



**ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.**  
AMBIENTE

Instituto Distrital de Gestión de Riesgos  
y Cambio Climático

## Formulación, Ejecución y Seguimiento de los Planes de Mejoramiento

SEC-PD-08  
Versión 9

### Dependencia

Control Interno

### Proceso

Seguimiento, Evaluación y Control de la Entidad

### Objetivo

Formular, implementar y hacer seguimiento a los Planes de mejoramiento que contiene las correcciones y acciones correctivas, emprendidas para eliminar las causas de 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.

### Alcance

Inicia con las actividades de identificación de las causas de hallazgos, hasta el cierre de las acciones. Aplica para todos los procesos, productos o servicios del IDIGER.

06/03/2018

## 1. Políticas de Operación

1.1 Cualquier servidor público o contratista del IDIGER podrá identificar la necesidad de implementar acciones correctivas, correcciones o gestionar el riesgo, 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:

- Producto o servicio no conforme
- Riesgos o indicadores
- Satisfacción de los usuarios y partes interesadas
- Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias
- Auditorías internas y externas
- Revisión por la Dirección
- 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 y contractuales
- Otras

1.2 La formulación de Plan de Mejoramiento de Contraloría u otros Entes de Control se realizará de acuerdo a los lineamientos legales vigentes de cada uno de ellos.

1.3 El líder del proceso debe asegurar que se realizan las acciones definidas sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.

1.4 Para realizar el análisis de causas es pertinente utilizar Técnicas para Análisis de Causas ya sean cualitativas y/o cuantitativas, y de esta forma asegurar la correcta identificación de las causas y las acciones.

1.5 Las acciones definidas deben ser medibles y cuantificables, deben quedar redactadas en verbos, que promuevan la acción ejemplo: Elaborar, Realizar, Verificar, entre otros y describir de forma precisa lo que se pretende hacer para eliminar la causa, evitando dejar actividades ambiguas o generales.

1.6 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 el análisis de las causas y/o notificar de las acciones planteadas para su conocimiento y aplicación.

1.7 Todos los hallazgos de auditoría deben ser tratados a través de una corrección, acción correctiva y/o gestión de los riesgos, el plan de mejoramiento para subsanarlos debe ser presentado dentro de los términos señalados en el procedimiento de auditorías. Si se identifica un riesgo, control o acción de mitigación en el ciclo de mejoramiento de los procesos, debe alinearse con la matriz de riesgo de estos incluyendo lo encontrado.

1.8 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.

- 1.9 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.
- 1.10 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 para el cumplimiento de la acción y la evidencia presentada por los responsables .
- 1.11 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, plasmando en el formato lo evidenciado. De no ser suficientes o pertinentes las evidencias presentadas, se comunicará al responsable las observaciones para que se tomen las medidas necesarias.
- 1.12 En caso de existir algún tipo de controversia en la evaluación de una acción, se remitirá al Comité de Coordinación de Control Interno, para su resolución en el marco de sus funciones.
- 1.13 Los líderes de procesos deben hacer seguimiento al desarrollo de sus acciones y registrarlos oportunamente en la herramienta establecida, aplicando los principios de autocontrol y autogestión, sin perjuicio del seguimiento que realiza la Oficina de Control Interno.
- 1.14 Periódicamente la Oficina de Control Interno realizará seguimiento y monitoreo al Plan de Mejoramiento, utilizando los siguientes criterios:
  - Eficacia, si la acción se cumplió
  - Eficiencia, si se cumplió la fecha establecida para su ejecución.

De encontrarse acciones sin seguimiento y evidencias registradas no se hará el cierre de la acción.
- 1.15 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.
- 1.16 La Oficina de Control Interno presentará mínimo una vez al año al Comité 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.
- 1.17 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.
- 1.18 Cuando se decida incluir oportunidades de mejora en el plan de mejoramiento, los líderes deben evaluar la pertinencia de las mismas asegurando que agregan valor a la gestión del proceso.
- 1.19 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.

- 1.20 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.
- 1.21 Las evidencias de la ejecución de las acciones del Plan de Mejoramiento Institucional deben encontrarse debidamente almacenadas en medio físico y/o digital a cargo de la persona designada por la dependencia para el seguimiento al Plan de Mejoramiento.
- 1.22 Las evidencias de la ejecución de las acciones del Plan de Mejoramiento de Contraloría deben encontrarse debidamente almacenadas en medio físico y/o digital a cargo de la persona designada por la dependencia para el seguimiento al Plan de Mejoramiento, y así mismo deben ser remitidas en medio digital a la Oficina de Control Interno.

