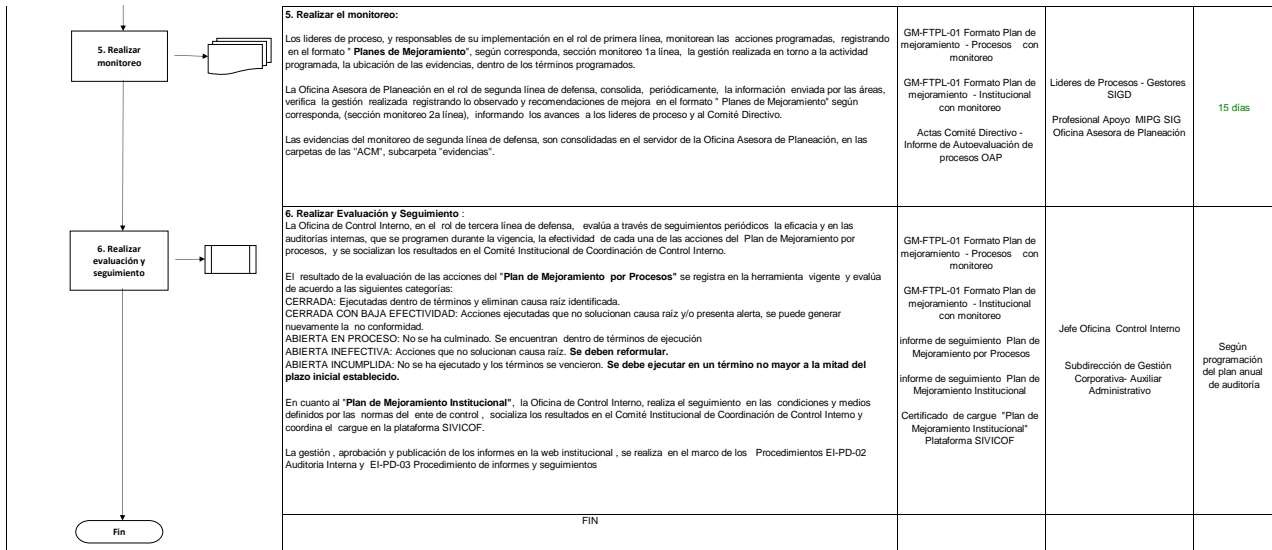
	Procedimiento	Plan de Mejoramiento		Código:	GM-PD-01
	Proceso	Gestión de Mejora		Versión:	6
				Páginas:	1 de 4
Objetivo:	Subsanar o corregir las causas de los hallazgos identificados en los ejercicios de auditoría interna y externa, y las oportunidades de mejora identificadas al interior de los procesos, a través de la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento de la entidad, con el fin de fortalecer la gestión institucional.				
Alcance:	Inicia con la identificación de la necesidad de generar acciones correctivas y finaliza con la evaluación y seguimiento. Aplica para todos los procesos				
Responsable del Procedimiento	Jefe de la Oficina Asesora de Planeación	Corresponsables del procedimiento		Profesional de Apoyo MIPG - SIG	
Definiciones:	ABIERTA EN PROCESO: No se ha culminado. Se encuentran dentro de términos de ejecución.				
	ABIERTA INEFECTIVA: Acciones que no solucionan causa raíz, se deben reformular.				
	ABIERTA INCUMPLIDA: No se ha ejecutado y los términos se vencieron, se debe ejecutar en un término no mayor a la mitad del plazo establecido.				
	ACCIÓN CORRECTIVA: acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir Nota 1: puede haber más de una causa para una no conformidad. Nota 2: La acción correctiva se toma para prevenir que algo vuelva a ocurrir				
	ACCIÓN DE MEJORA: conjunto de acciones tomadas para aumentar la capacidad del Sistema, respecto de su eficacia, eficiencia o efectividad Nota: en el seguimiento a los Planes de Mejoramiento Institucional y por proceso, el auditor debe determinar si las acciones son eficaces o no.				
	AUDITORÍA: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la realización de una auditoría. Nota: las evidencias consisten en registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que sea pertinente para los criterios de auditoría, que sea verificable.				
