

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión: 12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 1 de 34

	Responsable del Proceso	Dirección de Planeación
	Aprobación	Revisión Técnica
Firma:		
Nombre:	CARMEN ROSA MENDOZA SUÁREZ	ROBER ENRIQUE PALACIOS SIERRA
Cargo:	Jefe Oficina.	Director Técnico (E).
Dependencia:	Oficina de Control Interno.	Dirección de Planeación.
R.R. N° 030		Fecha: 29 de diciembre de 2020

1. OBJETIVO:

Establecer las actividades para elaborar, actualizar y realizar seguimiento al Plan de Mejoramiento – Acciones Correctivas y de Mejora, con el fin de evaluar la eficiencia y eficacia de las acciones conducentes a eliminar las causas de los hallazgos (H), no conformidades (NC), riesgos materializados (RMA), producto no conforme (PNC) y oportunidades de mejora (OM) generadas en el marco del Sistema Integrado de Gestión; identificados por los diferentes métodos de seguimiento, verificación, evaluación y autoevaluación.

2. ALCANCE:

El procedimiento inicia con los resultados de las auditorías internas, externas y/o autoevaluaciones, realizadas a los procesos o dependencias de la Entidad y finaliza, con la presentación del informe consolidado de la verificación al Plan de Mejoramiento por parte de la Oficina de Control Interno a la Alta Dirección y su publicación en la página Web de la Entidad.

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 2 de 34

3. BASE LEGAL:

NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Constitución Política de Colombia	20-jul-1991	Constitución Política de la República de Colombia y sus modificaciones mediante el Acto Legislativo 04 de septiembre de 2019, por medio del cual se reforma el Control Fiscal.
Acto Legislativo 04	18-sep-2019	Por medio del cual se reforma el Régimen de Control Fiscal, artículos 267, 268, 271, 272 Y 274 de la Constitución Política de Colombia.
Ley 87	29-nov-1993	Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
Ley 1474	12-jul-2011	Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública, artículos 97 a 120 y 125, modificada por el Decreto 403 de 2020.
Ley 1712	6-mar-2014	Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones y sus decretos reglamentarios.
Decreto Ley 1421	21-jul-1993	Por el cual se dicta el régimen especial para el Distrito Capital de Santafé de Bogotá”, Artículo 105 a 109, con las modificaciones del Decreto 403 de 2020.
Decreto Ley 272	22-feb-2000	Por el cual se determina la organización y funcionamiento de la Auditoría General de la República.
Ley 594	14-jul-2000	Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1072	26-may-2015	Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentarios del Sector Trabajo, Libro 2, Título 4, Capítulo 6, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
Decreto 1083	26-may-2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”, Dimensión 7- Control Interno.

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 3 de 34

NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Decreto 1499	11-sep-2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
Decreto 648	19-abri-2017	Por el cual se modifica y adiciona el decreto 1083 de 2015, reglamentario único del sector de la Función Pública.
Decreto Ley 403	16-mar-2020	Por la cual se dictan normas para la correcta implementación del Acto Legislativo 04 de 2019 y fortalecimiento del control fiscal.
Acuerdo 658	21-dic-2016	Por el cual se dictan normas sobre organización y funcionamiento de la Contraloría de Bogotá D.C., se modifica su estructura orgánica interna, se fijan funciones de sus dependencias, se modifica la planta de personal y se dictan otras disposiciones, modificado por el Acuerdo No. 664 de 2017.
Decreto 807 (Distrital)	24-dic-2019	Por medio del cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones
Resolución Orgánica n.º. 008 de 2015 de la Auditoría General de la República	30-oct-2015	Por medio de la cual se reglamenta la rendición de cuentas e informes, se adopta dentro del SIREL el aplicativo SIA OBSERVA.
Resolución orgánica n.º.002 de la	29-ene-2019	Por la cual se adopta el Manual del Proceso Auditor - MPA versión 9.1 de la Auditoría General de la República.
Resolución orgánica n.º 07 de la Auditoría General de la República	15 de julio de 2019	Por la cual se adoptan los parámetros para la certificación de las entidades sometidas a la vigilancia de la gestión fiscal que ejerce la Auditoría General de la República.

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 4 de 34

NORMA	FECHA	DESCRIPCIÓN
Resolución Orgánica n.º 008 de la Auditoría General de la República	10-jun-2020	Por la cual se reglamenta la rendición de cuentas e informes a la Auditoría General de la República. Para la Contraloría General de la República y las contralorías territoriales, la cuenta estará conformada por la información que corresponde rendir en los módulos SIREL y PIA del SIA Misional y en el SIA Observa.
Resolución Orgánica n.º15 de la Auditoría General de la República	27-ago-2020	Por la cual se adoptan el procedimiento, la metodología y los parámetros para la certificación anual de gestión y las evaluaciones parciales trimestrales de las contralorías territoriales.
Resolución Reglamentaria n.º22 de 2020	28-oct- 2020	Por la cual se adopta el Código de Ética del Auditor Interno y el Estatuto de Auditoría Interna de la Contraloría de Bogotá, D.C.
Norma NTC ISO 27001:2013	11-dic-2013	Norma Internacional - Requisitos Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información.
Norma GTC ISO 19011:2018	17/10/2018	Guía Internacional - Directrices para la Auditoría de Sistemas de Gestión.
Norma NTC ISO 9001:2015	23-sep-2015	Norma Internacional - Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.
Norma NTC ISO 14001:2015	23-sep-2015	Norma Internacional - Requisitos del Sistema de Gestión de Gestión Ambiental.
Norma NTC ISO 9000:2015	15-oct-2015	Norma Internacional, Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y Vocabulario.
Norma NTC ISO 45001:2018.	12-mar-018	Norma Internacional - Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
Norma NTC ISO 31000-2018.	15-feb-2018	Norma Internacional - Requisitos para la Gestión de Riesgos.

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión: 12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 5 de 34

4. DEFINICIONES:

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

Nota 1: Puede haber más de una causa para una no conformidad.

Nota 2: La acción correctiva se toma para evitar que una no conformidad o situación vuelva a producirse.

Nota 3: Existe diferencia entre corrección y acción correctiva, en el sentido que la primera elimina la no conformidad, mientras la segunda elimina la causa.

ACCIÓN EFICAZ: Acción correctiva que mediante evidencia objetiva demuestra que se eliminaron las causas de las no conformidades, hallazgos, producto no conforme, riesgo materializado y oportunidades de mejora.

ACCIÓN DE MEJORA: Conjunto de acciones tomadas para aumentar la capacidad del Sistema, respecto de su eficacia, eficiencia o efectividad

Nota: En la verificación al Plan de Mejoramiento, el auditor debe determinar si las acciones son eficaces o no (Ver definición "acción eficaz").

Nota: Acción de Mejora, se considera toda acción que incrementa la capacidad de la organización para cumplir los requisitos; por tanto, no actúa sobre problemas reales o potenciales.

APLICATIVO PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CONTRALORÍA DE BOGOTÁ D.C.: Sistema de información desarrollado en la Entidad, que funciona en ambiente WEB y se encuentra ubicado en la intranet de la entidad, el cual permite administrar el Plan de Mejoramiento de forma automatizada.

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.

CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito.

CORRECCIÓN: Acción inmediata tomada para eliminar una no conformidad detectada.

EFFECTIVIDAD: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 6 de 34

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 DE GESTORES DE PROCESO: Grupo de servidores públicos, representativo del proceso que participa en la gestión del mismo, que identifica las situaciones objeto de análisis (hallazgos, oportunidades de mejora, producto no conforme, riesgo materializado y no conformidades) y propone las acciones requeridas para su tratamiento. En éste equipo de gestores, deben participar los jefes y/o directivos del proceso.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA: Hechos y/o situaciones detectadas por el auditor, basadas en la evidencia recopilada frente a los criterios de auditoría.

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.

MEJORA CONTINUA: Actividad recurrente para mejorar el desempeño de los procesos.

Nota: El proceso mediante el cual se establecen objetivos y se identifican oportunidades para la mejora, es un proceso continuo a través del uso de los hallazgos de la auditoría, las conclusiones de la auditoría, el análisis de los datos, la revisión por la dirección u otros medios y generalmente conduce a la acción correctiva.

NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito. Resultado de una Auditoría de Calidad.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: Situación detectada que puede originar acciones para optimizar y potencializar el desempeño de un proceso o el cumplimiento de los requisitos; por consiguiente estarían vinculadas, por ejemplo, con los indicadores de gestión, resultados del proceso o la percepción de satisfacción de las partes interesadas y en consecuencia siempre deberán estar sustentadas en evidencias de auditoría que le permitan al responsable gestionar dichas actividades, analizar y definir acciones para mejorar ese desempeño.

PLAN DE MEJORAMIENTO: Documento en el que se identifica (n) de forma precisa la (s) acción (es) establecida (s) para corregir el incumplimiento de los requisitos, eliminar la causa del hallazgo, no conformidad, producto no conforme, riesgo materializado y oportunidad de mejora.

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.

