



# Función Pública



## **ANEXO TÉCNICO – GUÍA DE AUDITORÍA**

**Gestión Integral de Planes de  
Mejoramiento en el Marco del Modelo  
Estándar de Control Interno**

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

VERSIÓN 01  
Noviembre 2025



**Función Pública**



**Función Pública**

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**

**Mariela Barragán Beltrán**

Directora

**Luz Daifenis Arango Rivera**

Directora de Gestión y Desempeño

**Equipo de Trabajo**

Iván Arturo Márquez Rincón

Myrian Cubillos Benavides

Ignacio Rico Gualteros

Patricia Villamil Avella

Bogotá D.C

Noviembre 2025

### Control de Cambios Al Documento

Versión	Observación
<b>Versión 1</b> <b>Octubre de 2025</b>	Creación del documento, basado en las necesidades de las entidades públicas en materia de control interno y la mejora continua.

## Tabla de contenido

Introducción .....	5
Justificación .....	8
Capítulo I Marcos de Referencia para la Gestión Integral de Planes de Mejoramiento ...	10
1.1. Marco Normativo.....	10
1.2. Términos y Definiciones.....	12
1.3. Objeto y Ámbito de Aplicación .....	14
1.4. Articulación .....	15
1.5. Roles y Responsabilidades en los Planes de Mejoramiento .....	18
1.5.1. Relación Entes de Control .....	22
Capítulo II Ruta de Mejoramiento.....	24
2.1. Planificación del Plan de Mejoramiento .....	26
2.1.1. Componentes del Plan de Mejoramiento .....	27
2.1.2. Formulación del Plan del Mejoramiento .....	31
2.1.3. Identificación de la Causa Raíz del Hallazgo .....	34
2.1.4. Formulación de las Acciones .....	38
2.1.5. Formulación del Indicador de cumplimiento y recurrencia .....	39
2.2. Ejecución del Plan de Mejoramiento.....	39
2.3. Responsabilidad del Seguimiento Final y Cierre del Plan de Mejoramiento .....	40
2.4. Seguimiento y Monitoreo .....	43
2.5. Herramienta .....	44
Bibliografía.....	45

### Lista de Tablas

Tabla 1 Referentes Normativos Política Control Interno .....	10
Tabla 2 Términos y Definiciones Aplicables y Otros Que se Articulan.....	13
Tabla 3 Roles y Responsabilidades para la Gestión Integral Planes de Mejoramiento .....	19
Tabla 4. Subindicadores de cumplimiento.....	29
Tabla 6 Responsables del Seguimiento y Cierre del Plan de Mejoramiento.....	41
Tabla 7 Estados que Adoptan los Planes de Mejoramiento.....	42
Tabla 8 Seguimiento y Monitoreo de los Planes de Mejoramiento .....	43

### Lista de Gráficas

Gráfica 1 Ruta del Mejoramiento Desde el Enfoque del MIPG .....	25
Gráfica 2 Alcance Aplicación Plan de Mejoramiento.....	31
Gráfica 3 Aspectos Clave Para la Formulación de un Plan de Mejoramiento .....	34

## **Introducción**

El Departamento Administrativo de la Función Pública, como entidad transversal y estratégica del Gobierno Nacional, teniendo en cuenta la labor que ejecutan los jefes de control interno o instancias que haga sus veces, como evaluadores independientes de la gestión institucional, y las funciones de control fiscal bajo la responsabilidad de la Contraloría General de la República (CGR), así como de las contralorías territoriales, departamentales y municipales, se pone a disposición el presente anexo técnico que busca atender la necesidad de contar con lineamientos y criterios específicos para la gestión y tratamiento a los planes de mejoramiento, producto de los procesos de auditoría interna y externa. De igual forma, para que se puedan considerar su articulación con otras fuentes para la mejora que permita contar con una herramienta que consolide de forma integral estos esquemas y mejorar su efectividad.