	CERRADA: Ejecutadas dentro de términos y eliminan causa raíz identificada.				
	CERRADA CON BAJA EJECTIVIDAD: Acciones ejecutadas que no solucionan causa raíz y/o presenta alerta, se puede generar nuevamente la no conformidad.				
	CONFORMIDAD: Satisfacción del cumplimiento de un requisito que puede ser reglamentaria, profesional, interna o del cliente.				
	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.				
	EFICACIA: grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.				
	EFICIENCIA: relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.				
	EQUIPO: Grupo de servidores públicos y/o contratistas, designados por el responsable de proceso que identifica las situaciones objeto de análisis (hallazgos, oportunidades de mejora y no conformidades), efectúa el análisis de causas y propone el plan de acción para su tratamiento y consecuente eliminación de la(s) causa(s) raíz.				
	GESTOR SIG: Servidor designados por el líder de proceso, Encargado de propiciar en los servidores públicos y/o contratistas, la interiorización, apropiación, comunicación y divulgación del Sistema Integrado de Gestión SIG, así como del monitoreo a las herramientas de control y su respectivo reporte.				
	HALLAZGOS: resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar tanto conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría como oportunidades de mejora.				
	INFORME DE AUDITORÍA: documento que consolida los resultados obtenidos del desarrollo de Planes de auditoría y cumplimiento de los objetivos, el cual debe ser redactado en forma imparcial, clara, precisa y concisa.				
	LINEAS DE DEFENSA: instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo. Primera Línea – Gerentes públicos y Líderes de proceso Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo Tercera Línea - Oficina de Control Interno				
	MEJORA CONTINUA: actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.				
	NO CONFORMIDAD: incumplimiento o no satisfacción de un requisito.				
	OPORTUNIDAD DE MEJORA: situación detectada que puede originar acciones para optimizar y potencializar el desempeño de un proceso o el cumplimiento de los requisitos.				
	PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL: Herramienta de gestión, resultado de un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática para corregir las falencias y debilidades encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de las observaciones formales provenientes de los órganos de control, su objetivo es el mejoramiento continuo. El plan de mejoramiento institucional es suscrito por la alta dirección de la entidad, con el organismo de control correspondiente y es el organismo de control quien determina el estado y efectividad de las acciones. (Ejemplo: Plan de Mejoramiento Contraloría de Bogotá)				
	PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO: Herramienta de gestión que contribuye a fortalecer y mejorar el desempeño y cumplimiento de los objetivos de la entidad, el cual consolida las acciones correctivas y/o de mejora, por procesos, originadas en los reportes de evaluación y auditoría realizados la Tercera línea de defensa y/o monitoreo de 1, y 2 línea de defensa, en el marco de la Autoevaluación de procesos, por ejemplo: medición de la satisfacción de usuarios, monitoreo a riesgos, medición de Indicadores, PQRS, servicio no conforme, revisión por la Dirección, entre otras. El plan de mejoramiento por procesos es suscrito por los líderes de proceso con la alta dirección				
	QUEJA: manifestación de protesta, censura, inconformidad o Insatisfacción formulada en exposición de hechos, por parte de una persona, por presuntas irregularidades, actos u omisiones en la prestación de los servicios por parte de uno o varios servidores públicos en desarrollo de sus funciones.				
	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.				
	RECLAMO: Disconformidad u oposición, por parte de los usuarios, por fallas en la prestación de un servicio Es el derecho que tiene toda persona de exigir, reivindicar o demandar una solución, ya sea por motivo general o particular, referente a la prestación indebida de un servicio o la falta de atención de una solicitud.				
	REPROCESO: Acción tomada sobre un producto no conforme para que cumpla con los requisitos.				
	REQUISITO: Necesidad o expectativa que pueden ser expresadas, normalmente implícitas o impuestas. Pueden haber requisitos del cliente, requerimientos de la norma, requisitos internos de la organización, requisitos reglamentarios y legales, entre otros. Se habla de requisito especificado cuando está establecido, por ejemplo en un documento como en el caso de requisitos reglamentarios y legales.				
	RESPONSABLE: encargado de adelantar las acciones o actividades propuestas o planeadas en el Plan de Mejoramiento.				
