

Control de Cambios		
Versión	Fecha	Descripción de la Modificación
1	17/10/2007	Emisión del Documento – Resolución 147 del 17 de Octubre del 2007 “Por la cual se adopta la documentación de los procedimientos obligatorios de la norma NTGCP - 1000-2004, para el fondo de Prevención y atención de emergencias de Bogotá, FOPAE.
2	15/05/2008	Se actualiza el marco normativo y se complementan los responsables de las actividades.
3	04/05/2009	Se eliminan los tiempos del procedimiento, se ajustan las actividades y se incluye la articulación con los mapas de riesgo.
4	29/09/2009	Se actualizan las actividades y se incluye la articulación con los planes de mejoramiento.
5	24/06/2010	Se actualizan las actividades, los responsables y se incluye la articulación el control de documentos y registros
6	08/01/2011	Se eliminan actividades de articulación con mapas de riesgos y planes de mejoramiento. Se ajustan las actividades, los registros y los responsables.
7	27/05/2014	Fusión del Procedimiento “Acciones Preventivas, Correctivas o de Mejora” con el de “Formulación de Planes de Mejoramiento” obteniendo como producto final el Procedimiento “SEC-PD-08 Plan de Mejoramiento”, se adopta el código, y el control de cambios del Procedimiento “Acciones Preventivas, Correctivas o de Mejora”, para conservar la trazabilidad. Fusión de los formatos “SEC-FT-04 Acciones Preventivas, Correctivas o de Mejora, SEC-FT-05 Registro de Acciones Preventivas, Correctivas o de Mejora, SEC-DE-01 Matriz Plan de Mejoramiento – Contraloría, SEC- DE-02 Matriz Plan de Mejoramiento Ambiental - Secretaria Distrital del Medio Ambiente”; obteniendo como producto final el Formato “SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento”, se adopta el código y el control de cambios del Formato “SEC-FT-04 Acciones Preventivas, Correctivas o de Mejora”, para conservar la trazabilidad. Actualización de políticas, glosario, actividades y responsables de acuerdo con la nueva estructura organizacional – Acuerdo 006 y Acuerdo 007 de 2013.

8	10/02/2015	Actualización de Políticas de Operación y actividades, de acuerdo a lo contemplado en el hallazgo de la Auditoría Interna al Sistema de Gestión Ambiental.
9	06/03/2017	Actualización de políticas, glosario, actividades y responsables, de acuerdo a lo establecido en el decreto 648 de 2017.
10	30/03/2023	Se incluyeron nuevas políticas de operación y se modificaron otras. Se incluyeron nuevas definiciones y las actividades relacionadas con el monitoreo de la segunda línea de defensa y la articulación con los planes de mejoramiento de Entes de control.
11	11/07/2023	Se ajustó el numeral 4.26, en materia de los lineamientos que deben cumplir los procesos al solicitar modificaciones tanto al alcance de la acción como en su plazo máximo, para los planes de mejoramiento internos como los externos (Entes de Control).

Elaboró	Revisó	Aprobó
Carlos Ivan Rueda Blanco Contratista Oficina Asesora de Planeación	Nelson Jairo Rincón Martínez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Nelson Jairo Rincón Martínez Jefe Oficina Asesora de Planeación

1. OBJETIVO

Establecer las actividades para la formulación, implementación, monitoreo y seguimiento a los planes de mejoramiento internos y de Entes de Control, que contienen las acciones correctivas y acciones de mejora definidas para eliminar las causas que generan los hallazgos, con el fin de evitar su recurrencia y garantizar la mejora continua de los procesos en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

2. ALCANCE

Inicia con el análisis de las causas que generaron los hallazgos, la definición y ejecución de las acciones correctivas y de mejora por parte de las dependencias y/o procesos de la Entidad, pasando por el monitoreo de la segunda línea de defensa, hasta la emisión del informe con los resultados del seguimiento a los planes de mejoramiento tanto internos como de los Entes de Control.

