>Cada responsable deberá describir en el formato EG-fr-06 "plan de mejoramiento" las acciones a emprender para eliminar, no</p>	<p>Líderes de</p>	<p>Formato EG-fr-06 "Plan mejoramiento."</p>

N°	Nombre de la actividad	Descripción	Responsable	Registro
	Mejoramiento	conformidades y/o hallazgos con el fin de evitar su repetición. Así mismo, se establecen, evidencias, fechas de inicio y finalización, y responsables de las acciones.	proceso/Equipo de trabajo	
4	Revisar y aprobar Plan de Mejoramiento.	Revisar y aprobar por parte del líder del proceso; validando que esta responda a la no conformidad detectada y permita su mitigación o eliminación de ocurrencia. Se debe remitir a la Oficina de Control Interno el plan de mejoramiento y soportes del análisis de causa a través de correo electrónico y/o memorando.	Jefe Dependencia	Correo electrónico/ Memorando interno Formato EG-fr-06 "Plan mejoramiento." Soportes de análisis de causas
5	Consolidar Planes de Mejoramiento	Recibir el Plan de mejoramiento con las acciones a realizar. Se verifica por parte de la Oficina de Control Interno la formulación del plan (coherencia entre causa raíz y acciones, plazos de ejecución, etc.) y en caso de ser necesario, se solicita a los responsables realizar los ajustes correspondientes. Se debe consolidar las acciones por dependencias.	Jefe de Oficina de Control Interno Profesionales Control Interno Contratistas Control Interno.	Formato EG-fr-06 "Plan mejoramiento." Correo electrónico/ Memorando interno
6	Ejecutar Plan de Mejoramiento	Adelantar las acciones establecidas en los planes de mejoramiento por dependencias, teniendo en cuenta los términos establecidos. Las áreas responsables documentarán los avances de las acciones formuladas y las evidencias y reportarán en el formato EG-fr-06 "planes de mejoramiento" trimestralmente. Así mismo, realizan autoevaluación de la eficacia de las acciones planteadas para atacar la no conformidad y dejan registro en el formato EG-fr-06 "Plan de mejoramiento".	Líderes de proceso	Formato EG-fr-06 "Plan mejoramiento." Soportes de ejecución de acciones
7	Solicitar reporte acciones	Solicitar trimestralmente a los líderes responsables del plan de mejoramiento reportar avances y evidencias de las acciones formuladas, así como la autoevaluación de la eficacia de las acciones planteadas para atacar la no conformidad.	Jefe de Oficina de Control Interno Equipo auditor OFICINA DE CONTROL INTERNO	Memorando Interno. Formato EG-fr-06 "Plan mejoramiento." Soportes de eficacia de

N°	Nombre de la actividad	Descripción	Responsable	Registro
				acciones
8	Realizar seguimiento y cierre.	Realizar seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento, acorde con el plan anual de auditoría. Los resultados del seguimiento se documentarán en el formato EG-fr-06 "plan de mejoramiento", a partir de los soportes y evidencias aportadas por las dependencias, se establecerá el estado de la acción: : Cumplido, en ejecución, vencido y programado hacia futuro.	Jefe Oficina de Control Interno Equipo auditor Oficina de Control Interno	Formato EG-fr-06 "Plan mejoramiento."
9	Verificar eficacia del plan de mejoramiento	Una vez finalizado la ejecución de las acciones por parte de los responsables de los planes de mejoramiento, se revisan las evidencias aportadas con el fin de establecer eficacia. Si se comprueba que el plan no fue eficaz, se registra en el seguimiento de los planes de mejoramiento o en informe de auditoría para que se replanteen las acciones o se formule un nuevo plan de mejoramiento. Se continúa con la actividad No. 1 de este procedimiento.	Jefe Oficina de Control Interno Equipo auditor Oficina de Control Interno	Formato EG-fr-06 "Plan mejoramiento." Informe de auditoría
10	Realizar el cierre del plan de mejoramiento	Una vez comprobada la eficacia del plan de mejoramiento, se registra el estado "Cerrado" en el formato EG-fr-06 "Plan de mejoramiento".	Jefe Oficina de Control Interno Equipo Oficina de Control Interno	Formato EG-fr-06 "Plan mejoramiento"
11	Elaborar y comunicar informe seguimiento Planes de Mejoramiento	Elaborar el Informe de seguimiento teniendo en cuenta el avance de las acciones realizadas. Comunicar los resultados al Director y Subdirectores de la Entidad, remitiendo a través de memorando interno, el correspondiente informe. EG-fr-06 "plan de mejoramiento" se deja constancia del avance y/o cierre de las acciones registradas. El informe de seguimiento a planes de mejoramiento se debe remitir al área de Relacionamento Interinstitucional y Comunicaciones, para su publicación en la página web de la Entidad.	Jefe Oficina de Control Interno Equipo Oficina de Control Interno	Informe seguimiento planes de mejoramiento Formato EG-fr-06 "Plan mejoramiento" Informe publicado.