	RIESGO MATERIALIZADO: es la ocurrencia de aquella situación (interna o externa), que puede afectar negativamente el logro del objetivo, o la gestión de un proceso.				
SALIDA NO CONFORME: Es un producto, servicio o salida de un proceso que no cumple con los requerimientos o características definidos					
SEGUIMIENTO: acción regular y sistemática que identifica aciertos o fallas en la ejecución de las acciones programadas.					
SERVICIO/PRODUCTO: Resultado esperado de un proceso, ya sea material o inmaterial como el servicio. El producto puede ser interno o externo al cliente de la organización.					
SIVICOF: Sistema de Vigilancia y Control Fiscal- es el sistema de supervisión y control de la CONTRALORÍA DE BOGOTÁ que permite mediante el diligenciamiento y envío de formularios, reportar información estructurada. Información que una vez validada por la misma aplicación, puede ser analizada fácil y ágilmente. (http://www.contraloriabogota.gov.co/rendicioncuentas)					
VERIFICACIÓN: confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados o la eficacia de las acciones implementadas.					

Políticas de operación:	La formulación de las acciones correctivas y/o de mejora se debe realizar de acuerdo a las herramientas definidas por la entidad, y con estricta aplicación del método de análisis de causas, con el fin de tomar acciones apropiadas para eliminar las causas raíz de los hallazgos y prevenir su ocurrencia
	La formulación de las Acciones Correctivas originadas por los hallazgos registrados en los informes de auditoría o seguimiento de Control Interno, que conforman el Plan de Mejoramiento por Procesos, deben formularse en un término no mayor a quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de radicación del informe.
	El cumplimiento de las acciones correctivas y/o de mejora que conforman los planes de mejoramiento, en las condiciones y tiempos programados, es responsabilidad de la primera línea de defensa (Líderes de proceso y sus equipos); igualmente, deben garantizar la veracidad, consolidación y disponibilidad de los soportes de su cumplimiento.
	Las Acciones Correctivas que conforman el "Plan de Mejoramiento por procesos", podrán reprogramarse o reformularse, previo a su vencimiento, mediante comunicado interno enviado a la Oficina Asesora de Planeación. En caso que se presenten actividades con una programación superior a los 12 meses, deben ser plenamente justificadas por el líder del proceso que las origina y aprobadas por el líder de proceso de gestión de mejora (Jefe OAP).
	La formulación y el seguimiento al Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá (Plan de Mejoramiento Institucional), está en cabeza de la primera línea de defensa, bajo la coordinación de la Segunda Línea de Defensa (Oficina Asesora de Planeación) y con el acompañamiento de la Oficina de Control Interno.
	La modificación del Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá (Plan de Mejoramiento Institucional), deben ser tramitada por la Dirección General de la Entidad, ante el ente de control, con el acompañamiento de las Oficinas de Planeación y Control Interno, y en las condiciones definidas por las normas del ente de control.
	Producto de los informes de auditoría o visitas técnicas de los órganos rectores de las políticas (Archivo Distrital, Secretaría Distrital de Ambiente, Procuraduría General de la Nación, Veeduría Distrital, etc.), las unidades de gestión, deberán formular acciones que busquen resolver la situación problemática y se consignará en el Plan de Mejoramiento por Procesos o en su defecto en el Plan de Acción del área; sin embargo, el proceso debe garantizar la trazabilidad de las acciones emprendidas.