En este sentido, el presente documento analiza y condensa diferentes bases conceptuales que se presentan de forma práctica para que su aplicación sea de fácil manejo y que los planes de mejoramiento pueda garantizar el cierre efectivo de los procesos de auditoría, así como el monitoreo ejecutado desde la segunda línea como parte del aseguramiento que adelantan en desarrollo de la cadena de valor de los procesos y así las entidades puedan garantizar el cumplimiento de su misionalidad en pro del goce de derechos que se materializa en productos y servicios públicos suministrados a sus grupos de valor.

Se resalta entonces, la importancia del plan de mejoramiento como herramienta clave para promover que los procesos internos de las entidades se desarrollen en forma eficiente y transparente, a través de la implementación de acciones correctivas y preventivas que respondan a metodologías orientadas al mejoramiento continuo, promovido en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y de la Dimensión 7 que desarrolla el Modelo Estándar de Control Interno MECI, donde se proporcionan mecanismos claves para

el cumplimiento del propósito fundamental de las entidades públicas, al establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, estructuras definidas para la prevención de situaciones que afectan la operación, los recursos y la prestación del servicio a los grupos de valor o ciudadanos, para lo cual, la dimensión de control interno se articula para definir claramente las instancias responsables desde la alta dirección (línea estratégica) y su despliegue hacia las instancias de 1a y 2a línea, quienes como responsables de la toma de decisiones materializan dicho enfoque preventivo, y, por su parte la oficina de control interno o quien haga sus veces, quienes como 3a línea aplican sus seguimientos y auditorías internas con un enfoque basado en riesgos con una mirada independiente de la gestión, esquema que en su conjunto debe proporcionar a las entidades una seguridad razonable frente al cumplimiento de sus funciones y propósito fundamental.

Cabe señalar que, la presente guía es el resultado de un trabajo articulado con la Contraloría General de República para lograr una metodología estándar que facilite el análisis de causas y la posterior definición de acciones que permitan resolver los hallazgos, producto de las auditorías internas que ejecutan las oficinas de control interno; las auditorías externas, a partir de la evaluación de los entes de control y vigilancia; y aquellas evaluaciones de otras fuentes externas, todo con el fin de generar estructuras integrales para la mejora institucional.

En consecuencia, el capítulo I desarrolla el marco de referencia para la gestión integral de planes de mejoramiento donde se expresa las generalidades jurídicas, conceptuales y los roles y responsabilidades que se gestionan bajo el esquema de las líneas de aseguramiento para la mejora.

En el Capítulo II se observa la metodología de formulación, seguimiento, monitoreo, evaluación y cierre de los planes de mejoramiento. Ahora bien, es importante hacer hincapié en que en lo relativo a la formulación, esta metodología esta descrita para aquellos planes

de mejoramiento que resulten de los ejercicios de auditoría de la 3° línea de aseguramiento o las practicadas por los entes externos de control. En todo caso, se invita a las entidades para que aquellas que hubiesen adoptado normas voluntarias (ISO), de ser posible, alineen los procedimientos de seguimiento y monitoreo de la 1° y 2° línea de aseguramiento con lo recomendado en este anexo.

BORRADOR



## Justificación

Con motivo de la actualización de la Guía Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas que pasa a su versión 5 y en combinación con la expedición de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas - versión 7; instrumentos que emite el Departamento Administrativo de la Función Pública, como responsable de la política de control interno, resulta pertinente que se cuente con el presente anexo, con el fin de guiar la **formulación, seguimiento, monitoreo, evaluación y cierre de los planes de mejoramiento** (de acuerdo con el esquema de líneas de aseguramiento eje articulador de la Dimensión 7), que resultan como producto de las auditorías internas de gestión basadas en riesgos, así como aquellos producto de las auditorías del organismo de control. Dinámica que, permitirá articular la evaluación aplicada por otras fuentes (internas y/o externas), que evite duplicidades en acciones o carga administrativa que retrasa la mejora institucional.