## 2. Glosario

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

**Conformidad:** cumplimiento de un requisito.

**Corrección:** acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

**Estado de la acción:** Etapa de ejecución en la que se encuentra la acción de acuerdo a su porcentaje de avance y oportunidad:

- **No iniciada:** Estado asignado a aquellas acciones que se encuentran programadas para ejecutarse en un periodo posterior al de fecha de seguimiento
- **Abierta en desarrollo:** Estado asignado a la acción que se encuentra en ejecución y se encuentra en los tiempos establecidos
- **Abierta vencida:** Estado asignado a la acción que sobrepasó el tiempo programado para su ejecución y no se ha iniciado o continúa en desarrollo.
- **Cerrada:** Estado asignado a la acción que se ejecutó en los términos establecidos del plan de mejoramiento

**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.<sup>1</sup> De acuerdo al siguiente esquema se pueden presentar estos tipos de hallazgo:

<sup>1</sup> DAFP, Guía de Auditoría para Entidades Públicas Versión 2, Octubre de 2015 Pág. 34

Gráfica 1. Tipos de hallazgos



**Fuente:** (Grupo Elite Organizacional, 2016)

- **No conformidad:** Incumplimiento parcial o total de un requisito, que puede llegar a generar afectación crítica al SGI.
- **Observación:** Falla potencial, incumplimiento para el cual no se tiene evidencia suficiente.
- **Oportunidad de mejora:** 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 oportunidad de mejora (acción correctiva, preventiva o de mejora), dentro de que se encuentran las siguientes, 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.
- **Auditoría Interna o Externa:** Resultados de auditoría 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 FOPAE.
- **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.

3. Descripción de Actividades

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CONTROL
1	<p><b>Analizar las causas de los hallazgos (no conformidades, oportunidades de mejora):</b> A partir de las diferentes fuentes de evaluación y control (ver política de operación 1.1), reconocer el hallazgo para identificar y analizar las causas que están generando la situación encontrada a partir de las diferentes técnicas descritas en el instructivo SEC-IN-01.</p> <p><b>Nota:</b> En caso de presentarse dudas, solicitar apoyo a la Oficina Asesora de Planeación o la Oficina de Control Interno</p>	Líderes proceso/Líderes calidad	de de Registro de Causas en el Formato SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento
2	<p><b>Formular las acciones para eliminar las causas o dar tratamiento a los hallazgos:</b> Registrar en el formato SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento, las acciones que permitirán eliminar las causas o dar tratamiento a los hallazgos de acuerdo al instructivo de diligenciamiento de Plan de Mejoramiento. Es importante que las acciones tengan plena coherencia y relación con las causas identificadas. De no ser así deberán analizarse nuevamente las causas y determinar si faltan o si no se identificó apropiadamente la causa raíz.</p> <p><b>Nota:</b> En caso de presentarse dudas, solicitar apoyo a la Oficina Asesora de Planeación.</p>	Líderes procesos/Líderes Calidad/Oficina Asesora Planeación	de de Registro de acciones en el Formato SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento
3	<p><b>Enviar a Control Interno el Plan de Mejoramiento:</b> Envía por correo electrónico el Plan de Mejoramiento para consolidar en la herramienta establecida.</p>	Líderes procesos/Líderes Calidad	de de Correo electrónico
4	<p><b>Revisar el Plan De Mejoramiento:</b> El Jefe o profesional de la Oficina de Control Interno realizara una revisión del Plan de Mejoramiento.</p> <p>¿El Plan de Mejoramiento es Conforme?</p> <p>Si: Continuar con la actividad 5</p> <p>No: Continuar con la actividad 6</p>	Oficina de Control Interno	Formato SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento

5	<p><b>Realizar recomendaciones:</b> Realizar las observaciones pertinentes, de acuerdo con lo registrado en el SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento y retorna a la actividad 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). Remitirse nuevamente a la actividad 1.</p>	Oficina de Control Interno	Correo electrónico
6	<p><b>Consolidar los planes de mejoramiento en el Plan de Mejoramiento Institucional:</b> Consolidar todos los planes en el Formato SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento e informar su disponibilidad para su seguimiento.</p>	Oficina de Control Interno	Formato SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento consolidado. Correo electrónico
7	<p><b>Informar a las personas involucradas de la ejecución de las acciones del Plan de Mejoramiento:</b> Informa a los servidores públicos, contratistas o áreas involucradas mediante correo electrónico, reuniones u otro medio, de las actividades que tienen bajo su responsabilidad.</p>	Líderes procesos/Líderes Calidad	Correo electrónico, reuniones u otro medio
8	<p><b>Implementar el plan de acción:</b> Implementa la acción definida en el Plan de Mejoramiento para tratar el hallazgo.</p>	Líderes procesos/Líderes Calidad	Formato SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento
9	<p><b>Registrar avance en la ejecución de la actividad:</b> Registra en el formato SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento, en la casilla “SEGUIMIENTO POR PARTE DEL LIDER DE PROCESO O RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD”, describiendo lo que se ha realizado y las evidencias que los soportan.</p> <p><b>NOTA:</b> En caso de requerir ampliación del plazo en la fecha para la ejecución de la actividad, se deberá informar a Control Interno con un mes de antelación a la fecha de finalización de la acción con la respectiva justificación. Se recomienda programar los seguimientos de acuerdo a la criticidad o riesgo asociado al hallazgo y acción planteada. Ver política de operación 1.13 y 1.14</p>	Líderes procesos/Líderes Calidad	Registro validado en Formato SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento

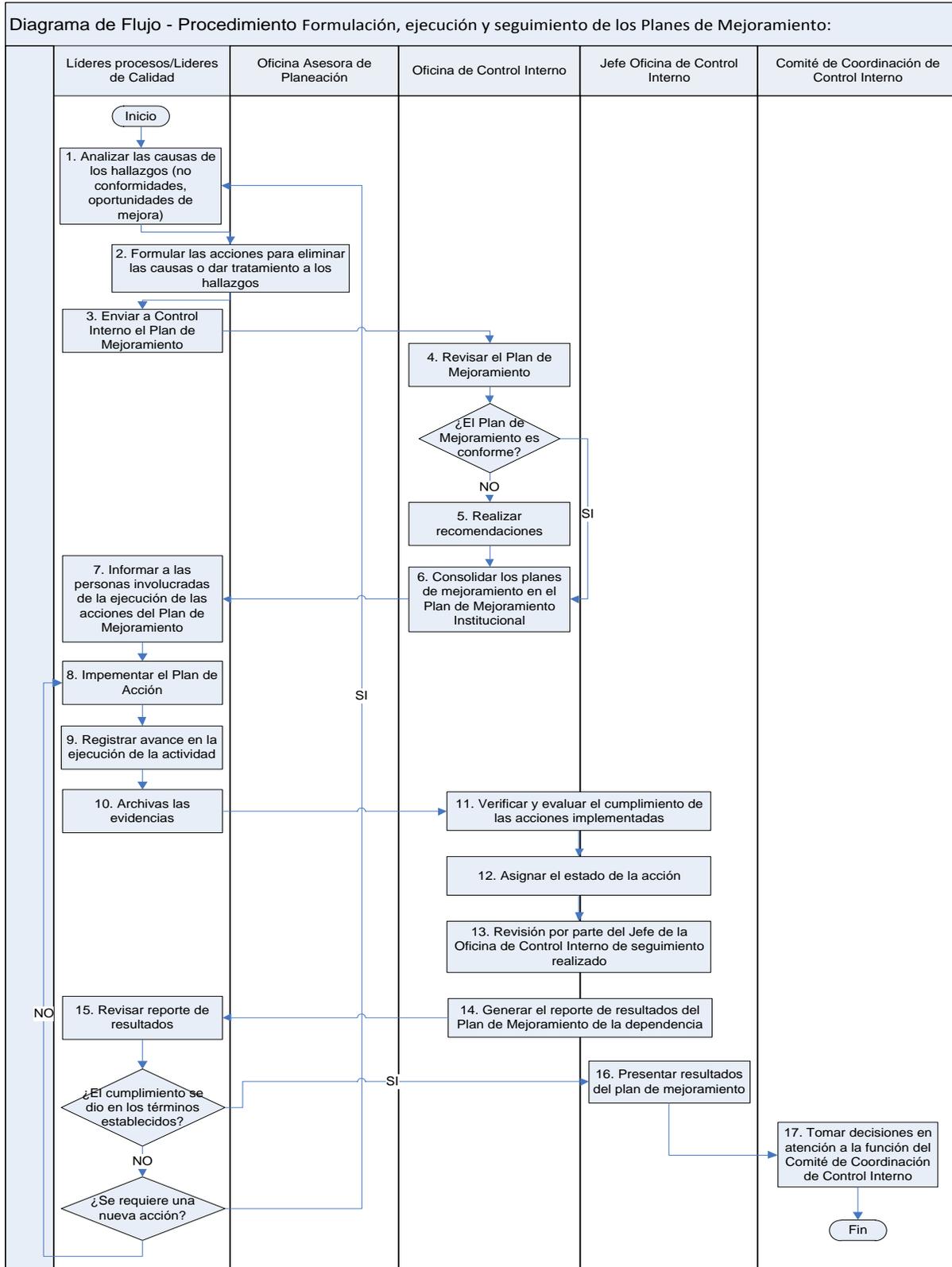
10	<b>Archivar las evidencias:</b> Guardar las evidencias que soportan la ejecución del Plan de Mejoramiento en medios digitales o físicos y prepararlos para verificaciones de Control Interno, comités, entes de control u otras instancias.	Líderes procesos/Líderes Calidad	de de	Evidencias validadas archivadas	y
11	<b>Verificar y evaluar el cumplimiento de las acciones implementadas:</b> Realizar el seguimiento al cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de mejoramiento, verificando los soportes registrados por el responsable y evaluando: "PORCENTAJE DE AVANCE ACCIÓN EFICACIA, EFICIENCIA Y ESTADO DE LA ACCION".	Jefe / Profesional Control Interno		Registro de evaluación Formato SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento  Acta de seguimiento suscrita	
12	<b>Asignar el estado de la acción:</b> Registrar en el Formato Plan de Mejoramiento el estado de la acción (Ver glosario)	Jefe / Profesional Control Interno		Registro de evaluación Formato SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento  Acta de seguimiento suscrita	
13	<b>Revisión por parte del Jefe de la Oficina de Control Interno de seguimiento realizado:</b> El(la) Jefe de la Oficina de Control Interno realizará una revisión periódica del Plan de Mejoramiento consolidado con su respectivo seguimiento	Jefe Oficina Control Interno	de	Formato SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento	
14	<b>Generar el reporte de resultados del Plan de Mejoramiento de la dependencia:</b> Enviar reporte de resultados de Plan de Mejoramiento a líderes de calidad y líderes de proceso mediante correo electrónico	Jefe / Profesional Control Interno		Correo electrónico	
15	<b>Revisar reporte de resultados:</b> Realizar la revisión del reporte de resultados del Plan de Mejoramiento.  ¿El cumplimiento de la acción se dio en los términos establecidos?  Si: Continuar con la actividad 16 No: ¿Se requiere una nueva acción?	Líderes procesos/Líderes Calidad	de de	Correo electrónico	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si: Continuar con la actividad 1. Ver política 1.8</li> <li>• No: Continuar con la actividad 8</li> </ul>
16	<p><b>Presentar resultados del plan de mejoramiento:</b> Presentar en el Comité de Coordinación de Control Interno (Comité SIG) un informe ejecutivo sobre el estado de las acciones del plan de mejoramiento para la toma de decisiones basada en los resultados.</p> <p>Jefe Oficina de Control Interno      de      Acta de Comité</p>
17	<p><b>Tomar decisiones en atención a la función del Comité de Coordinación de Control Interno:</b> “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).</p> <p>Comité de Coordinación de Control Interno      de      Acta de Comité</p>