3. DEFINICIONES

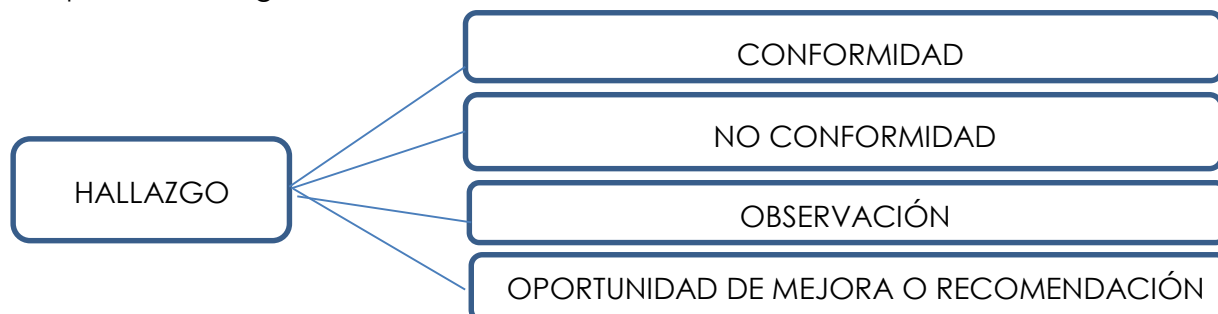
Acción correctiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad, observación detectada u otra situación no deseable.

Requisito: necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Conformidad: cumplimiento de un requisito.

Gestión de riesgos: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo; el enfoque basado en riesgos ha sido incorporado en la versión 2015 de la Norma ISO 9001, asociado a la acción preventiva de la versión 2008 y cuyo definición correspondía a eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Hallazgos de la auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. Son el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio establecido y la situación actual encontrada durante el examen a una actividad, procedimiento o proceso.¹ De acuerdo al siguiente esquema se pueden presentar estos tipos de hallazgo:



- **No conformidad:** Incumplimiento parcial o total de un requisito, que puede llegar a generar afectación crítica a una actividad o proceso.
- **Observación:** Falla potencial, incumplimiento parcial para el cual no se tiene evidencia suficiente.
- **Oportunidad de mejora o Recomendación:** Mejores prácticas que la organización puede implementar, aplicable solo a procesos/elementos conformes.

Origen o fuente: Es el hecho o situación que promueve u origina una acción correctiva o acción de mejora, dentro de las cuales se encuentran, entre otras:

- **Acciones relacionadas con la responsabilidad social:** Impacto de las decisiones y actividades que desarrolla la Entidad en la sociedad y en el medio ambiente, basados en una conducta transparente y ética que contribuya con el desarrollo sostenible, incluyendo la salud y bienestar de la sociedad, cumpliendo las leyes y tomando en cuenta las expectativas de las partes interesadas.
- **Auditoria Interna o Externa:** Resultados de auditoria ya sean internos o externos donde se identifican hallazgos y/o no conformidades con respecto al cumplimiento de un requisito.
- **Desempeño en el manejo ambiental:** Incumplimiento de objetivos, metas programas, desviación de la política ambiental y de la eficacia de los controles operacionales, accidentes, incidentes y emergencias ambientales que afecten directa o indirectamente al medio ambiente.
- **Desempeño en la gestión documental:** Incumplimiento real o potencial de la Circular Interna 004 de 2014 y el acuerdo 060 de 2001 del Archivo General de la Nación – AGN.
- **Desempeño en la seguridad de la información:** Incumplimiento real o potencial de la seguridad en la información en los términos de confidencial, integridad y disponibilidad.
- **Desempeño en la seguridad y salud en el Trabajo:** Incumplimiento real o potencial de la Resolución 1016 de 1989 (Subprograma de Medicina Preventiva, Subprograma de Medicina del Trabajo y Subprograma de Higiene y Seguridad Industrial), de la Resolución 1401 de 2007 (Reporte de accidentes y accidentes de trabajo, así como las obligaciones y requisitos mínimos para realizar la investigación de incidentes y accidentes de trabajo, con el fin de identificar las causas, hechos y situaciones que los han generado, e implementar las medidas correctivas encaminadas a eliminar o minimizar condiciones de riesgo y evitar su recurrencia), del Programa de Prevención y Promoción, del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, entre otros.
- **Incumplimiento de requisitos legales, contractuales:** Incumplimiento real o potencial de todas las leyes, Decretos, Resoluciones, Circulares internas y/o externas