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 7 de 34

Nota 2: Los procesos de una entidad son, generalmente planificados y puestos en práctica bajo condiciones controladas, para generar valor.

RESPONSABLE: Encargado de adelantar y realizar seguimiento a las acciones o actividades propuestas o planeadas en el Plan de Mejoramiento.

RESPONSABLE DE PROCESO: Servidor público encargado de liderar y garantizar el cumplimiento de los procedimientos y actividades del proceso a su cargo. Su designación está definida en el Manual del Sistema Integrado de Gestión.

RIESGO MATERIALIZADO: Es la ocurrencia de aquella situación (interna o externa), que, aunque era incierta, se presenta afectando negativamente el logro del objetivo, o la gestión de un proceso.

SEGUIMIENTO: Acción regular y sistemática que identifica aciertos o fallas en la ejecución de las acciones programadas.

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

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

5.1. Formulación, ejecución y modificación del Plan de Mejoramiento.

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
1	Contralor Auxiliar, director, Jefe de Oficina, Subdirector y/o Responsable de Proceso	Identifica los hallazgos (H), no conformidades (NC), producto no conforme (PNC), oportunidades de mejora (OM) y/o riesgo materializado (RMA) y realiza la clasificación de acuerdo a los siguientes orígenes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Autoevaluación. 2. Auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno. 3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG. 4. Auditoría Externa al SIG (ente certificador.) 5. Revisión por la Dirección. 6. Auditoría General de la 		Observaciones: Dentro del origen 7 – PQR, se incluyen los hallazgos generados producto del informe de PQR y de la auditoría sobre este tema. Para el origen 8, se tienen en cuenta los productos declarados No Conformes en los procesos misionales, los cuales deben ser llevados al plan de mejoramiento por parte del proceso

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 8 de 34

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
		República. 7. PQR. 8. Producto No Conforme. 9. Otros orígenes.		<p>respectivo.</p> <p>Del origen 9 hacen parte los riesgos materializados (RMA), y otras situaciones eventuales no previstas, como por ejemplo comunicaciones Internas con enfoque hacia la prevención.</p> <p>Las oportunidades de mejora pueden ser producto de la autoevaluación (informes de gestión), de auditorías internas (consignadas en el informe definitivo en los numerales de oportunidades de mejora y recomendaciones), de auditorías al SIG tanto internas, como externas y de revisión por la dirección.</p>
2	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Subdirector y/o Responsable de Proceso	Analiza las posibles causas y/o la causa raíz del H, NC, PNC, OM o RMA para lo cual puede utilizar o aplicar alguna de las siguientes metodologías u otra que considere pertinente: los cinco ¿Por qué?, espina de pescado, lluvia de ideas, entre otros.	Acta de Equipo Gestores (PGD-02-07)	<p>Observaciones:</p> <p>El análisis de causa es fundamental para proponer la acción que elimina la causa del H, NC, PNC, OM o RMA, razón por la cual debe ser soportada mediante acta de reunión del equipo de gestores del proceso.</p> <p>Para el caso de las</p>

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 9 de 34

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
				<p>OM, si después de realizar el análisis de causa se concluye que no se plantearan acciones, se deberá dejar claramente consignado el porqué, en la mencionada acta.</p> <p>Así mismo, teniendo en cuenta que las recomendaciones presentadas pueden convertirse en Oportunidades de Mejora, la dependencia o proceso deberá definir la(s) acción(es) de mejora respectiva(s) que llevará al Plan de Mejoramiento, con base en el análisis que efectúe a las mismas, lo cual deberá constar en el acta de gestores.</p>
3	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Subdirector y/o Responsable de Proceso	Establece las acciones correctivas y/o de mejora en el formato del anexo 1 - Plan de Mejoramiento, ubicado en la intranet, teniendo en cuenta que el plazo programado de ejecución de las acciones debe ser máximo de seis (6) meses y con debida justificación, hasta un año.	Registra en el sistema del Plan de Mejoramiento	<p>Punto de control:</p> <p>Verificar que las acciones eliminen la(s) causa(s) del hallazgo.</p> <p>Para la formulación de acciones correctivas y de mejora, se debe tener en cuenta la información proporcionada en el Anexo 1 - Aspectos generales para formulación de acciones correctivas y de mejora.</p>

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 10 de 34

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
				<p>Para el tratamiento de los H, NC, PNC, OM o RMA que requiera de la intervención de más de un proceso, se deberán reunir los equipos de gestores de las partes involucradas, para efectuar el análisis y formular las acciones Si un H, NC, PNC, OM o RMA, tiene más de una acción, en las cuales intervengan diferentes Procesos, la acción correspondiente debe incluirse en el respectivo Plan de mejoramiento de cada proceso responsable.</p>
4	<p>Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Subdirector y/o Responsable de Proceso</p>	<p>Informa a través de SIGESPRO, a la Oficina de Control Interno, dentro de los términos establecidos, la confirmación de cargue en el sistema del Plan de Mejoramiento, con copia del acta de equipo de gestores.</p>	<p>Confirmación cargue de las acciones en el Plan de Mejoramiento y acta de equipo de gestores (PGD-07-02) Plantilla SIGESPRO</p>	<p>Observación:</p> <p>El Plan de Mejoramiento debe ser remitido a la Oficina de Control Interno, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la comunicación del informe final.</p> <p>El Plan de Mejoramiento, resultado de la auditoría practicada por los entes externos y/o de control, debe ser remitido de conformidad con la normatividad y/o</p>

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 11 de 34

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
				<p>plazos establecidos por éstos.</p> <p>El formato del Plan de Mejoramiento, debe estar totalmente diligenciado hasta la columna No. 14 – Cronograma de Ejecución.</p> <p>En caso de presentarse fallas técnicas, el Plan de Mejoramiento, podrá remitirse en medio físico y/o correo electrónico. Para lo cual, deberá atenderse lo establecido en el anexo 2.</p>
5	Jefe Oficina de Control Interno y Profesional Responsable	<p>Revisa las acciones correctivas y de mejora propuestas en el Plan de Mejoramiento remitido por el proceso, verificando que se encuentre debidamente diligenciado y completo, para proceder a su aprobación.</p> <p>En el evento en que las acciones remitidas presenten inconsistencias, solicita al proceso la realización de los ajustes correspondientes.</p>	<p>Aprobación de acciones o solicitud de ajustes (PGD-07-02) Plantilla SIGESPRO</p>	<p>Punto de Control:</p> <p>Verificar que se hayan incluido, todos los hallazgos resultantes de los informes de auditorías internas y externas y/o de los demás orígenes.</p> <p>Observación:</p> <p>Las acciones establecidas por el proceso deben apuntar a eliminar la causa del H, NC, PNC, OM o RMA identificado.</p> <p>Para el caso de los hallazgos identificados por los entes externos, éstos</p>

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 12 de 34

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
				<p>otorgarán la conformidad, por lo cual, el alcance de la revisión realizada por la OCI, se enmarca en la revisión de aspectos tales como: inclusión del total de hallazgos, fechas y otros aspectos de forma.</p> <p>En caso de que el Plan de Mejoramiento sea el resultado de los hallazgos de las auditorías internas, la OCI comunicará la aceptación del mismo, al proceso dentro de los (3) tres días hábiles posteriores al recibo del Plan.</p> <p>El proceso responsable cuenta con dos (2) días hábiles para efectuar los ajustes al Plan de Mejoramiento, resultado de auditorías internas y remitirlos a la Oficina de Control Interno.</p> <p>Si por el contrario, corresponde a auditorías externas, los ajustes deben realizarse de manera expedita o dentro de los términos establecidos por el ente externo.</p>

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 13 de 34

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
6	Jefe Oficina de Control Interno y Profesional responsable	Carga la información del Plan de Mejoramiento aprobado en el aplicativo, ubicado en la Intranet de la entidad.	Aplicativo Plan de Mejoramiento	<p>Observación:</p> <p>La Oficina de Control Interno cuenta con cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de aprobación del Plan de Mejoramiento, para realizar el cargue. Cuando se generen oportunidades de mejora originadas en el análisis del proceso (informe de gestión o autoevaluación), el responsable deberá registrar la oportunidad de mejora en el aplicativo, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la identificación del mismo.</p>
7	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Subdirector y/o Responsable de Proceso	Ejecuta las acciones planteadas en el Plan de Mejoramiento.		<p>Punto de Control:</p> <p>Realizar seguimiento a las acciones, para que estas se ejecuten con oportunidad dentro de los términos previstos.</p>