	Una oportunidad de mejora podrá ser detectada o identificada por cualquier Funcionario o Contratista quien la deberá dar a conocer al responsable del proceso. Al respecto consulte el Instructivo de Referenciación Competitiva

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Flujo grama	Descripción de la actividad	Registro	Responsable (rol)	Tiempo estimado de ejecución
	<p>1. Identificar la necesidad de generar acciones correctivas: Las Unidades de gestión analizan la pertinencia de la formulación de ACM a partir de: - Los Hallazgos identificados en los Informes de Seguimiento y/o Auditoría de la Oficina de Control Interno - Los Hallazgos identificados en Informes de Seguimiento y/o Auditoría de entes de control y visitas técnicas de los órganos rectores de política. Seguimiento y medición a planes, programas, proyectos, análisis de indicadores, riesgos materializados, entre otros.) - Resultados presentados en el Comité de Gestión y Desempeño o Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes, satisfacción de usuarios, salida no conforme, Cambios del contexto estratégico, etc.)</p> <p>Una vez realizado el análisis de los hallazgos, las unidades de gestión podrán solicitar a la Oficina Asesora de Planeación y/o a la Oficina de Control Interno, el acompañamiento metodológico o asesoría.</p>	Correo Institucional	Líderes de Procesos Gestores SIG designados por proceso	1 día
	<p>2. Analizar las causas: Las unidades de gestión analizan y gestionan las CORRECCIONES que consideren pertinentes.</p> <p>La documentación de las ACCIONES CORRECTIVAS, se realiza en el formato "Acción correctiva y/o de mejora (ACM)" el cual contiene las indicaciones para el diligenciamiento de los campos y las técnicas vigentes aplicables para analizar las causas. Para identificar la causa raíz, es deseable combinar dos o más de las técnicas, de acuerdo al tipo de problema o hallazgo identificado (Por qué?, lluvia de ideas, causa efecto, análisis de Pareto, etc.) Pero debe ser aplicada al menos una técnica. El documento debe firmarse por el responsable de la actividad y por el líder de proceso, en constancia de aprobación y se envía a la Oficina Asesora de Planeación mediante comunicado interno.</p> <p>PC: El líder del proceso y/o responsable de procedimiento, donde se originó el hallazgo, verifica que las causas identificadas en cada Acción Correctiva formulada, sean coherentes con las actividades programadas, y que el documento se ha diligenciado en su totalidad, con el fin de garantizar la eliminación de la causa raíz. Si la acción no cumple con este propósito, se deben revisar las técnicas y el análisis de causas.</p>	GM-FM-01 Acción correctiva y/o de mejora Comunicación Interna-Orfeo	Líderes de Procesos Gestores SIG designados por proceso	2 días
	<p>3. Validar metodológicamente las acciones formuladas: La Oficina Asesora de Planeación una vez recibe el comunicado interno, en el rol de segunda línea, valida la coherencia metodológica de la ACM, la aplicación adecuada de las técnicas vigentes y el diligenciamiento en la totalidad de los campos del formato.</p> <p>Cuando la Acción Correctiva y/o de Mejora, se haya realizado en mesas de trabajo con el equipo SIG de la Oficina Asesora de Planeación, el equipo SIG se encargará de asignar la numeración y registrar en el formato, el nombre del servidor SIG que realice la validación metodológica y la fecha.</p> <p>- Si la acción correctiva y/o de mejora cumple con los criterios metodológicos: se asigna un consecutivo, se ubica en el servidor de la Oficina Asesora de Planeación, en las carpetas de las "ACM" numeradas y continua en la actividad No.4 - Si no cumple: Se devuelve la acción correctiva y/o de mejora a la actividad No. 2 para los ajustes correspondientes.</p>	GM-FM-01 Acción correctiva y/o de mejora	Profesional Apoyo SIG Oficina Asesora de Planeación	1 día