- **Indicadores:** Incumplimiento real o potencial de la meta propuesta (Cuando no se alcanza o cuando se supera) o por deficiencias en los soportes que evidencian el cumplimiento de la misma; creación o actualización de un indicador.
- **Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias:** Incluye solicitudes realizadas por el ciudadano, usuarios externos o internos cuando se encuentran inconformes frente a la prestación de un bien o servicio por parte de la entidad.
- **Producto o servicio no conforme:** Incumplimiento recurrente con las características del servicio o producto del IDIGER.
- **Revisión por la dirección:** Resultados del análisis y revisión de la información correspondiente a políticas, auditorías, desempeño de los procesos, satisfacción del cliente, estado del Sistema Integrado de Gestión.
- **Riesgos:** Materialización de una vulnerabilidad o debilidad por amenazas expuestas que impactan de manera negativa las operaciones de la Entidad.
- **Satisfacción de los usuarios y partes interesadas:** Resultados favorables o desfavorables de la percepción del cliente, frente a los servicios o productos ofrecidos por la Entidad
- **Planes de mejoramiento:** Documento que contiene el conjunto de correcciones y acciones correctivas, que se compromete a implementar la Entidad, con el propósito de eliminar las causas de una no conformidad.
- **Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **Aplicativo CHIE:** Es el sistema de información adoptado por la Entidad, para la formulación, monitoreo y seguimiento a los planes de mejoramiento internos y de los Entes de Control

4. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

- 4.1 Cualquier servidor público o contratista del IDIGER podrá identificar la necesidad de implementar acciones correctivas y acciones de mejora, en el proceso que participa directamente o para cualquier otro proceso de la Entidad a partir del análisis y/o resultados de las siguientes fuentes:
- Salidas no conformes
 - Materialización de riesgos
 - Indicadores de gestión
 - Percepción de la satisfacción de los usuarios
 - Incumplimiento de necesidades y expectativas de las partes interesadas

- Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias
 - Auditorías internas y externas
 - Revisión por la Dirección
 - Incumplimiento de planes, programas y proyectos
 - Desempeño en el manejo ambiental
 - Desempeño en la seguridad y salud en el trabajo
 - Desempeño en la seguridad de la información
 - Desempeño en la gestión documental
 - Acciones relacionadas con la responsabilidad social
 - Incumplimiento de requisitos legales
 - Otras
- 4.2 Cuando se determine un hallazgo de tipo no conformidad u observación, las dependencias y/o procesos deberán formular en un plazo máximo de 10 días hábiles el plan de mejoramiento correspondiente.
- 4.3 Cuando se determine un hallazgo de tipo oportunidad de mejora / recomendación, es potestativo de la dependencia y/o proceso responsable, formular un plan de mejoramiento. No obstante, si se formula plan de mejoramiento para acoger la oportunidad de mejora / recomendación, se hace obligatorio para la dependencia y/o proceso la implementación de las acciones de mejora.
- 4.4 Si la dependencia y/o proceso decide no acoger la oportunidad de mejora / recomendación, deberá brindar las justificaciones a la Oficina de Control Interno, en un plazo máximo de 10 días hábiles. No obstante, se podrán implementar las acciones que la dependencia y/o proceso considere necesarias para dar cumplimiento a la oportunidad de mejora / recomendación, sin estar supeditado al cumplimiento de términos y al monitoreo y seguimiento de la segunda y tercera línea de defensa respectivamente.
- 4.5 La formulación del Plan de Mejoramiento de Contraloría de Bogotá u otros Entes de Control se realizará de acuerdo a los lineamientos legales vigentes que cada uno de ellos establezca.
- 4.6 Tanto el análisis de causas y la formulación de los planes de mejoramiento internos y de Entes de Control, deberá contar con el acompañamiento y/o revisión de la Oficina Asesora de Planeación, siendo esta última la dependencia responsable de entregar de manera oficial el plan de mejoramiento a la Oficina Asesora de Planeación.
- 4.7 Las acciones definidas deben ser medibles y cuantificables, deben quedar redactadas en verbos que promuevan la acción, por ejemplo: Elaborar, Realizar, Verificar, entre otros y describir de forma precisa lo que se pretende hacer para eliminar la causa, estableciendo claramente el producto o alcance de las acciones, contemplando variables como cantidad de productos a entregar durante el periodo de ejecución de la acción y periodicidad para desarrollar las actividades que conllevan al cumplimiento de la acción, cuando esta sea necesaria.