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 14 de 34

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
8	Contralor Auxiliar, Director, Jefe de Oficina, Subdirector y/o Responsable de Proceso	Remite la solicitud de modificación al Plan de Mejoramiento, debidamente sustentada a la Oficina de Control Interno, en caso de ser necesaria la reformulación de las causas, acciones, indicador o fecha de terminación programada. Formato 1	Remisión solicitud de modificación (PGD-07-02) Plantilla SIGESPRO	<p>Observación:</p> <p>Para los hallazgos formulados en las auditorías internas, la solicitud de modificación de las acciones, indicador y/o fechas de ejecución programada, deberá efectuarse un (1) mes antes del vencimiento; en la misma se debe identificar claramente los ajustes requeridos.</p> <p>En cuanto a los hallazgos emitidos por los entes externos y/o de control, la solicitud de modificación de las acciones o de los términos, debe efectuarse de acuerdo con lo establecido por dicho ente.</p> <p>En ningún caso, procede solicitud de plazo para acciones vencidas.</p>
9	Jefe Oficina de Control Interno y Profesional responsable	Analiza y aprueba la solicitud de modificación del Plan de Mejoramiento, siempre y cuando sean diferentes al origen 4 - Auditoría Externa al SIG y origen 6 – Auditoría General de la República; en caso contrario, debe remitir la solicitud al ente de control correspondiente.	Aprobación o rechazo de la modificación (PGD-07-02) Plantilla SIGESPRO	<p>Observación:</p> <p>Para las solicitudes de modificación al Plan de Mejoramiento de origen 6, la OCI coordinará el trámite ante el ente control e informará el resultado al proceso solicitante.</p>

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 15 de 34

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
		Comunica la aceptación o rechazo de las modificaciones al responsable del proceso, dentro de los dos (2) días hábiles posteriores al recibo de la solicitud.		<p>El plazo programado de ejecución de las acciones modificadas, solo se ampliará previa justificación (máximo 2 veces). Para la AGR, según lo establecido en su reglamentación.</p> <p>En el evento de incumplimiento de las acciones diferentes a origen 4 y 6, se constituirá en un nuevo hallazgo por vencimiento del término al Plan de Mejoramiento, cuyo término debe ser máximo de noventa (90) días calendario.</p> <p>En caso de un nuevo incumplimiento se dará traslado para investigación disciplinaria interna.</p>

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 16 de 34

5.2. Seguimiento y Verificación.

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
10	Responsable de Proceso y Gestores del Proceso	<p>Realiza el seguimiento a las acciones correctivas y/o de mejora del proceso, registrando la información en el aplicativo Plan de Mejoramiento ubicado en la intranet de la entidad, dentro de los plazos establecidos en la circular de reporte de información vigente.</p> <p>El aplicativo Plan de Mejoramiento, se cerrará en la fecha máxima establecida para el seguimiento.</p>		<p>Observación:</p> <p>En caso de cambio del gestor, el responsable del proceso debe reportar la novedad a la Oficina de Control Interno, con el fin de asignar los permisos de acceso en el aplicativo.</p> <p>El cumplimiento de las acciones, debe estar soportado para la verificación por la Oficina de Control Interno.</p> <p>Cuando los entes externos y/o de control efectúen el cierre de los hallazgos o no conformidades a través de sus informes, será la Oficina de Control Interno quien actualice el estado de cada acción en el aplicativo.</p> <p>En caso de presentarse fallas técnicas, el seguimiento al Plan de Mejoramiento podrá remitirse en medio físico y/o correo electrónico.</p>

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión: 12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 17 de 34

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
11	Jefe Oficina de Control Interno	Remite comunicación oficial interna a los Responsables de Proceso, informando sobre la auditoria de verificación y los funcionarios asignados, con copia a los auditores que participan en la actividad.	Comunicación de la auditoria de verificación (PGD-07-02) Plantilla SIGESPRO	
12	Profesional Oficina de Control Interno.	Incluye o actualiza en el aplicativo Plan de Mejoramiento, el nombre de los auditores asignados para realizar la verificación en cada proceso.	Aplicativo Plan de Mejoramiento	
13	Profesional Oficina de Control Interno (Auditor)	<p>Verifica las acciones implementadas para cada uno de los H, NC, PNC, OM o RMA del proceso asignado y realiza el cargue de la información correspondiente en el aplicativo Plan de Mejoramiento, diligenciando los campos de "Verificación", "Estado" y "Fecha Cierre" (luego de verificar el cumplimiento de la misma o por el informe de los organismos de control o certificación).</p> <p>La Oficina de Control Interno, podrá efectuar seguimientos adicionales si lo considera necesario.</p>	Aplicativo Plan de Mejoramiento	<p>Punto de control:</p> <p>Constatar en el Plan de Mejoramiento, la inclusión de todos los H, NC, PNC, OM o RMA resultantes de los informes de Auditorías internas, externas, Informes de Gestión, entre otros, realizados durante el periodo objeto de evaluación del respectivo proceso.</p> <p>Verificar que el cumplimiento de las acciones, esté soportado en los documentos que evidencien su ejecución y que se hayan realizado dentro de los términos establecidos.</p>

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión: 12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 18 de 34

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
				<p>Cuando los entes externos determinen el cierre de hallazgos, la Oficina de Control Interno, procederá a incluir la información respectiva en el aplicativo Plan de Mejoramiento y cambiar el estado del hallazgo a C (cerrado).</p>
14	Profesional Oficina de Control Interno	<p>Elabora memorando con los resultados de la verificación de las acciones contenidas en los planes de mejoramiento por proceso.</p> <p>Presenta el resultado del seguimiento al Jefe de la Oficina de Control Interno, para revisión y aprobación.</p>		
15	Jefe Oficina Control Interno	<p>Aprueba y remite, a través de SIGESPRO el resultado de la verificación a los responsables de proceso, indicando la ruta de consulta en el aplicativo Plan de Mejoramiento.</p>	<p>Resultado de la verificación Plan de Mejoramiento (PGD-07-02) Plantilla SIGESPRO</p>	<p>Observación:</p> <p>En caso de presentarse objeciones por parte del responsable de proceso, éste cuenta con dos (2) días hábiles a partir del recibo de la comunicación, para presentarlas debidamente justificadas a la Oficina de Control Interno.</p>

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 19 de 34

N°	Responsable	Actividad	Registro	Puntos de Control / Observaciones
16	Jefe Oficina de Control Interno y Profesional Responsable	<p>Elabora el informe consolidado "Plan de Mejoramiento Institucional", a partir de los resultados de la verificación de las acciones implementadas.</p> <p>Remite en copia magnética a la Alta Dirección, para los fines pertinentes y a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, para su publicación en la página Web e Intranet de la entidad.</p>	<p>Matriz Plan de Mejoramiento o consolidado Publicado (PEM-04-01)</p> <p>Informe Consolidado Plan de Mejoramiento o Institucional Publicado</p>	<p>Observación:</p> <p>El informe consolidado Plan de Mejoramiento Institucional, se elaborará de conformidad con la periodicidad establecida para su verificación, incluida en la circular vigente de reporte de información.</p> <p>La Oficina de Control Interno, verificará que la Dirección de TIC, publique en la página Web e Intranet la verificación al Plan de Mejoramiento Institucional y el informe consolidado "Plan de Mejoramiento Institucional", del período correspondiente.</p>

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión: 12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 20 de 34

6. ANEXOS

ANEXO 1. Plan de Mejoramiento.

	PLAN DE MEJORAMIENTO	Código formato: PEM-04-01 Versión: 17.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página: x de y

Proceso: _____

Responsable del Proceso: _____

Fecha de Corte: _____

Proceso	No. (1)	Origen (2)	Fecha del H. NC, PNC, OM o RMA (3)	Tipo de Acción (Correctiva o de Mejora) (4)	Documento Origen (5)	Capítulo (6)	Descripción del H. NC, PNC, OM o RMA (7)	Análisis de Causa (8)	Acciones (9)	Indicadores (10)	Metas Cuantificables (11)	Área Responsable de la Ejecución (12)	Recursos (13)	Cronograma de Ejecución (dd/mm/aaaa) (14)	
														Fecha Inicial	Fecha Final

Formulación:

Modificación:

Nombre del Responsable de Proceso: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 21 de 34

INSTRUCTIVO

DILIGENCIAMIENTO DEL ANEXO 1 - PLAN DE MEJORAMIENTO

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

(1) No: registre el número consecutivo del hallazgo (H), No Conformidad (NC), Producto No Conforme (PNC), Oportunidad de Mejora (OM) o riesgo materializado (RMA), de manera que se pueda establecer la cantidad total de los mismos por proceso y consolidado institucional. Cuando se cierra un hallazgo se debe reenumerar el consecutivo.