Se precisa que, el esquema metodológico propuesto es aplicable para la elaboración de los planes de mejoramiento que define el análisis de causas, acciones, responsables y fechas de cumplimiento, esto para resolver hallazgos a partir de la evaluación de diferentes fuentes internas y externas, no obstante, con respecto al cierre de los planes que se deriven de los ejercicios de auditoría practicados por los entes de control fiscal, deberán complementarse con las medidas que para tal efecto hayan dispuesto la Contraloría General de la República, las Contralorías territoriales y la Auditoría General de la República, según aplique.

Del mismo modo, al haberse actualizado la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas - versión 5, en armonía con el Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna del Instituto de Auditores (IIA Global), y al definir este marco elementos de aplicación obligatoria y otros complementarios que correspondería a las

mejores prácticas, se hace necesario, en particular desarrollar las disposiciones de las normas 14.4 “*Recomendaciones y planes de acción*” y 15.2 “*Confirmar la implementación de recomendaciones o planes de acción*”, reconociendo las particularidades de la administración pública Colombiana, esto es, que se implementen en atención al ciclo de gestión de los planes de mejoramiento y se puedan abordar los hallazgos eficazmente.

Es necesario precisar que esta actualización también responde a la necesidad de articular los contenidos y metodologías formuladas desde distintas vertientes, en combinación con los objetivos y principios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), específicamente, en lo que tiene que ver con la 7ª dimensión del MIPG “*Control Interno*” y la estructura del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), así como el esquema de líneas, adaptado del documento Modelo de las tres líneas del IIA Global (Global Institute of Internal Auditors, 2020).

## Capítulo I

### Marcos de Referencia para la Gestión Integral de Planes de Mejoramiento

Con el propósito de establecer el marco normativo y conceptual que sustenta los lineamientos que más adelante se proponen, a continuación, se despliega un análisis desde el mandato constitucional, las leyes y decretos reglamentarios que en materia de control interno se constituyen en la base para el desarrollo de los planes de mejoramiento, como herramienta para la mejora integral de la gestión institucional. De igual forma, dada la diversidad en las instancias tanto internas y externas que generan información para la mejora, se establecen los términos aplicables, de manera tal que se eviten interpretaciones erradas que pueden generar duplicidad de acciones y reprocesos internos que retrasan la mejora continua.

#### 1.1. Marco Normativo

En la tabla 1 se relacionan las principales fuentes normativas, iniciando por la Constitución Política de Colombia, las leyes y decretos reglamentarios relacionados con el Sistema Nacional e institucional de Control, base para los lineamientos que más adelante se desarrollan.

*Tabla 1 Referentes Normativos Política Control Interno*

Norma / Año	Descripción / Capítulos / Artículos
Constitución Política de Colombia (1991)	<b>Artículo 119:</b> a Contraloría General de la República tiene a su cargo la vigilancia de la gestión fiscal y el control de resultado de la administración.
	<b>Artículo 209:</b> La función administrativa está al servicio de los intereses generales y debe desarrollarse con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.
	<b>Artículo 267:</b> a vigilancia y el control fiscal son una función pública que ejercerá la Contraloría General de la República, la cual vigila la gestión fiscal de la