- 4.8 El líder del proceso deberá asegurar la implementación de correcciones sin demora injustificada, cuando sea necesario y pertinente subsanar de manera inmediata el origen o fuente que generó el hallazgo. La pertinencia de realizar la corrección, deberá ser comunicada por la Oficina de Control Interno mediante los correspondientes informes de auditoría y/o seguimiento que realizan.
- 4.9 El líder del proceso debe asegurar que se ejecutan las acciones correctivas y de mejora en los plazos establecidos en los planes de mejoramiento para eliminar las no conformidades u observaciones detectadas, así como sus causas.
- 4.10 Por cada hallazgo generado, se deberá mediante el formato establecido, realizar un análisis de causas e identificar su causa raíz, bajo alguna de las siguientes técnicas: diagrama causa – efecto, lluvia de ideas o cinco por qué's. Lo anterior permitirá asegurar la correcta identificación de las causas que realmente generaron el hallazgo y la definición de acciones que apunten a su eliminación.
- 4.11 Cuando el tratamiento de un hallazgo requiera ser ejecutado por diferentes dependencias, el Líder del Proceso donde se origina la acción debe convocar a las dependencias involucradas para realizar de manera conjunta el análisis de causas. No obstante, las acciones que se formulen deberán quedar bajo responsabilidad de una sola dependencia y/o proceso dentro del aplicativo CHIE, aspecto que implica la formulación de la misma acción por cada uno de los responsables identificados o determinar un solo responsable que garantice la coordinación entre todas las dependencias y/o procesos para la ejecución de una sola acción correctiva o de mejora.
- 4.12 Cuando una acción definida en el Plan de Mejoramiento requiera ser modificada por cambios en: los lineamientos estratégicos, estructura organizacional, el personal u otro motivo justificable, el líder del proceso podrá remitir mediante correo electrónico o comunicación, la solicitud de modificación de la acción propuesta y la nueva acción (cuando aplique) para que la Oficina de Control Interno realice la modificación del Plan, previa validación de los requisitos.
- 4.13 Las modificaciones de planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría u otros entes de control responderá a los lineamientos legales de cada uno de ellos. Las modificaciones son responsabilidad de cada líder de proceso y deben ser aprobadas por el Representante Legal de la entidad.
- 4.14 La Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, realizará monitoreo mensual, al avance de la ejecución de los planes de mejoramiento tanto internos como de los Entes de Control. Con base en lo anterior, los procesos como primera línea de defensa, deberán reportar y cargar bajo la misma periodicidad, sus avances y evidencias.

- 4.15 En los seguimientos que realiza la Oficina de Control Interno junto con el responsable de la acción o el delegado por la Dependencia, se establecerá el estado de avance de la acción de acuerdo a las actividades definidas para su cumplimiento y las evidencias presentadas por los responsables .
- 4.16 Las áreas responsables podrán solicitar a la Oficina de Control Interno el cierre de las acciones a cargo cuando hayan cumplido lo establecido en el Plan de Mejoramiento y se tengan los soportes que lo sustenten. Por su parte la Oficina de Control Interno, en los seguimientos programados o antes según se requiera, verificará la evidencia y dará por cerrada la acción, registrando en el aplicativo lo evidenciado. De no ser suficientes o pertinentes las evidencias presentadas, se comunicará al responsable las observaciones para que se tomen las medidas necesarias.
- 4.17 En caso de existir algún tipo de controversia en la evaluación de una acción, se remitirá al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para su resolución en el marco de sus funciones.
- 4.18 Los líderes de procesos deben hacer seguimiento al desarrollo de sus acciones y registrarlo oportunamente en la herramienta establecida, aplicando los principios de autocontrol y autogestión, sin perjuicio del monitoreo y seguimiento que realiza la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno respectivamente.
- 4.19 Periódicamente, la Oficina de Control Interno realizará seguimiento al Plan de Mejoramiento, utilizando los siguientes criterios:
- Eficacia, si la acción se cumplió
 - Eficiencia, si la acción se cumplió en la fecha establecida para su ejecución.
 - Efectividad, si la acción se cumplió en la fecha establecida para su ejecución y logró eliminar la causa raíz.

De encontrarse acciones sin seguimiento y evidencias registradas no se hará el cierre de la acción.

- 4.20 La Oficina de Control Interno, de acuerdo con la normatividad vigente, remitirá a los entes de control, el plan de mejoramiento con el respectivo seguimiento, en el formato establecido para tal fin. La formulación y ejecución de las acciones son responsabilidad de los líderes de proceso.
- 4.21 La Oficina de Control Interno presentará mínimo una vez al año al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o quien haga sus veces, el estado de avance del Plan de Mejoramiento Institucional para que se tomen las medidas pertinentes.
- 4.22 La Oficina de Control Interno realizará la publicación del Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría de acuerdo a las disposiciones de la Ley 1712 de 2014.