Nota: para el diligenciamiento del formato, es importante no combinar celdas, ya que esto impide el procesamiento de la información. Si se implementaron varias acciones, debe utilizarse una fila para cada una de ellas y se conservará el mismo número consecutivo. A continuación, se presenta un ejemplo:

Proceso	No. (1)	Origen (2)	Fecha del H, NC, PNC, OM o RMA (3)	Tipo de Acción (Correctiva o de Mejora) (4)	Documento Origen (5)	Capítulo (6)	Descripción del H, NC, PNC, OM o RMA (7)	Análisis de Causa (8)	Acciones (9)	Indicadores (10)
VCGF	1	2. Auditoría Oficina de Control Interno	01/02/2017	Correctiva	Auditoría interna al Proceso de Gestión Documental	6.1	Se observó que en general no se da cumplimiento a la actividad 1 del Procedimiento para la conservación, seguridad y recuperación de los registros en archivo de gestión y archivo central referente a la asignación, mediante memorando de un funcionario de la dependencia como Administrador de Archivo de Gestión,...	No se tienen los administradores de archivos para la Dirección de Planeación y Subdirección de Análisis, Indicadores y Estadísticas.	Asignar mediante memorando al funcionario de la Dirección y Subdirección que ejercerá las funciones de Administrador de Archivo de Gestión de la Dirección y de la Subdirección.	Se asignó administrador de archivo de gestión Si: 100% No: 0%
VCGF	1	2. Auditoría Oficina de Control Interno	01/02/2017	Correctiva	Auditoría interna al Proceso de Gestión Documental	6.1.12	La mayoría de documentos se encuentran en AZs, la TRD no se ajusta a las necesidades de la dependencia, los muebles de archivo no están identificados, archivo en orden descendente, hay duplicidad de documentos, documentos archivados en expediente que no corresponde con la TRD...	Desconocimiento de la normatividad relacionada con la organización de la documentación.	Organizar la documentación de la Dirección y Subdirección atendiendo lo establecido en el Procedimiento para la organización y transferencias documentales, en especial lo relacionado con: clasificación, ordenación, depuración, foliación, entre otros.	Se organizó la documentación atendiendo lo establecido en el procedimiento Si: 100% No: 0%
VCGF	2	5. Revisión por la Dirección	28/04/2017	Mejora	Acta revisión por Dirección	8. Recomendaciones de mejora	En la revisión por la Dirección, vigencia 2017, se determinó que uno de los cambios que podría afectar el SIG es la aprobación de la Norma ISO 9001:2015 y la expedición de los Acuerdos 658 de 2016 y 664 de 2017.	El Sistema Integrado de gestión de la entidad se encuentra desactualizado a raíz de la entrada en vigencia de la Norma ISO 9001:2015 - Sistemas de Gestión de Calidad y los Acuerdos 658 de 2016 y 664 de 2017.	Actualizar el Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Entidad de conformidad con lo establecido en los requisitos de la norma internacional ISO 9001:2015 y lo establecido en los Acuerdos 658 de 2016 y 664 de 2017.	Número de actividades ejecutadas * 100/ Número de actividades programadas en el Plan de trabajo

(2) ORIGEN: consigne la procedencia del H, NC, PNC, OM o RMA. La oportunidad de mejora puede surgir del análisis propio de cada proceso, Auditoría interna, Auditoría Externa y otros que pueda identificar.

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 22 de 34

Para identificar el origen, utilice los números del 1 al 9, de acuerdo con la siguiente clasificación:

ORIGEN	DESCRIPCIÓN
1	Autoevaluación (Informe de Gestión).
2	Auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno.
3	Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG.
4	Auditoría Externa al SIG (ente certificador).
5	Revisión por la Dirección.
6	Auditoría General de la República
7	PQR.
8	Producto No Conforme
9	Otros orígenes.

(3) FECHA DEL H, NC, PNC, OM o RMA: registre la fecha (dd/mm/aaaa) del informe final de la Auditoría de los Entes Externos y/o de Control, Oficina de Control Interno o Autoevaluación que generó el Hallazgo, No conformidad, Producto No Conforme, Oportunidad de Mejora o Riesgo Materializado.

(4) TIPO DE ACCIÓN (Correctiva o de Mejora): registre Correctiva, si corresponde a hallazgos, no conformidades, Producto No Conforme o Riesgo Materializado; o de Mejora, si corresponde a una Oportunidad de mejora detectada en la autoevaluación, Auditoría Interna o Auditoría Externa de Calidad, Revisión por la Dirección.

Nota 1: Se debe tener cuidado en la cuantificación del número de hallazgos, No Conformidades, Oportunidades de Mejora, Producto No Conforme o Riesgos Materializados, para no contabilizar el número de acciones como si se tratara de hallazgos.

(5) DOCUMENTO ORIGEN: nombre del documento, informe de auditoría, periodo de la Autoevaluación, donde se detectó el hallazgo, no conformidad, Producto No Conforme, oportunidad de mejora o riesgo materializado.

Ejemplo: Auditoría Especial de seguimiento al Plan de Mejoramiento, Auditoría Regular vigencia xxxx, informe de Austeridad en el Gasto, Autoevaluación semestre xx de xxx, etc.

(6) CAPÍTULO: registre el numeral, título o página del informe donde se encuentre incluido el hallazgo, no conformidad, Producto No Conforme, oportunidad de mejora o riesgo materializado.

Ejemplo: 2.2.2 Gestión contractual – Deficiencias en los informes de supervisión, 3.2.1 Plan de Mejoramiento – Acciones incumplidas, 4.5.2 Gestión contractual – Inadecuada ejecución del plan de Compras.

(7) DESCRIPCIÓN DEL H, NC, PNC, OM o RMA: defina la situación evidenciada del hallazgo, No Conformidad, Producto No Conforme o Riesgo materializado. Para el caso de la oportunidad de Mejora, documente la situación actual que da lugar a la mejora prevista.

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión: 12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 23 de 34

(8) ANÁLISIS DE CAUSA: registre el análisis realizado en equipo de gestores de proceso para determinar la razón de ocurrencia del hallazgo, no conformidad, riesgo materializado o Producto No Conforme. El análisis de causa para la oportunidad de mejora opera en forma similar al realizado para los hallazgos, en este caso se describe las situaciones que se pueden mejorar para que el proceso se desarrolle de una forma más eficiente, eficaz y/o oportuna, a través de acciones de mejora.

(9) ACCIONES: registre las acciones para eliminar las causas que originaron el hallazgo, No Conformidad, Producto No Conforme, Oportunidad de Mejora o Riesgo Materializado. Es importante señalar que, para un hallazgo, se puede implementar más de una acción. Cuando se trate de Oportunidades de Mejora, debe registrarse en esta casilla las acciones a través de las cuales se logrará la mejora del proceso; para el desarrollo de este numeral se recomienda tener en cuenta el Anexo 2 “Aspectos Generales para Formulación de Acciones Correctivas y de Mejora”

(10) INDICADOR: determine indicadores que permitan reflejar el cumplimiento de las acciones establecidas.

(11) METAS CUANTIFICABLES: es la expresión cuantitativa, concreta, medible, realizable y verificable que se espera alcanzar.

(12) ÁREA RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN: registre el área o dependencia responsable de ejecutar la acción. La responsabilidad de la ejecución puede estar compartida en varias áreas o dependencias, por lo que es necesario indicar para cada acción la dependencia responsable de su cumplimiento. Si las Dependencias pertenecen a diferentes procesos, los Hallazgos deben incluirse en cada uno de ellos con su acción respectiva.

(13) RECURSOS: señale solamente los recursos adicionales que requiere la ejecución de la acción.

(14) CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (dd/mm/aaaa): periodo durante el cual se determina la ejecución de la acción. Está compuesto por:

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

Formulación o Modificación: seleccione con una X la opción correspondiente de la solicitud.

Nombre del Responsables del Proceso: registre el nombre y cargo del (os) servidor (s) que realizan la formulación o modificación de alguna acción en el plan por parte del proceso correspondiente.

Fecha: registre la fecha de la formulación o modificación de alguna acción en el plan por parte del proceso correspondiente.

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión: 12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 24 de 34

ANEXO 2. Diligenciamiento Aplicativo Plan de Mejoramiento.

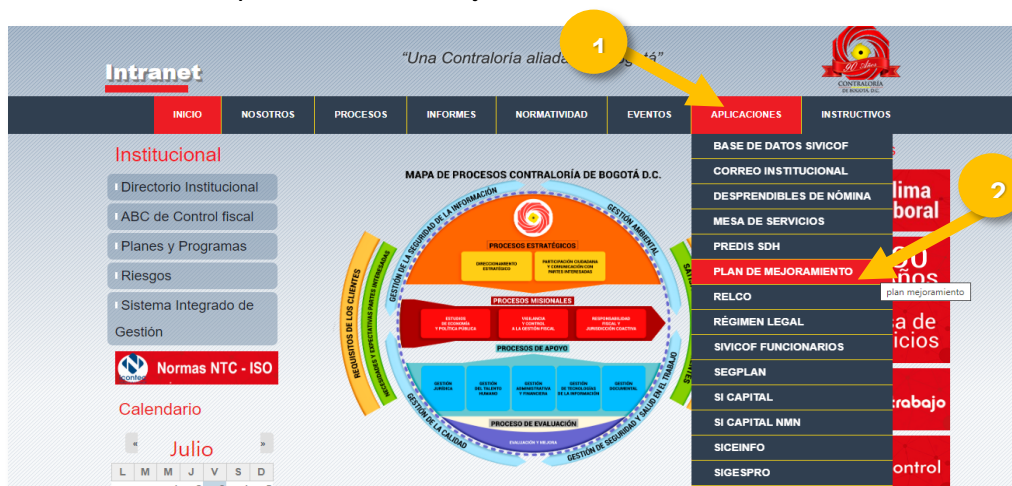
	Diligenciamiento Aplicativo Plan de Mejoramiento	Código formato: PEM-04-02 Versión: 17.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página: x de y