Norma / Año	Descripción / Capítulos / Artículos
Ley 87 de 1993	<p>administración y de los particulares o entidades que manejen fondos o bienes públicos, en todos los niveles administrativos y respecto de todo tipo de recursos públicos. (...)</p> <p><b>Artículo 268:</b> El Contralor General de la República tendrá las siguientes atribuciones: (...).</p> <p><b>Artículo 269:</b> En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley.</p> <p><b>Artículo 1:</b> Define el Sistema de Control Interno como como un sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes.</p> <p><b>Artículo 5:</b> Establece el campo de aplicación a todos los organismos y entidades de las Ramas del Poder Público en sus diferentes órdenes y niveles, así como en la organización electoral, en los organismos de control, en los establecimientos públicos, en las empresas industriales y comerciales del Estado en las sociedades de economía mixta en las cuales el Estado posea el 90% o más de capital social, en el Banco de la República y en los fondos de origen presupuestal.</p> <p><b>Artículo 6:</b> El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente.</p> <p><b>Artículo 9:</b> Definición de la unidad u oficina de coordinación del control interno, como uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.</p> <p><b>Artículo 10:</b> Para la verificación y evaluación permanente del Sistema de Control Interno, las entidades estatales designarán como asesor, coordinador, auditor interno o cargo similar, a un funcionario público que será adscrito al nivel jerárquico superior y designado en los términos de la presente Ley.</p>
Ley 489 de 1998	<p><b>Artículo 4:</b> La función administrativa del Estado busca la satisfacción de las necesidades generales de todos los habitantes, de conformidad con los principios, finalidades y cometidos consagrados en la Constitución Política. Los organismos, entidades y personas encargadas, de manera permanente o transitoria, del ejercicio de funciones administrativas deben ejercerlas consultando el interés general.</p> <p><b>Capítulo VI, artículo 27:</b> Crea el Sistema Nacional de Control Interno, conformado por el conjunto de instituciones, instancias de participación, políticas, normas, procedimientos, recursos, planes, programas, proyectos, metodologías, sistemas de información, y tecnología aplicable, inspirado en los principios</p>

Norma / Año	Descripción / Capítulos / Artículos
	<p>constitucionales de la función administrativa cuyo sustento fundamental es el servidor público.</p> <p><b>Artículo 29:</b> El Sistema Nacional de Control Interno, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional, será dirigido por el Presidente de la República como máxima autoridad administrativa y será apoyado y coordinado por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional, el cual será presidido por el Director del Departamento Administrativo de la Función Pública.</p>
<b>Decreto 1083 de 2015</b>	<p><b>Título 21:</b> Compila los decretos reglamentarios para el Sistema de Control Interno, donde se establecen, entre otras disposiciones, las instancias de articulación, desde el Alto Gobierno, su desagregación en el nivel nacional y territorial; lineamientos sobre la institucionalidad, así como los elementos técnicos necesarios para operar la política de control interno en las entidades; herramientas e instrumentos técnicos para las Oficinas de Control Interno o instancias que hace sus veces y los esquemas de medición para el sistema.</p> <p><b>Capítulo 1:</b> Crea el Sistema de Gestión para las entidades públicas, define el objeto e instancias de dirección y coordinación del mismo, mediante los artículos 2.2.22.1.1 al 2.2.22.2.1.</p> <p><b>Capítulo 3:</b> Desarrolla el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, cuya estructura actualiza el Modelo Estándar de Control Interno mediante los artículos 2.2.23.1 y 2.2.23.2.</p>
<b>Normas Globales de Auditoría (IIA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estándar 9.1 Comprensión de los procesos de gobernanza, gestión de riesgos y control.</li> <li>• Norma 9.2 Estrategia de Auditoría Interna.</li> <li>• Norma 9.3 Metodologías.</li> <li>• Norma 9.4 Plan de Auditoría Interna.</li> <li>• Estándar 9.5 Coordinación y Confianza.</li> <li>• Norma 14.4 Recomendaciones y planes de acción.</li> <li>• Norma 15.2 Confirmar la implementación de recomendaciones o planes de acción.</li> </ul>

Fuente: Adaptado por la Dirección de Gestión y Desempeño de La Función Pública.

## 1.2. Términos y Definiciones

A continuación, en la tabla 2 se precisan algunos términos esenciales para la comprensión del presente anexo y para la correcta articulación sobre términos utilizados para la implementación y operación de sistemas de gestión bajo normas voluntarias.