- 4.23 Cuando se decida incluir oportunidades de mejora en el plan de mejoramiento, los líderes deberán evaluar la pertinencia de las mismas asegurando que agregan valor a la gestión del proceso.
- 4.24 Si el hallazgo encontrado está causando impactos; en el medio ambiente y/o actos o condiciones inseguras se debe iniciar la corrección inmediata bajo la responsabilidad del jefe, supervisor o líder de proceso, donde se encontró el hecho y posteriormente generar la respectiva acción.
- 4.25 Los hallazgos derivados por materialización de hechos de corrupción deben ser documentados de forma completa y objetiva para realizar tanto las denuncias correspondientes ante entes de control, como para formular las acciones en el plan de mejoramiento. El poner la denuncia no exime de realizar el respectivo plan de mejoramiento.
- 4.26 Para los planes de mejoramiento interno, en caso de requerir cualquier tipo de modificación de la acción con respecto a la acción inicialmente propuesta, la dependencia responsable o fecha de terminación, el proceso responsable de ejecutar la acción deberá solicitar la correspondiente modificación a la Oficina de Control Interno, de manera formal y por escrito, con una antelación no menor a un mes calendario con respecto a la fecha de terminación de la acción inicialmente programada, indicando la(s) justificación(es) por la(s) cual(es) solicita dicha modificación. Para los planes de mejoramiento externos (suscritos con los Entes de Control), en caso de requerir algún tipo de modificación en las acciones propuestas, estas modificaciones deberán ser tramitadas de acuerdo con los lineamientos, normas, procedimientos, políticas, instrumentos y demás herramientas establecidas por los respectivos órganos de control, en materia de planes de mejoramiento.
- 4.27 En concordancia con el numeral anterior, los procesos solo podrán solicitar una prórroga, y su duración no debe superar el plazo que inicialmente se definió para la acción.
- 4.28 En aras de llevar una estadística unificada al interior de toda la Entidad, las acciones del plan de mejoramiento se clasificarán de la siguiente manera, por parte de la segunda y tercera línea de defensa como responsables de reportar el monitoreo y seguimiento a los planes de mejoramiento respectivamente:

Estados para PM de Entes de Control	Estados para PM Internos
En Ejecución	En Ejecución
Cumplida	En Ejecución Vencidas
Incumplida (por Términos)	Cerrada en Términos
Cerrada por Vencimiento de Términos	Cerradas Vencidas
	Cerradas Inefectivas

Planes de Mejoramiento de Entes de Control:

- En ejecución: Son aquellas acciones que se encuentran en implementación dentro de los términos o plazos establecidos inicialmente.
- Cumplida: Son aquellas acciones implementadas en su totalidad dentro de los términos o plazos establecidos inicialmente, pero no pueden calificarse como cerradas hasta que sean evaluadas por el Ente de Control que generó el hallazgo.
- Incumplida (por Términos): Son aquellas acciones que fueron implementadas de manera parcial o total por fuera de los términos establecidos inicialmente.
- Cerradas por Vencimiento de Términos: Son aquellas acciones cumplidas o incumplidas (por términos) que no han sido evaluadas por el Ente de Control en un periodo mayor a tres (3) años, desde la fecha de terminación de la acción.

Planes de Mejoramiento Internos:

- En ejecución: Son aquellas acciones que se encuentran en implementación dentro de los términos o plazos establecidos inicialmente.
- En ejecución vencidas: Son aquellas acciones que se encuentran aún en implementación pero fuera de los términos o plazos establecidos inicialmente.
- Cerradas en Términos: Son aquellas acciones que fueron implementadas en su totalidad dentro de los términos o plazos establecidos inicialmente y que ya fueron evaluadas por la Oficina de Control Interno.
- Cerradas Vencidas: Son aquellas acciones que fueron implementadas en su totalidad por fuera de los términos o plazo establecidos inicialmente, y contaron con la evaluación de la Oficina de Control Interno.
- Acciones inefectivas: Son aquellas acciones que no fueron cumplidas en su totalidad, debido a que no lograron atacar adecuadamente la causa raíz que generó el hallazgo. Estas acciones son cerradas por la Oficina de Control Interno, pero requieren la definición de una nueva acción que logre subsanar la causa raíz.