INSTRUCTIVO

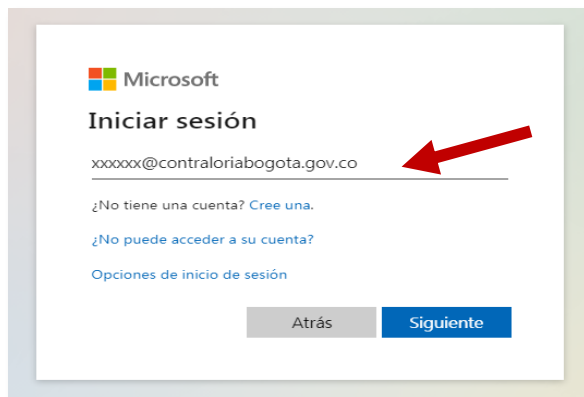
DILIGENCIAMIENTO APLICATIVO PLAN DE MEJORAMIENTO

Ingreso al Aplicativo

- **PASO 1:** Ingrese a la Intranet de la entidad y luego a la pestaña “Aplicaciones”; una vez allí, seleccione la opción “Plan de Mejoramiento”



- **PASO 2:** Ingrese las credenciales de usuario institucional. (nombre de usuario y contraseña)



- **PASO 3:** Seleccione la vigencia que desea consultar

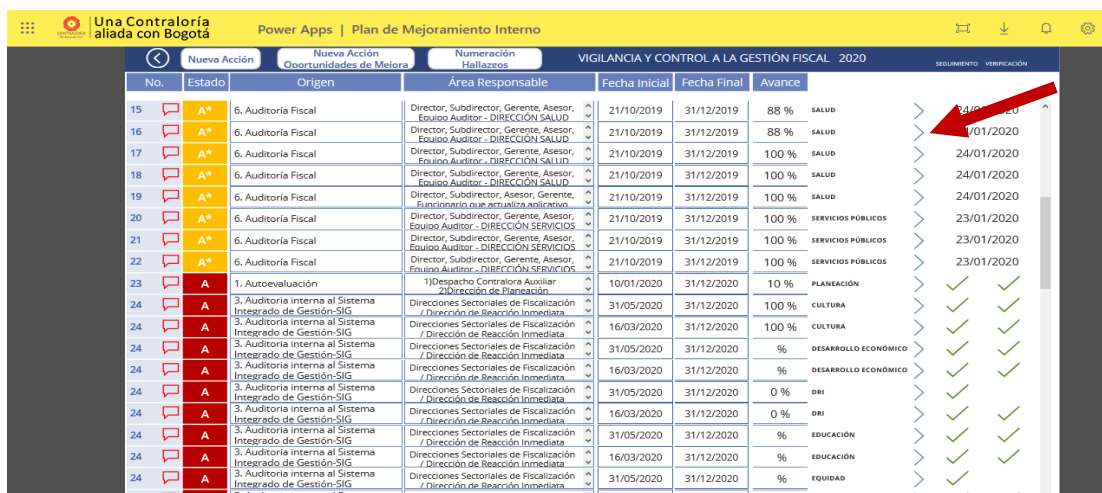


CARGUE SEGUIMIENTO POR PROCESO

- **PASO 1:** Para ingresar a las acciones vigentes de su proceso, el aplicativo presenta cuatro (4) alternativas, de acuerdo a la información que desee consultar.
 1. Seleccione la flecha azul para consultar el total de acciones vigentes de su proceso en el plan de mejoramiento.
 2. Seleccione la flecha roja si requiere consultar únicamente las acciones abiertas.
 3. Seleccione la flecha amarilla si requiere consultar únicamente las acciones con sugerencia de cierre.
 4. Seleccione la flecha verde si requiere consultar únicamente las acciones cerradas.

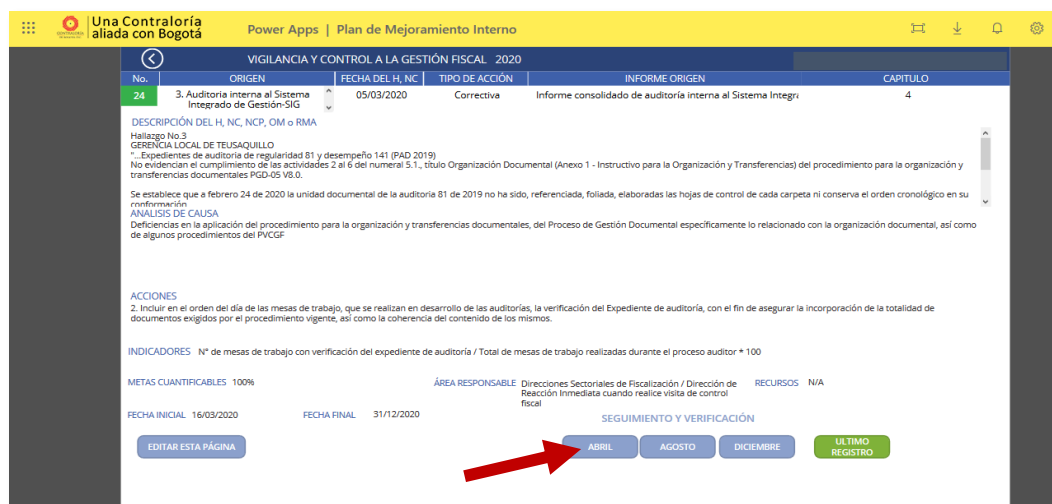
		Total Acciones	Abiertas	S. Cierre	Cerradas	
Seguimiento Abril	Verificación Abril					
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	⚠ 1	9 >	5 >	4 >	0 >	Excel
PARTICIPACION CIUDADANA Y COMUNICACION CON PARTES INTERESADAS	⚠ 1	1 >	1 >	0 >	0 >	Excel
ESTUDIOS DE ECONOMÍA Y POLÍTICA PÚBLICA	✅ 1	1 >	1 >	0 >	0 >	Excel
VIGILANCIA Y CONTROL A LA GESTIÓN FISCAL	⚠ 3	28 >	6 >	22 >	0 >	Excel
RESPONSABILIDAD FISCAL Y JURISDICCION COACTIVA	✅ 3	10 >	7 >	10 >	0 >	Excel
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	⚠ 5	9 >	8 >	0 >	1 >	Excel
GESTIÓN JURÍDICA	✅ 0	0 >	0 >	0 >	0 >	Excel
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	⚠ 1	32 >	17 >	15 >	0 >	Excel
GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	✅ 1	1 >	0 >	1 >	0 >	Excel
GESTIÓN DOCUMENTAL	✅ 1	1 >	1 >	0 >	0 >	Excel
EVALUACIÓN Y MEJORA	✅ 1	1 >	0 >	5 >	0 >	Excel

- PASO 2:** Una vez ingrese a su proceso, seleccione la acción que requiere consultar, haciendo clic en la flecha correspondiente



No.	Estado	Origen	Área Responsable	Fecha Inicial	Fecha Final	Avance		SEGUIMIENTO	VERIFICACIÓN
15	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SALUD	21/10/2019	31/12/2019	88 %	SALUD	>	17/01/2020
16	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SALUD	21/10/2019	31/12/2019	88 %	SALUD	>	24/01/2020
17	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SALUD	21/10/2019	31/12/2019	100 %	SALUD	>	24/01/2020
18	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SALUD	21/10/2019	31/12/2019	100 %	SALUD	>	24/01/2020
19	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Asesor, Gerente, Funcionario que actúa en aplicación	21/10/2019	31/12/2019	100 %	SALUD	>	24/01/2020
20	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SERVICIOS	21/10/2019	31/12/2019	100 %	SERVICIOS PÚBLICOS	>	23/01/2020
21	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SERVICIOS	21/10/2019	31/12/2019	100 %	SERVICIOS PÚBLICOS	>	23/01/2020
22	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SERVICIOS	21/10/2019	31/12/2019	100 %	SERVICIOS PÚBLICOS	>	23/01/2020
23	A	1. Autoevaluación	1) Despacho Contraloría Auxiliar 2) Dirección de Planeación	10/01/2020	31/12/2020	10 %	PLANEACIÓN	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	31/05/2020	31/12/2020	100 %	CULTURA	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	16/03/2020	31/12/2020	100 %	CULTURA	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	31/05/2020	31/12/2020	%	DESARROLLO ECONÓMICO	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	16/03/2020	31/12/2020	%	DESARROLLO ECONÓMICO	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	31/05/2020	31/12/2020	0 %	DRI	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	16/03/2020	31/12/2020	0 %	DRI	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	31/05/2020	31/12/2020	%	EDUCACIÓN	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	16/03/2020	31/12/2020	%	EDUCACIÓN	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	31/05/2020	31/12/2020	%	FOQUIDAD	>	✓

- PASO 3:** Seleccione el período a consultar, de acuerdo con la fecha de corte del seguimiento que desea ingresar



No.	ORIGEN	FECHA DEL H. NC	TIPO DE ACCIÓN	INFORME ORIGEN	CAPITULO
24	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	05/03/2020	Correctiva	Informe consolidado de auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	4

DESCRIPCIÓN DEL H. NC, NCP, OM o RMA

Hallazgo No. 3
GERENCIA LOCAL DE TEUSAQUILLO
... Expedientes de auditoría de regularidad B1 y desempeño 141 (PAD 2019)
No evidencian el cumplimiento de las actividades 2 al 6 del numeral 5.1., título Organización Documental (Anexo 1 - Instructivo para la Organización y Transferencias) del procedimiento para la organización y transferencias documentales PVD-05 V.0.