	<p>4. Consolidar los planes de mejoramiento : Las Acciones Correctivas aprobadas por los líderes de proceso, originadas en los Informes de Seguimiento y/o Auditoría de la Oficina de Control Interno; Seguimiento y medición a planes, programas, proyectos, análisis de indicadores, riesgos materializados; Resultados presentado en el Comité de Gestión y Desempeño o Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes, satisfacción de usuarios, salida no conforme, Cambios del contexto estratégico, etc.) se integran al formato del "Plan de Mejoramiento - Procesos" y consolidan en el servidor de la Oficina Asesora de Planeación. Serie documental Planes de Mejoramiento.</p> <p>Las Acciones Correctivas aprobadas, originadas en los Informes de Auditoría de entes de control (Contraloría de Bogotá), se integran al formato "Plan de Mejoramiento - Institucional", y consolidan en el servidor de la Oficina Asesora de Planeación y en la serie documental Planes de Mejoramiento - Orfeo.</p> <p>La causa raíz principal identificada en las acciones correctivas de los Informes de Auditoría de entes de control (ejemplo: Contraloría de Bogotá) debe vincularse, preferiblemente, con una única actividad al "Plan de Mejoramiento - Institucional"</p> <p>Consolidado el "Plan de Mejoramiento Institucional", por la Oficina Asesora de Planeación, se socializa en el Comité de Dirección para su aprobación, posteriormente lo transfiere a la Oficina de Control Interno para verificar su completitud, integridad y coherencia con los hallazgos registrados en el Sistema (OCI no valida contenidos ni coherencia de las acciones correctivas propuestas). Surtido este punto de control OCI lo transfiere a la Subdirección de Gestión Corporativa para su cargue en la plataforma SIVICOF, de acuerdo a las condiciones y medios definidos por las normas del ente de control.</p> <p>Posteriormente la Oficina Asesora de Planeación, solicita al Proceso de Comunicaciones, la publicación en la web institucional, del Plan de Mejoramiento por Procesos y Plan de Mejoramiento institucional, vigentes, con las actualizaciones correspondientes.</p>	GM-FTPL-01 Formato Plan de mejoramiento - Procesos GM-FTPL-01 Formato Plan de mejoramiento - Institucional Aprobación del Plan de Mejoramiento Institucional del Comité de Dirección Certificado de cargue "Plan de Mejoramiento Institucional" Plataforma SIVICOF Correo electrónico con solicitud de publicación de planes de mejoramiento	Asesora de Planeación Profesional Apoyo Ming SIG Subdirección de Gestión Corporativa- Auxiliar Administrativo Profesional Apoyo Comunicaciones	5 días



CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Versión	Razón del Cambio	Responsable Equipo SIG
19/5/2011	1	Versión inicial	NA
15/12/2016	2	Actualización normativo y de las actividades	Nancy Milena Pineda Jaimes Profesional SIG
30/4/2020	3	Actualización de Objetivo, Alcance, Glosario, y todas las actividades. Se unifican las actividades del Procedimiento Acciones Correctivas, Preventiva y/o de Mejora con las del Procedimiento Plan Mejoramiento, se crea punto de control. Se cambia el código de CEM-PD-03 a GM-PD-01, se cambia el código del formato Acciones Preventivas y Correctivas de CEM-PD-05 a GM-FT-01 y la herramienta de plan de mejoramiento cambia de código CEM-FT-100 a GM-FTPL-01.	Luis Fernando Mejía - Jefe OAP Deisy Estupiñán - Profesional Apoyo SIG OAP
20/10/2020	4	Actualización de definiciones, políticas de operación y ajuste de las actividades según ruta acordada entre los procesos de Gestión Estratégica, Gestión de mejora y Evaluación Independiente.	Luis Fernando Mejía - Jefe OAP Deisy Estupiñán - Profesional Apoyo SIG OAP
30/4/2021	5	Se realiza optimización de procesos, eliminando el procedimiento "GM-PD-03 Control de Producto o Servicio No Conforme" y el formato "GM-FT-06 Formato Identificación y tratamiento del producto o servicio no conforme"; se integran definiciones y políticas de operación sobre salidas no conformes, como entrada para la identificación de acciones correctivas.	Luis Fernando Mejía - Jefe OAP Deisy Estupiñán - Profesional Apoyo SIG OAP
12/7/2021	6	Se actualiza política de operación número 5, con lineamientos sobre los periodos de programación de actividades superiores a 12 meses. Analizando las condiciones particulares y recursos disponibles del sistema de gestión a la fecha.	Luis Fernando Mejía - Jefe OAP Deisy Estupiñán - Profesional Apoyo SIG OAP

ELABORÓ:		REVISÓ:		APROBÓ:	
Nombre:	Angélica Hernández Rodríguez OCI Alba Cristina Rojas OAP - Deisy Estupiñán OAP	Nombre:	Luis Fernando Mejía Castro Angélica Hernández Rodríguez OCI	Nombre:	Luis Fernando Mejía Castro
Cargo:	Jefe Oficina Control Interno Equipo MIPG - SIG Oficina Asesora de Planeación	Cargo:	Jefe Oficina Asesora Planeación Jefe Oficina Control Interno	Cargo:	Jefe Oficina Asesora Planeación