4.29 La formulación, monitoreo y seguimiento a los planes de mejoramiento internos y de entes de control, se realizará mediante el aplicativo CHIE, implementado al interior de la Entidad. Con base en lo anterior, se manejarán los siguientes roles para estas etapas en el aplicativo:

- Rol Administrador: Es el usuario responsable de configurar todas las listas desplegables que maneja el aplicativo, así como de crear y eliminar los

diferentes usuarios que manejan la herramienta. También tiene la responsabilidad de eliminar planes, hallazgos y acciones ante situaciones puntuales que se presenten, y de definir en el aplicativo la fecha inicial y final de reporte de avance por parte de la primera línea de defensa.

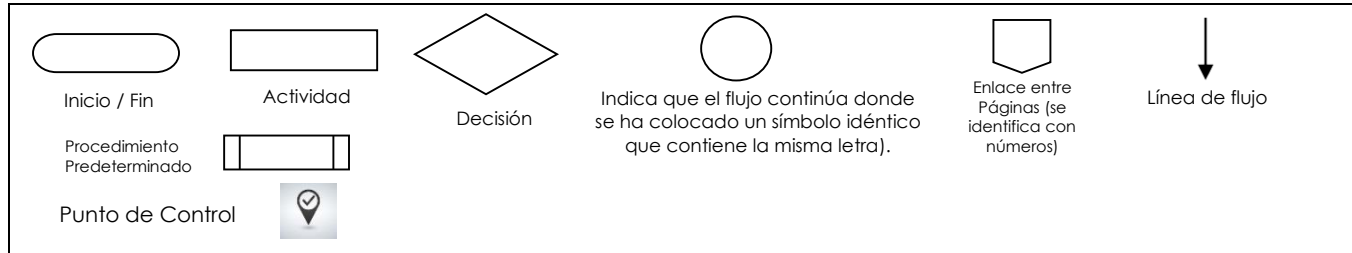
- **Rol OCI:** Es el usuario que puede visualizar o consultar el estado de todos los planes de mejoramiento internos o de Entes de Control que tiene la Entidad. Así mismo, es el usuario que registra los hallazgos, planes de mejoramiento y acciones en el aplicativo. Finalmente, es el usuario que puede calificar el avance de las acciones correctivas y de mejora. Este rol aplica para los Jefes o profesionales de la Oficina de Control Interno. El auditor que realizará el seguimiento, es quien debe realizar el registro de estos tres elementos en el aplicativo.
- **Rol Ejecutor:** Es el usuario que puede consultar el estado de los planes de mejoramiento que están asociados a su proceso / dependencia, reportar los avances y cargar las evidencias correspondientes. Este rol aplica para los referentes de gestión de cada dependencia / proceso.
- **Rol Jefe de Dependencia:** Es el usuario que puede consultar el estado de los planes de mejoramiento que están asociados a su proceso / dependencia y asignar el rol ejecutor para las acciones correctivas y de mejora establecidas. Finalmente, puede aceptar, rechazar y poner en marcha la ejecución de las acciones asociadas a su proceso / dependencia. Este rol aplica a los diferentes responsables de dependencia / proceso.
- **Rol Analista:** Es el usuario que puede visualizar o consultar el estado de todos los planes de mejoramiento internos o de Entes de Control que tiene la Entidad. Este rol aplica para los asesores de la Dirección General y para la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa y responsable del monitoreo a los planes.

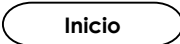
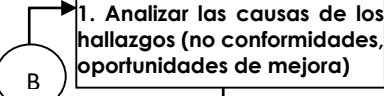
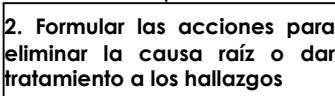
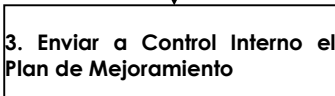
- 4.30 No es obligatorio reportar el avance en el mismo mes, de aquellas acciones que fueron creadas por la Oficina de Control Interno, de manera posterior a la fecha de finalización del reporte de avance de la primera línea de defensa. Es a partir del siguiente mes que se deberá realizar este reporte y su posterior monitoreo y seguimiento.
- 4.31 Todas las acciones correctivas y de mejora que se formulen para los planes de mejoramiento de Entes de Control, no podrán tener fecha de finalización en la misma vigencia de formulación del Plan. Asimismo, el periodo de ejecución de la acción no podrá ser superior a un año.
- 4.32 Las dependencias / procesos deberán reportar el avance de la ejecución de sus acciones de manera mensual (mes vencido) en el aplicativo CHIE. En caso de que en algún mes no se presenten avances, igualmente deberán indicarlo dentro del