Se establece que a febrero 24 de 2020 la unidad documental de la auditoría B1 de 2019 no ha sido, referenciada, foliada, elaboradas las hojas de control de cada carpeta ni conserva el orden cronológico en su reformatación.

ANÁLISIS DE CAUSA
Deficiencias en la aplicación del procedimiento para la organización y transferencias documentales, del Proceso de Gestión Documental específicamente lo relacionado con la organización documental, así como de algunos procedimientos del PVCGF

ACCIONES
2. Incluir en el orden del día de las mesas de trabajo, que se realizan en desarrollo de las auditorías, la verificación del Expediente de auditoría, con el fin de asegurar la incorporación de la totalidad de documentos exigidos por el procedimiento vigente, así como la coherencia del contenido de los mismos.

INDICADORES N° de mesas de trabajo con verificación del expediente de auditoría / Total de mesas de trabajo realizadas durante el proceso auditor * 100

METAS CUANTIFICABLES 100%

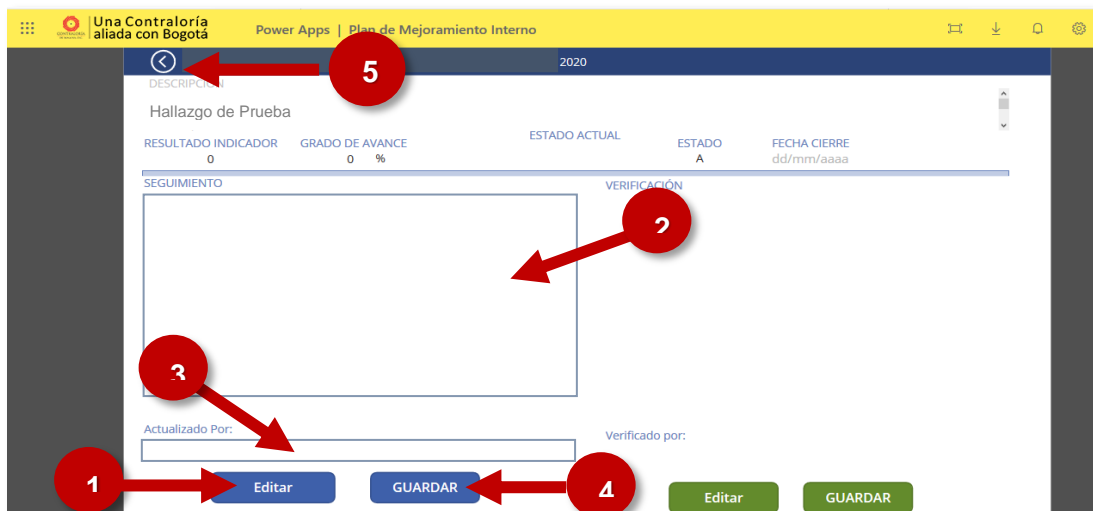
FECHA INICIAL 16/03/2020 FECHA FINAL 31/12/2020

ÁREA RESPONSABLE Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata cuando realice visita de control fiscal RECURSOS N/A

SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN

EDITAR ESTA PÁGINA ABRIL AGOSTO DICIEMBRE ULTIMO REGISTRO

- PASO 4:** Habilite el cuadro de seguimiento haciendo clic en “*Editar*”, luego ingrese la información relacionada con el avance de la acción establecida (seguimiento), de acuerdo con la fecha de corte correspondiente. Finalmente, diligencie el nombre del gestor de calidad o servidor público que ingresa la información y haga clic en “*Guardar*”.



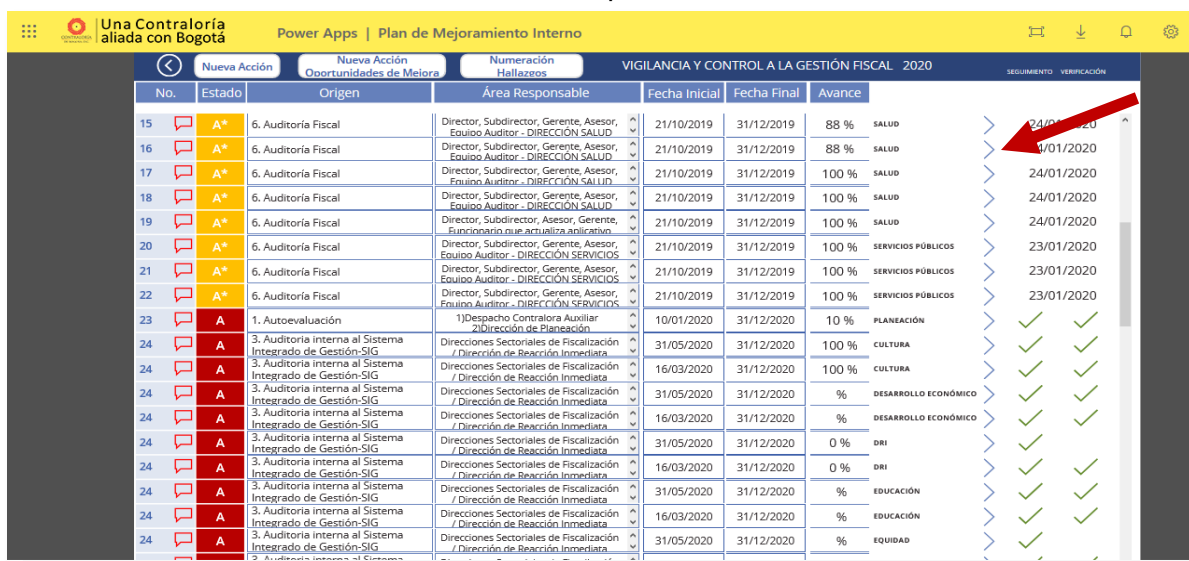
Una vez guarde la información correspondiente, regrese a la pantalla anterior, haciendo clic en la flecha que se encuentra en la parte superior izquierda.

CARGUE VERIFICACIÓN - OCI

- PASO 1:** Seleccione el proceso asignado para adelantar la verificación y haga clic en la flecha correspondiente, de acuerdo a la información que desee consultar, ya sea “*total de acciones*”, “*abiertas*”, “*sugerencia de cierre*” o “*cerradas*” según sea el caso.



- PASO 2:** Una vez ingrese al proceso asignado, seleccione la acción que requiere consultar, haciendo clic en la flecha correspondiente



No.	Estado	Origen	Área Responsable	Fecha Inicial	Fecha Final	Avance		SEGUIMIENTO	VERIFICACIÓN
15	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SALUD	21/10/2019	31/12/2019	88 %	SALUD	>	24/01/2020
16	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SALUD	21/10/2019	31/12/2019	88 %	SALUD	>	24/01/2020
17	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SALUD	21/10/2019	31/12/2019	100 %	SALUD	>	24/01/2020
18	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SALUD	21/10/2019	31/12/2019	100 %	SALUD	>	24/01/2020
19	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Asesor, Gerente, Funcionarios que auxilia a aplicarlo	21/10/2019	31/12/2019	100 %	SALUD	>	24/01/2020
20	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SERVICIOS	21/10/2019	31/12/2019	100 %	SERVICIOS PÚBLICOS	>	23/01/2020
21	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SERVICIOS	21/10/2019	31/12/2019	100 %	SERVICIOS PÚBLICOS	>	23/01/2020
22	A*	6. Auditoría Fiscal	Director, Subdirector, Gerente, Asesor, Equipo Auditor - DIRECCIÓN SERVICIOS	21/10/2019	31/12/2019	100 %	SERVICIOS PÚBLICOS	>	23/01/2020
23	A	1. Autoevaluación	1) Despacho Contraloría Auxiliar / Dirección de Planeación	10/01/2020	31/12/2020	10 %	PLANEACIÓN	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	31/05/2020	31/12/2020	100 %	CULTURA	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	16/03/2020	31/12/2020	100 %	CULTURA	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	31/05/2020	31/12/2020	%	DESARROLLO ECONÓMICO	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	16/03/2020	31/12/2020	%	DESARROLLO ECONÓMICO	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	31/05/2020	31/12/2020	0 %	DRI	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	16/03/2020	31/12/2020	0 %	DRI	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	31/05/2020	31/12/2020	%	EDUCACIÓN	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	16/03/2020	31/12/2020	%	EDUCACIÓN	>	✓
24	A	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata	31/05/2020	31/12/2020	%	EQUIDAD	>	✓

- PASO 3:** Seleccione el período a consultar, de acuerdo con la fecha de corte de la verificación que desea ingresar



No.	ORIGEN	FECHA DEL H, NC	TIPO DE ACCIÓN	INFORME ORIGEN	CAPITULO
24	3. Auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión-SIG	05/03/2020	Correctiva	Informe consolidado de auditoría interna al Sistema Integr	4

DESCRIPCIÓN DEL H, NC, NCP, OM o RMA
Hallazgo No.3
GERENCIA LOCAL DE TEUSAQUILLO
*...Expedientes de auditoría de regularidad 81 y desempeño 141 (PAD 2019)
No evidencian el cumplimiento de las actividades 2 al 6 del numeral 5.1., título Organización Documental (Anexo 1 - Instructivo para la Organización y Transferencias) del procedimiento para la organización y transferencias documentales PGD-05 V8.0.