*Tabla 2 Términos y Definiciones Aplicables y Otros Que se Articulan*

Término	Definición
<b>Plan de Mejoramiento</b>	Conjunto de elementos de control que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en la gestión de las operaciones de las entidades, que se generan como consecuencia de los procesos de auditoría interna y de los Órganos de Control, encaminadas a mejorar en el corto y mediano plazo el desempeño institucional, a partir del análisis de causas que permita optimizar procesos y alcanzar objetivos.
<b>Hallazgo</b>	<p>De acuerdo con la Guía de Auditoría Basada en Riesgos para Entidades Públicas, se establece lo siguiente:</p> <p>Son el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio establecido y la situación actual encontrada (brecha detectada) durante el examen a una actividad, procedimiento o proceso. El término hallazgo en general tiene una connotación de inadecuación frente al criterio evaluado.</p> <p><u>Requiere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que se haga un examen y evaluación contra estándares establecidos (normas, procedimientos aprobados, instructivos de operación definidos en el proceso, entre otros).</li> <li>• El alcance y la profundidad del análisis se encuentra definido en el programa de auditoría. Una adecuada evaluación e interpretación de los resultados debe permitir al auditor interno emitir una opinión sobre la efectividad de los controles en relación a la capacidad de mitigar el riesgo, así como el cumplimiento de las normas relacionadas y aplicables.</li> </ul> <p>En el ámbito de las normas voluntarias, específicamente para la implementación de la Norma ISO9001:2015 se articula el siguiente término:  3.6.9 No conformidad. Incumplimiento de un requisito (3.6.4).  3.6.4 Requisito. Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria (ISO 9000, 2015).</p>
<b>Acción de Mejora</b>	<p>3.3.1 Mejora. Actividad para mejorar el desempeño (3.7.8)</p> <p><u>Nota 1 a la entrada:</u> La actividad puede ser recurrente o puntual (ISO 9000, 2015).</p>
<b>Acción Correctiva</b>	<p>Acción para mitigar el impacto del hallazgo. La acción correctiva se formula cuando una situación ya ha sucedido, permite restablecer operaciones específicas, pero no ataca de fondo la situación presentada.</p> <p>Una corrección es inmediata, y se toman para dar tratamiento al hallazgo detectado a corto plazo, es decir, para solucionar el problema inmediato causado. No se centra en la causa raíz, sino en la acción directa para revertir el efecto negativo.</p>
<b>Acción Preventiva</b>	Acción enfocada a evitar situaciones potenciales, es decir, que aún no se han presentado pero que tienen probabilidad de hacerlo; o prevenir que situaciones

Término	Definición
	que ya se han presentado no vuelvan a presentarse, mediante el análisis de causas más significativas.
<b>Mejora Continua</b>	<b>3.3.2 Mejora Continua.</b> Actividad recurrente para mejorar el desempeño (3.7.8). <u>Nota 1 a la entrada:</u> El proceso de establecer objetivos y de encontrar oportunidades para la mejora es un proceso continuo mediante el uso de hallazgos de auditoría y de conclusiones de la auditoría, del análisis de datos, de las revisiones por la dirección u otros medios, y generalmente conduce a una acción correctiva o una acción preventiva (ISO 9000, 2015).
<b>Oportunidad de Mejora</b>	<b>3.13.9 Hallazgos de auditoría.</b> Resultados de la evaluación de la evidencia de auditoría (3.13.8) recopilada frente a los criterios de auditoría (3.13.7) (...) <u>Nota 2 a la entrada:</u> <b>Los hallazgos de auditoría pueden conducir a la identificación de oportunidades para la mejora (3.3.1)</b> o el registro de buenas prácticas (ISO 9000, 2015). La oportunidad de mejora se usa en el ámbito de auditoría interna bajo normas voluntarias, pero no se limita a éste, dado que un proceso podría definir con insumos de otras fuentes como el análisis de datos, así como la revisión por la dirección u otras fuentes internas o externas de seguimiento o evaluación.
<b>Causa</b>	Todas aquellas situaciones que derivan de factores internos y/o externos, que solos o en combinación con otros, pueden producir o produjeron el hallazgo.
<b>Proveedores de aseguramiento</b>	En el marco del Sistema de Control Interno, son instancias internas o externas que, mediante la aplicación de mecanismos objetivos, como actividades de autoevaluación basados en monitoreos específicos, o bien procesos auditores, que permiten el análisis de información sobre los resultados alcanzados en los procesos, programas o proyectos que ejecuta la entidad, con el fin de incorporar acciones que intervengan situaciones críticas y se mitiguen los riesgos de forma adecuada, así mismo permite proveer amenazas sobrevinientes y se aplique una toma de decisiones con enfoque preventivo. Tanto los proveedores de aseguramiento interno como externo, facilitan a la auditoría interna contar con información consolidada y analizada para la reformulación de sus planes anuales, así como para la definición de alcances en sus procesos auditores priorizados y basados en riesgos.
<b>Meta</b>	Resultado que se espera alcanzar, basado en objetivos previamente definidos y que tienen un alcance en el tiempo, son medibles y alcanzables.
<b>Objetivo</b>	Fines concretos y específicos que se busca alcanzar, sirven como puntos de referencia para guiar la gestión institucional y permiten cumplir el propósito fundamental de las entidades.