Nº	Nombre de la actividad	Descripción	Responsable	Registro
12	Reportar a Entes de Control	Reportar el avance del plan de mejoramiento externo de conformidad con los términos establecidos por los Entes de Control. Se debe informar a la Dirección General de la Entidad los resultados de los reportes a Entes de Control.	Jefe de Oficina de Control Interno Equipo Oficina de Control Interno	Memorando Interno. Reporte semestral SIRECI Contraloría General de la Republica.

6. ANEXOS

6.1 EG-fr-06 Plan de Mejoramiento

7. CONTROL DE CAMBIOS

No.	Fecha	Descripción del cambio o modificación
1	Mayo / 08	Primera emisión
2	Sep/12	Se actualizan los responsables de acuerdo con las Resoluciones Nacionales 75, 76 y 77 de 2011 de modificación de la estructura Orgánica, la adopción de la Planta de Personal y la adopción del manual de Funciones respectivamente. Se incluyó el deber del funcionario que cierra el hallazgo de describir el resultado de las acciones de tal forma que garantice la trazabilidad de las acciones tomadas, de acuerdo a lo establecido mediante el NAL-CI-2012-00602
3	Jul/16	Se ajustaron cargos de acuerdo a la modificación de la estructura orgánica adoptada con la Resolución 364 del 30 de marzo de 2016. Se cambió el código del procedimiento de RM-pr-02 por EG-pr-02, teniendo en cuenta que de acuerdo a la actualización del Mapa de Procesos Resolución 512 de 2016), se definió el proceso de Evaluación de la Gestión, al cual le corresponde el seguimiento de las acciones correctivas y preventivas. Se definió como responsable del seguimiento de las acciones correctivas y preventivas al Jefe de Oficina de Control Interno.
4	Jun/17	Se ajusta el nombre del procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas a Planes de Mejoramiento. Se ajusta el objetivo del procedimiento. Se actualizan los lineamientos a partir del enfoque de Planes de Mejoramiento en lo que corresponde a definiciones, condiciones generales y descripción de las actividades. Se realizó la inclusión de: - El código de la no conformidad en el formato EG-fr-06 Planes de Mejoramiento. - La Resolución Orgánica No. 7350 Por la cual se modifica la Resolución Orgánica número 6289 del 8 de marzo del 2011 que "Establece el Sistema de Rendición

No.	Fecha	Descripción del cambio o modificación
		<i>Electrónica de la Cuenta e Informes (SIRECI), que deben utilizar los sujetos de control fiscal para la presentación de la Rendición de Cuenta e Informes a la Contraloría General de la República.</i> en el numeral 3 de normatividad.
5	Mar/21	<p>Actualización de objetivo y alcance. Actualización de normatividad aplicable. Actualización de definiciones. Actualización de actividades de solicitud, seguimiento y consolidación de planes de mejoramiento. Se incluye definición de las herramientas para identificar las causas. Se ajusta el formato EG-fr-06 "Plan de mejoramiento", en algunos campos de este, generándose así la versión 3 del formato.</p>
6	Sep/23	<p>Actualización de objetivo, alcance, normatividad aplicable y definiciones. Se incluye numeral 4.1 en condiciones generales para complementar el análisis de causa raíz. Se incluyen numerales 4.2 y 4.3 en condiciones generales con autoevaluación de eficacia por parte de los responsables de proceso y evaluación de la eficacia por parte de la Oficina de control interno. Actualización de actividades del procedimiento e inclusión de actividades 9 y 10 de verificación de eficacia y cierre de planes de mejoramiento. Se ajusta el formato EG-fr-06 "Plan de mejoramiento", en algunos campos de este e incluyendo pestaña para registrar análisis de causa, generándose así la versión 4 del formato.</p>

<p>LINA LUZ RAMOS SANTOS</p> <p>Firmado digitalmente por LINA LUZ RAMOS SANTOS</p> <p>LINA LUZ RAMOS SANTOS</p>	<p>ANGELA PATRICIA ALVAREZ LEDESMA</p> <p>Firmado digitalmente por ANGELA PATRICIA ALVAREZ LEDESMA</p> <p>ANGELA PATRICIA ÁLVAREZ LEDESMA</p>	<p>ALBERTO CASTIBLANCO BEDOYA</p> <p>Firmado digitalmente por ALBERTO CASTIBLANCO BEDOYA Fecha: 2023.09.04 11:16:25 -05'00'</p> <p>ALBERTO CASTIBLANCO BEDOYA</p>
Profesional Especializado Control Interno.	Subdirectora de Planeación, Control y Seguimiento	Jefe de Oficina de control Interno
ACTUALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ

ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ

No conformidad: *Relacione la no conformidad*

Nota: Se recomienda diligenciar la metodología de lluvia de ideas y relacionar estas causas en el diagrama de causa efecto o en las 5 ¿Por qué?, realizando el correspondiente análisis siguiendo la metodología.