Se establece que a febrero 24 de 2020 la unidad documental de la auditoría 81 de 2019 no ha sido, referenciada, foliada, elaboradas las hojas de control de cada carpeta ni conserva el orden cronológico en su confirmación

ANÁLISIS DE CAUSA
Deficiencias en la aplicación del procedimiento para la organización y transferencias documentales, del Proceso de Gestión Documental específicamente lo relacionado con la organización documental, así como de algunos procedimientos del PVCGF

ACCIONES
2. Incluir en el orden del día de las mesas de trabajo, que se realizan en desarrollo de las auditorías, la verificación del Expediente de auditoría, con el fin de asegurar la incorporación de la totalidad de documentos exigidos por el procedimiento vigente, así como la coherencia del contenido de los mismos.

INDICADORES N° de mesas de trabajo con verificación del expediente de auditoría / Total de mesas de trabajo realizadas durante el proceso auditor * 100

METAS CUANTIFICABLES 100%

ÁREA RESPONSABLE Direcciones Sectoriales de Fiscalización / Dirección de Reacción Inmediata cuando realice visita de control fiscal

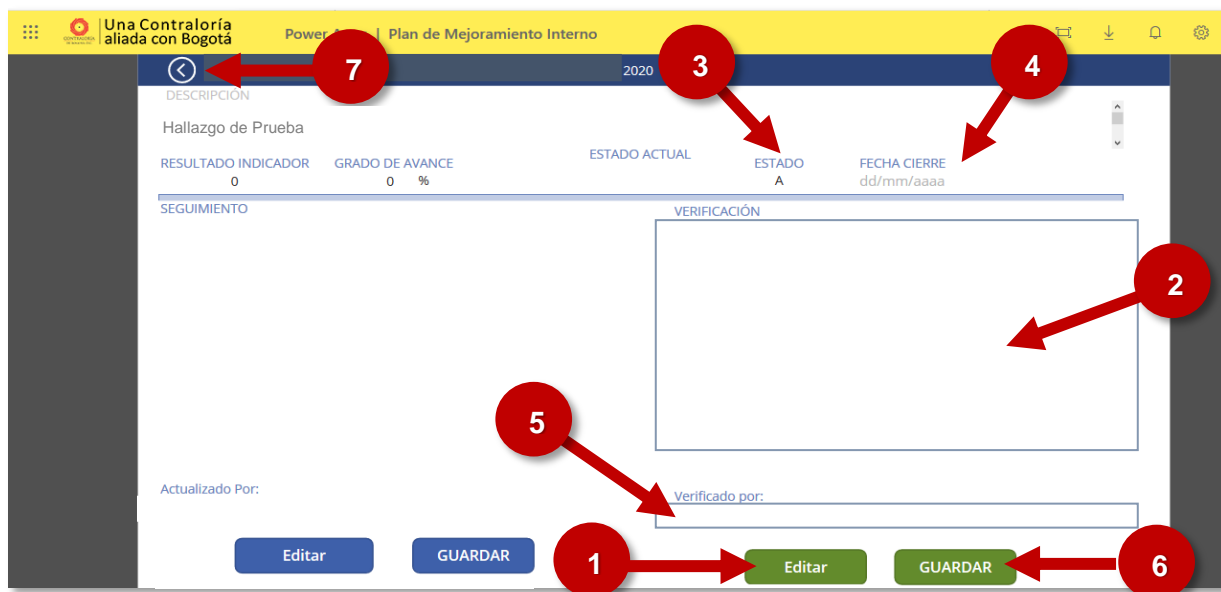
RECURSOS N/A

FECHA INICIAL 16/03/2020 FECHA FINAL 31/12/2020

SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN

EDITAR ESTA PÁGINA ABRIL AGOSTO DICIEMBRE ULTIMO REGISTRO

- PASO 4:** Habilite el cuadro de verificación haciendo clic en “*Editar*”, luego ingrese la información relacionada con el avance de la acción según lo evidenciado. Actualice el estado con A, C o A*, según corresponda, asegurándose de incluir la letra en mayúscula; igualmente, actualice la fecha de cierre siempre y cuando cumpla con lo descrito en la actividad 16 del presente procedimiento. Para finalizar, diligencie el nombre del auditor que adelantó la verificación y haga clic en “*Guardar*”.




Una vez guarde la información correspondiente, regrese a la pantalla anterior, haciendo clic en la flecha que se encuentra en la parte superior izquierda.

Finalmente y de ser necesario, puede generarse un archivo en formato Excel por proceso o general, tanto para el rol de seguimiento como para el de verificación según sea el caso.

Seguimiento Abril	Verificación Abril	Total Acciones	Abiertas	S. Cierre	Cerradas	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	⚠ 1	9	5	4	0	Excel
PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y COMUNICACIÓN CON PARTES INTERESADAS	⚠ 1	1	1	0	0	Excel
ESTUDIOS DE ECONOMÍA Y POLÍTICA PÚBLICA	✓	1	1	0	0	Excel
VIGILANCIA Y CONTROL A LA GESTIÓN FISCAL	⚠ 3	28	6	22	0	Excel
RESPONSABILIDAD FISCAL Y JURISDICCIÓN COACTIVA	✓	10	0	10	0	Excel
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	⚠ 5	9	8	0	1	Excel
GESTIÓN JURÍDICA	✓	0	0	0	0	Excel
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	⚠ 1	32	17	15	0	Excel
GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	✓	1	0	1	0	Excel
GESTIÓN DOCUMENTAL	✓	1	1	0	0	Excel
EVALUACIÓN Y MEJORA	✓	5	0	5	0	Excel

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión: 12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 30 de 34

ANEXO 3. Aspectos generales para formulación de acciones correctivas y de mejora.

	Aspectos generales para formulación de Acciones Correctivas y de Mejora	Código formato: PEM-04-03 Versión: 17.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página: x de y

ASPECTOS GENERALES PARA FORMULACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA

Este instructivo proporciona la descripción de los aspectos generales para la formulación de las acciones correctivas, las cuales se establecen para eliminar las causas que originaron un hallazgo (H), no conformidad (NC), producto no conforme (PNC) o riesgo materializado (RMA), con el fin de que no vuelva a ocurrir, así como las acciones para las oportunidades de mejora (OM), en desarrollo del mejoramiento de los procesos y el desempeño institucional.

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS: el equipo de gestores de proceso, llevará a cabo un análisis minucioso del H, NC, PNC, RMA u OM con el fin de determinar la razón(es) por la cual se presentó la situación formulada por la auditoría correspondiente, utilizando para ello, la columna 8 (análisis de causa) del Anexo Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora, teniendo en cuenta la totalidad de aportes de los integrantes del equipo.

TÉCNICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS: existen muchos métodos y herramientas disponibles en una organización para determinar la causa de un H, NC, PNC, RMA u OM, desde una lluvia de ideas hasta técnicas más complejas de resolución sistemática de problemas (por ejemplo, análisis de causa raíz, diagramas de pescado, "los cinco porqué", diagramas de árbol, etc.). La extensión y eficacia de la acción correctiva depende de la identificación de la verdadera causa raíz.

FORMULACIÓN DE ACCIONES: una vez identificadas las causas, es necesario formular acciones correctivas o de mejora que permitan subsanar las situaciones detectadas, diligenciando la columna 9 (acciones) del Anexo Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora.

Las acciones correctivas y de mejora deben tener un perfil de calidad que responda a las siguientes características:

- **Contextualizada:** deberá tomar en consideración el momento y la situación en la que se detectó el H, NC, PNC, RMA u OM, así como el conjunto de actores que intervienen en la situación cuya mejora se propone. Ha de ser real, acorde con el momento presente.
- **Clara:** debe ser entendible y concreta sin dar pie a libres interpretaciones.
- **Coherente con la evaluación realizada:** deberá estar asociada a las fortalezas y debilidades señaladas, por lo que es conveniente precisar la correspondencia entre los juicios de valor (puntos fuertes y débiles) y por ende que la acción conlleve a la mejora.
- **Creativa:** en ocasiones se trata de aportar nuevas soluciones a viejos y reiterados problemas.
- **Fundamentada:** la calidad y pertinencia de la evidencia aportada no deben dejar lugar a la

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión: 12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 31 de 34

- duda sobre la idoneidad y pertinencia de las acciones consideradas en la misma.
- **Medible:** formulada de manera que su resultado sea observable.
 - **Priorizada:** prevalece la propuesta más importante para eliminar las causas que originaron las observaciones, consensuada entre el mayor número de personas involucradas, como garantía de compromiso de la ejecución de dicha propuesta.
 - **Viable - factible:** es necesario que se analicen los posibles obstáculos en su ejecución.