Fuente: Adaptado y tomado por la Dirección de Gestión y Desempeño de La Función Pública.

### 1.3. Objeto y Ámbito de Aplicación



El presente anexo busca establecer los lineamientos y directrices para la **formulación, seguimiento, monitoreo, evaluación y cierre** de los planes de mejoramiento de las entidades del Estado, generados como producto de los procesos de monitoreo continuo (autoevaluación), y de evaluación independiente (auditoría interna), así como las provenientes de auditorías externas de los organismos de control y vigilancia y de organismos de certificación, para aquellas entidades que cuenten con certificaciones bajo normas internacionales de carácter voluntario.

El anexo técnico tendrá alcance para las entidades definidas en el Decreto 1083 de 2015<sup>1</sup> artículo 2.2.21.1.2, que de conformidad con el mandato constitucional y el campo de aplicación de la Ley 87 de 1993, establece:

*“(...) todos los organismos y entidades del Estado, en sus diferentes órdenes y niveles, así como a los particulares que administren recursos del Estado.*

*PARÁGRAFO. Las normas del presente Título serán aplicables en lo pertinente, a las entidades autónomas y territoriales o sujetas a regímenes especiales en virtud del mandato constitucional”.*

#### 1.4. Articulación

Para comprender con mejor detalle la gestión integral de los planes de mejoramiento producto de los diferentes procesos de autoevaluación, evaluación y auditoría interna y/o externas, debemos referirnos al Decreto 1499 de 2017, específicamente a la disposición en relación con la articulación del Sistema de Gestión con el Sistema de Control Interno en los siguientes términos.

---

<sup>1</sup> Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.



**Artículo 2.2.22.1.1 - Sistema de Gestión**

*El Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos en el marco de la legalidad y la integridad. (Función Pública, 2017, art. 2.2.22.1.1)*

**Artículo 2.2.23.1 - Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno**

*El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.*

*El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI. (Función Pública, 2017, art. 2.2.23.1)*

A partir de la anterior reglamentación, se definió un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

De este modo, la nueva estructura del MECI busca una alineación a las buenas prácticas de control referenciadas desde el Modelo COSO, razón por la cual la estructura del MECI se fundamenta en cinco componentes, a saber: (i) ambiente de control, (ii) evaluación del

riesgo, (iii) actividades de control, (iv) información y comunicación y (v) actividades de monitoreo.

Al respecto, el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, versión 6, establece lo siguiente en relación con dichos componentes:

(...) El propósito para cada uno de los componentes se despliega de la siguiente forma:

1. **Ambiente de Control:** este componente busca asegurar un ambiente de control que le permita a la entidad disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Requiere del compromiso, el liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
2. **Evaluación del riesgo:** su propósito es identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.
3. **Actividades de control:** su propósito es permitir el control de los riesgos identificados y como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forma parte integral de los procesos.
4. **Información y comunicación:** tiene como propósito utilizar la información de manera adecuada y comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos. Para su desarrollo se deben diseñar políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, que satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.