#### 4. Formatos y Registros

- SEC-FT-04 Plan de Mejoramiento
- Plan de mejoramiento de Contraloría
- Formatos análisis de causas

## 5. Diagrama de flujo



6. Control de Cambios.

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN	APROBADO POR
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.	DIANA RUBIANO DIRECTORA GENERAL
2	15/05/2008	Se actualiza el marco normativo y se complementan los responsables de Las actividades.	GUILLERMO ESCOBAR DIRECTOR GENERAL
3	04/05/2009	Se eliminan los tiempos del procedimiento, se ajustan las actividades y se incluye la articulación con los mapas de riesgo.	GUILLERMO ESCOBAR DIRECTOR GENERAL
4	29/09/2009	Se actualizan las actividades y se incluye la articulación con los planes de Mejoramiento.	GUILLERMO ESCOBAR DIRECTOR GENERAL
5	24/06/2010	Se actualizan las actividades, los responsables y se incluye la articulación el control de documentos y registros	GUILLERMO ESCOBAR DIRECTOR GENERAL
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.	GUILLERMO ESCOBAR DIRECTOR GENERAL
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.	DIANA CONSTANZA RAMÍREZ ASESOR CONTROL INTERNO
8	10/02/2015	Actualización de políticas, glosario, actividades y responsables de acuerdo con la nueva estructura organizacional – Acuerdo 006 y Acuerdo 007 de 2013.  Actualización de Políticas de Operación y actividades, de acuerdo a lo contemplado en el hallazgo de la Auditoría Interna al Sistema de Gestión Ambiental.	DIANA CONSTANZA RAMÍREZ ASESOR CONTROL INTERNO
9	06/03/2017	Actualización de políticas, glosario, actividades y responsables, de acuerdo a lo establecido en el decreto 648 de 2017.	DIANA KARINA RUIZ PERILLA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

## 7. Aprobación.

Elaborado por	Validado por	Aprobado por
<p>Tatiana Marcela Medina Profesional Oficina de Control Interno</p> <p>Nasly Carolina Salamanca Profesional Oficina de Control Interno</p> <p>Manuel Armando Arteaga Profesional Oficina de Control Interno</p> <p>David Felipe Roa Chávez Contratista Oficina de Control Interno</p>	<p>Claudia Albornóz J. Profesional Oficina Asesora de Planeación</p>	<p>Diana Karina Ruiz Perilla Jefe Oficina Control Interno</p> <p>Jorge Enrique Angarita López Jefe Oficina Asesora de Planeación</p>

Nota: Para una mayor información referente a este documento comunicarse con la dependencia responsable.