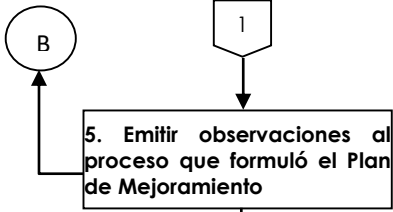
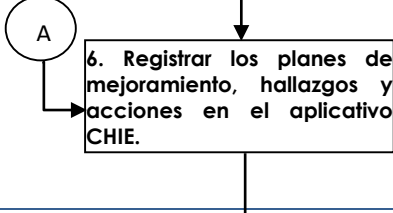
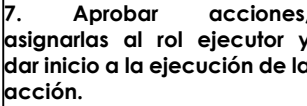
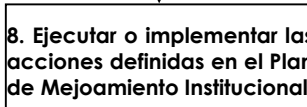
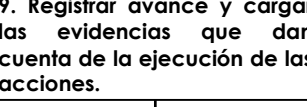
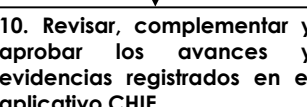
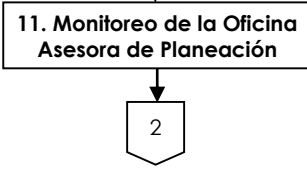
aplicativo, con el fin de que la Oficina de Control Interno pueda realizar el correspondiente seguimiento y calificación de la acción.

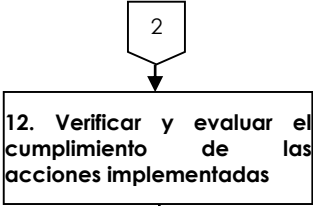
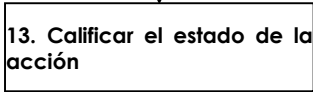
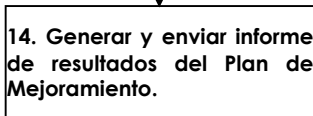
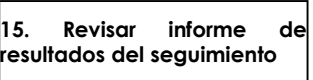
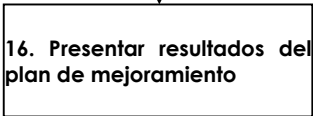
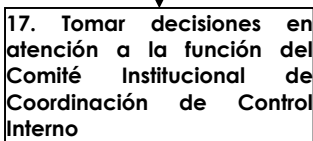
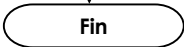
- 4.33 En concordancia con lo anterior, todas las evidencias que soporten los avances reportados, deberán anexarse dentro del aplicativo CHIE bajo la misma periodicidad mensual.

5 DESARROLLO



FLUJOGRAMA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO O REGISTRO
	Inicio del procedimiento		
	1. A partir de las diferentes fuentes de evaluación y control, entender el hallazgo para analizar e identificar la causa raíz que generó la situación encontrada y formular las acciones pertinentes.	Líderes de dependencia / proceso Y Oficina Asesora de Planeación	Formato para el Análisis de causas y definición de acciones.
	2. Registrar en el EI-FT-04 Formato plan de mejoramiento institucional, las acciones que permitirán eliminar la causa raíz o dar tratamiento a los hallazgos. La formulación del plan deberá contar con el acompañamiento o revisión de la Oficina Asesora de Planeación.	Líderes de dependencia / proceso Y Oficina Asesora de Planeación	EI-FT-04 Formato plan de mejoramiento institucional
	3. Envía por correo electrónico el Plan de Mejoramiento Interno o de Entes de Control para consolidar en la herramienta establecida.	Oficina Asesora de Planeación	Correo Electrónico
	4. El Jefe o profesional de la OCI realizará una revisión del diligenciamiento del Plan de Mejoramiento Interno o de Entes de Control. Así mismo, que las acciones cuenten con la efectividad pertinente para eliminar la causa raíz.	Oficina de Control Interno	
	¿El Plan de Mejoramiento Interno o de Entes de Control es Conforme? Si: Continuar con la actividad No. 6 No: Continuar con la actividad No. 5	Oficina de Control Interno	