1. LLUVÍA DE IDEAS

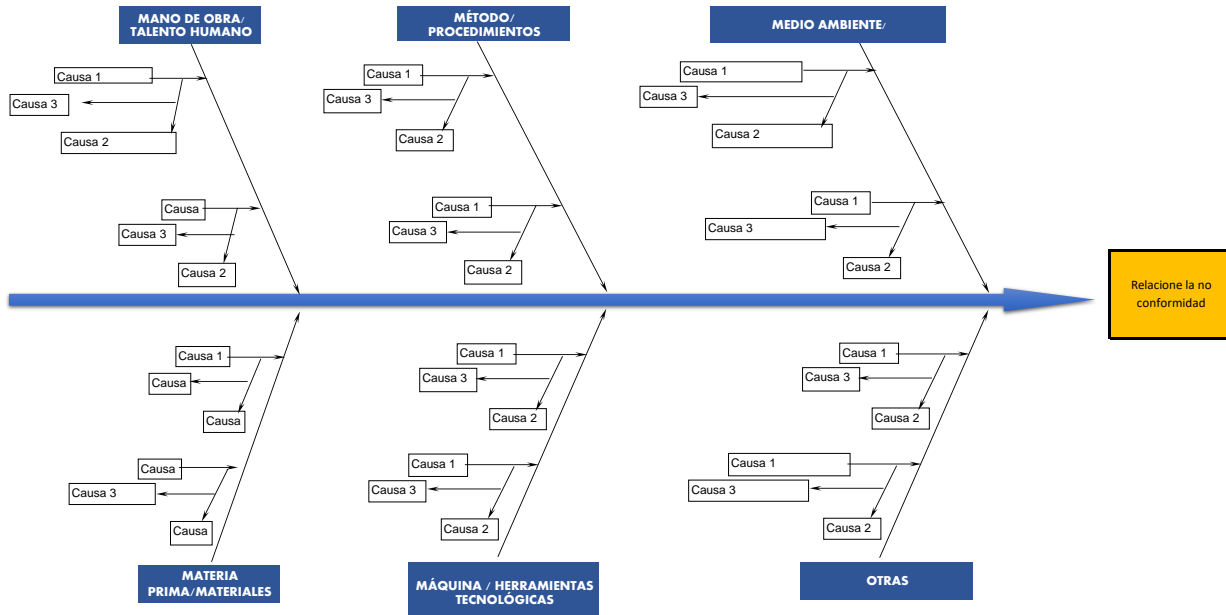
Relacione la no conformidad		Votación o Peso porcentual
IDEA No. 1:	Causa 1	
IDEA No. 2:	Causa 2	
IDEA No. 3:	Causa 3	
IDEA No. 4:	Causa 4	
IDEA No. 5:	Causa 5	
IDEA No. 6:	Causa 6	
IDEA No. 7:	Causa 7	
IDEA No. 8:	Causa 8	
IDEA No. 9:	Causa 9	
IDEA No. 10:	Causa 10	
CAUSA RAÍZ:	<i>Relacione la causa con mayor votación o ponderación</i>	

2. 5 ¿Por qué?

Relacione la no conformidad	
1er ¿Por qué?	
2do ¿Por qué?	
3er ¿Por qué?	
4to ¿Por qué?	
5to ¿Por qué?	
Causa raíz (último ¿Por qué? Identificado?)	

3. DIAGRAMA DE CAUSA - EFECTO (Utilice la metodología I o II)

I. Indique en la "causa 1" la causa asociada al problema según la clasificación de talento humano, método, medio ambiente, materia prima, máquina u otros y pndere según importancia
 II. Indique en la "causa 1" la causa asociada al problema según la clasificación de talento humano, método, medio ambiente, materia prima, máquina u otros y en la "causa 2" la razón por la cual ocurrió la "causa 1" y así sucesivamente hasta las causas que se consideren necesarias.
 Resalte la causa raíz.



EJEMPLOS

TALENTO HUMANO
 Desconocimiento de normatividad/metodología...
 Alta carga laboral
 Falta de personal

MÉTODO/PROCEDIMIENTOS
 No se cuenta con procedimiento documentado
 El procedimiento se encuentra desactualizado
 La metodología actual no incluye ...
 Falta de controles

MEDIO AMBIENTE
 Condiciones climáticas
 Ambiente laboral/organizacional

MATERIA PRIMA/MATERIALES/INSUMOS
 Indisponibilidad de insumos
 Falta de presupuesto para ...

MÁQUINA / HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS
 Infraestructura tecnológica desactualizada u obsoleta
 Indisponibilidad de internet
 Equipos/Software obsoleto