Desde un punto de vista estratégico, las medidas que se han de tomar deben producir los efectos a corto y mediano plazo. Por lo tanto, son formulaciones que miran hacia el futuro y parten de la experiencia pasada.

La acción a ejecutar debe prevenir que el H, NC, PNC, RMA u OM vuelva a ocurrir, eliminando la causa o situación que la generó.

Además de las anteriores consideraciones a tener en cuenta, es preciso resaltar que la redacción de la acción a ejecutar, debe iniciar con un verbo que determine la acción a llevar a cabo, redactado preferiblemente en tercera persona del tiempo presente y complementarse con el objeto y la condición, ejemplo:

Analizar, conocer, describir, enumerar, explicar, recordar, relacionar, resumir, aplicar, construir, demostrar, elaborar, experimentar, hacer funcionar, manejar, usar, utilizar, planificar, aceptar, apreciar, comportarse, preferir, respetar, sentir, tolerar, valorar, entre otros.

El complemento de la acción,

VERBO	OBJETO	CONDICIÓN
Realizar	Estudios e investigaciones	Para promover el desarrollo integral del talento humano al servicio de la entidad.

EFICACIA DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA:

Para determinar la eficacia y posterior cierre de las acciones correctivas o de mejora incluidas en el Plan de Mejoramiento, el auditor de la Oficina de Control Interno puede utilizar variedad de métodos, dependiendo de la actividad que se vaya a evidenciar, por ejemplo, algunas acciones requerirán de una verificación en el sitio (la cual puede requerir visitas posteriores), mientras que otras podrán ser verificadas en forma remota, revisando evidencia documentada.

Antes de decidir cerrar un H, NC, PNC, RMA u OM es necesario asegurarse que exista evidencia objetiva (incluyendo documentación soporte) para demostrar que la acción propuesta ha sido totalmente implementada y eficaz para prevenir la recurrencia de la situación detectada.

En el evento que, producto del análisis efectuado por la Oficina de Control Interno, se evidencie que las acciones no fueron eficaces, se mantendrá abierto el H, NC, PNC, RMA u OM y se comunicará al responsable para que realice nuevamente el análisis de causas y el rediseño de la acción, junto con la modificación de fechas, meta e indicador.

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 32 de 34

7. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	N° Acto Administrativo y Fecha	Descripción de la Modificación
1.0	R.R. 015 13 marzo 2003	Ver procedimiento, link normatividad
2.0	R.R. 043 8 septiembre 2003	Ver procedimiento, link normatividad
3.0	R.R. 024 29 Junio 2005	Ver procedimiento, link normatividad
4.0	R.R. 017 2 agosto 2006	Ver procedimiento, link normatividad
5.0	R.R. 022 23 noviembre 2007	Ver procedimiento, link normatividad
6.0	R.R. 021 23 diciembre 2008	Ver procedimiento, link normatividad
7.0	R.R. 027 23 octubre 2009.	Ver procedimiento, link normatividad
8.0	R.R. 023 05 octubre 2010.	Ver procedimiento, link normatividad
9.0	R.R. 005 17 febrero 2011	Ver procedimiento, link normatividad
10.0	R.R. 024 20 noviembre 2012	Ver procedimiento, link normatividad
11.0	R.R. 044 30 octubre 2013	Ver procedimiento, link normatividad
12.0	R. R. No. 010 24 Febrero 2014	Ver procedimiento, link normatividad
13.0	RR. 021 11 Junio 2015	Ver procedimiento, link normatividad
14.0	RR. 071 30 diciembre 2015	Ver procedimiento, link normatividad
15.0	R.R. 029 31 agosto 2016	<p>El procedimiento cambió de nombre a Plan de Mejoramiento. La versión 15.0 a 16.0. se ajusta en los siguientes aspectos: El nombre del procedimiento se ajusta eliminando “acciones correctivas, Preventivas y de mejora”.</p> <p>Se cambió el código del documento PEC al de PEM versión 04.</p> <p>De las definiciones se suprimieron las de Acción Preventiva y No Conformidad Potencial.</p> <p>De la definición Efectividad se suprimió la “Nota. La medición de la efectividad se denomina, en la Ley 872 de 2003, como una medición del impacto” y de la definición Eficacia se</p>

	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05
		Versión: 12.0
		Código documento: PEM-04
		Versión: 17.0
		Página 33 de 34

Versión	N° Acto Administrativo y Fecha	Descripción de la Modificación
		<p>suprimió la “Nota. La medición de la eficacia se denomina, en la Ley 872 de 2003, como una medición de resultado”.</p> <p>Así mismo de las columnas actividades, observaciones, punto de control y registros se eliminaron los términos Preventiva y No Conformidad.</p> <p>De la Definición Informe de Auditoria, se cambió el termino Programa por Plan.</p> <p>Actividad 2, Se agregaron los orígenes: PQR y Producto No Conforme.</p> <p>De la actividad 12 se suprimió la observación “La Oficina de Control Interno, efectuará el cierre de las acciones derivadas de las oportunidades de mejora definidas por la Auditoría Externa de calidad”.</p> <p>En el numeral 5.1. Formulación de causas y acciones, se eliminó como responsable al Profesional para las actividades 2, 3, 4 y 5.</p> <p>En el numeral 5.2 “seguimiento y verificación” actividades 13 y 14 se sustituyó el término “informe de resultados” por “memorando”.</p> <p>Igualmente, en la actividad 14 se eliminó “y en copia magnética o través de correo institucional a la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para la publicación en la Intranet.” y la “Observación La Oficina de Control Interno, verificará que la Dirección de TICS mantenga en la Intranet las versiones actualizadas de las verificaciones realizadas (informe) de cada uno de los procesos”.</p> <p>En la actividad 15 se incluyó el término “informe” y su publicación en la “Intranet”. Así mismo el registro “informe consolidado” y en la columna Observación se agregó “informe de verificación”.</p> <p>En la actividad 16 se incluyó “publicación página web”.</p> <p>En los Anexos 1. Plan de Mejoramiento - Acciones Correctivas y de Mejora-INSTRUCTIVO 1 y 2. Aspectos Generales Formulación de Acciones Correctivas y de Mejora, se eliminaron los términos “Preventiva”, “No Conformidad Potencial (NCP)” y “No Conformidad Potencial Materializada (NCPM)” y se agregó el término Producto no Conforme.</p> <p>A su vez en el formato del Anexo 01 en su acápite de pie de página se sustituyó la leyenda “Actualizado por (Profesional Proceso / Oficina de Control Interno)” por “Actualizado por (Responsable de Proceso)”.</p>

 CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.	PROCEDIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	Código Formato: PGD-02-05 Versión:12.0
		Código documento: PEM-04 Versión: 17.0
		Página 34 de 34

Versión	N° Acto Administrativo y Fecha	Descripción de la Modificación
16.0	R.R. 034 21 Nov.2017	<p>Teniendo en cuenta el concepto de mejora y en cumplimiento a la acción establecida en el Mapa de Riesgos Institucional, a cargo del Proceso de Evaluación y Mejora – PEM, con el fin de reducir el riesgo de desactualización de los procedimientos del proceso, se estableció la necesidad de actualizar el procedimiento, para dar mayor claridad al mismo y que se encuentre vigente con la normativa actual, para lo cual se realizan las siguientes modificaciones, de acuerdo con la justificación antes expresada:</p> <p>Se ajusta el objetivo, alcance, base legal, definiciones, numeración, actividades, responsables, observaciones, puntos de control y formatos.</p> <p>Se ajustan las actividades, conforme a lo establecido en el Decreto 648 de 2017, en cuanto a los roles de la Oficina de Control Interno.</p> <p>Se ajusta el nombre del numeral 5.1 a “<i>Formulación, ejecución y modificación del Plan de Mejoramiento</i>”.</p> <p>Se ajusta las actividades en donde se realizaban reportes periódicos a la Auditoría Fiscal, dado que los mismos no se realizan actualmente, para incorporarle el nuevo marco fiscal donde la entidad asume otro rol con la Auditoría General de República -AGR.</p> <p>Se modifica el formato del anexo número 1 – Plan de Mejoramiento, en el sentido de eliminar los campos de seguimiento y verificación, teniendo en cuenta que esta labor fue reemplazada por el registro del seguimiento de las acciones en forma automática, en el sistema Plan de Mejoramiento y se incluye el anexo número 2 con el paso a paso para diligenciar la información de seguimiento y verificación en el sistema Plan de Mejoramiento.</p> <p>Se modifica el anexo número No.3 que contiene los aspectos generales para formulación de acciones correctivas y de mejora, este anexo cambio de código.</p>
17.0	R.R. N°	