FLUJOGRAMA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO O REGISTRO
	5. Realizar las observaciones pertinentes al proceso que formuló el plan de mejoramiento Interno o de Entes de Control, el cual deberá realizar nuevamente el proceso desde la Actividad No. 1. De acuerdo al rol de enfoque hacia la prevención, asignado a las Oficinas de Control Interno (Decreto 648 de 2017. Artículo 2.2.21.5.3).	Oficina de Control Interno	Correo electrónico o comunicación interna
	6. Registrar en el aplicativo CHIE el plan de mejoramiento, hallazgos y acciones aprobadas. Nota: La OCI deberá informar al responsable de dependencia / proceso la asignación o creación de la acción correctiva o de mejora en el aplicativo CHIE.	Profesional o Contratista Auditor de la Oficina de Control Interno	Aplicativo CHIE Correo Electrónico
	7. Aprobar en el aplicativo CHIE la acción, designar el referente de gestión responsable de gestionar la ejecución de la acción, reportar sus avances y cargue de evidencias en el sistema de información. Dar inicio a la acción, pasándola al estado "En progreso" (En ejecución).	Líderes de dependencia / proceso	Aplicativo CHIE
	8. Ejecutar o Implementar las acciones definidas en el Plan de Mejoramiento Interno o de Entes de Control para tratar el hallazgo y eliminar la causa raíz que lo originó.	Líderes de dependencia / proceso	Registros físicos y digitales que evidencien la ejecución de las acciones
	9. Registrar los avances y cargar las evidencias de manera mensual en el aplicativo CHIE.	Referentes de Gestión (Rol Ejecutor) Y Líderes de dependencia / proceso	Aplicativo CHIE Registros físicos y digitales que evidencien la ejecución de las acciones
	10. El líder de dependencia / proceso procede a revisar en el aplicativo CHIE, los avances y evidencias registrados por el referente de gestión (rol ejecutor), con el fin de completarlos o aprobarlos dentro del sistema de información.	Líderes de dependencia / proceso	Aplicativo CHIE Registros físicos y digitales que evidencien la ejecución de las acciones
	11. Realizar mediante las notas y/o mensajes internos del aplicativo CHIE, el monitoreo como segunda línea de defensa, al avance en la ejecución de las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento Interno o de Entes de Control.	Oficina Asesora de Planeación	Reporte de monitoreo de planes de mejoramiento Aplicativo CHIE

FLUJOGRAMA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO O REGISTRO
	12. Realizar el seguimiento periódico al cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de mejoramiento interno o de Entes de Control, verificando el avance registrado por el proceso con sus respectivas evidencias en el aplicativo CHIE y evaluando su porcentaje de cumplimiento.	Profesional o Contratista Auditor de la Oficina de Control Interno	Aplicativo CHIE
	13. El auditor asignado procederá a establecer el porcentaje de cumplimiento oficial dentro del aplicativo CHIE y a definir el cambio o no en el estado de la acción.	Profesional o Contratista Auditor de la Oficina de Control Interno	Aplicativo CHIE
	14. Generar el informe con los resultados del seguimiento al Plan de Mejoramiento Interno o de Entes de Control y socializarlo a los líderes de proceso, Dirección General y Oficina Asesora de Planeación.	Jefe / Profesional o Contratista de la Oficina de Control Interno	El-FT-56 Informe de Ley y/o seguimiento Correo Electrónico Comunicación Interna
	15. Realizar la revisión del informe de resultados del seguimiento al Plan de Mejoramiento Interno o de Entes de Control.	Líderes de dependencia / proceso	
	16. Presentar en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, un informe ejecutivo sobre el estado de las acciones del plan de mejoramiento interno o de Entes de Control, para la toma de decisiones basada en los resultados.	Jefe Oficina de Control Interno	Acta de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
	17. "a. Evaluar el estado del Sistema de Control Interno de acuerdo con las características propias de cada organismo o entidad y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del sistema a partir de la normatividad vigente, los informes presentados por el jefe de control interno o quien haga sus veces, organismos de control y las recomendaciones del equipo MECI." (Decreto 648 de 2017, Artículo 2.2.21.1.6).	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Acta de Comité
	Fin del procedimiento.		

6 DOCUMENTOS EXTERNOS

Nombre	Fecha de Publicación o Versión	Entidad que lo Emite	Medio de Consulta
N/A	N/A	N/A	N/A