- 5. Actividades de monitoreo:** su propósito es desarrollar las actividades de supervisión continua (controles permanentes) en el día a día de las actividades, así como evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías) que permiten valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública. (...) (Función Pública, 2024, p. 138)

En este sentido, a partir del propósito del quinto componente, es que resulta fundamental considerar desde el punto de vista conceptual y metodológico los planes de mejoramiento, los cuales, de forma general atienden un concepto global de mejora, como aspecto integral que permite avanzar hacia la consecución de los objetivos institucionales, la misión y visión de las entidades, mediante el concurso de diferentes actores entre los que se encuentran las Oficinas de Control Interno de las entidades, los entes de control fiscal, y paralelamente se encuentran los servidores en todos los niveles, quienes con su participación aportan para resolver y dar cumplimiento a sus observaciones y hallazgos en pro de la mejora del Sistema de Gestión y del de Control Interno a que hace referencia el Decreto 1499 de 2017.

Lo anterior, en el entendido de que la adopción de acciones preventivas y correctivas permite a las entidades establecer mecanismos eficientes y eficaces que contribuyen a optimizar los procedimientos, mejorar el cumplimiento de sus objetivos y consolidar resultados.

### **1.5. Roles y Responsabilidades en los Planes de Mejoramiento**

Teniendo en cuenta que, la estructura del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) está acompañada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión

del riesgo y el control denominada actualmente: Esquema de Líneas de Aseguramiento, en el marco del mismo, a continuación, en la tabla 3, se identifican los roles y se describen las principales responsabilidades que deben ser desarrolladas en el marco de la gestión integral de los planes de mejoramiento.

*Tabla 3 Roles y Responsabilidades para la Gestión Integral Planes de Mejoramiento*

Rol	Responsabilidad
<b>Línea Estratégica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoptar y aprobar la metodología y herramientas para la gestión del plan de mejoramiento.</li> <li>• Aprobar los planes de mejoramiento, garantizando los recursos para su ejecución.</li> <li>• Evaluar y analizar el informe de evolución del plan de mejoramiento emitido por la oficina de control interno como resultado del rol de evaluación y seguimiento o los generados por la 2° línea de aseguramiento en sus actividades de monitoreo, haciendo uso de los datos para la toma de decisiones oportuna. Enfocado en los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cumplimiento y eficacia del plan de mejoramiento institucional.</li> <li>○ Análisis de los factores que pongan en riesgo la eficacia y cumplimiento del plan de mejoramiento institucional.</li> <li>○ Análisis comparados de la evolución del plan de mejoramiento institucional verificando la disminución o aumento de hallazgos e incidencias año tras año.</li> <li>○ Desplegar en general las acciones tendientes a promover entre las áreas responsables la formulación de acciones eficaces y el cumplimiento oportuno de las mismas.</li> </ul> </li> </ul>
<b>1° Línea de Aseguramiento - líder responsable del proceso, programa o proyecto (según corresponda)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar el análisis de causas y establecer aquellas que se consideran que originaron el (los) hallazgo (s) correspondiente (s).</li> <li>• Determinar las acciones concretas, fechas de cumplimiento, responsable, meta e indicador, con el fin de tratar o mitigar las causas que dieron origen al (los) hallazgo(s) correspondiente(s).</li> <li>• Ejecutar las acciones de mejora establecidas a su cargo dentro del plan de mejoramiento de acuerdo con las acciones definidas, fechas de cumplimiento, responsable, meta e indicador respectivo.</li> <li>• Reportar integra, oportuna y coherentemente el avance de la ejecución de las acciones establecidas a su cargo dentro del plan de mejoramiento de conformidad con los lineamientos y parámetros que para este propósito disponga la 2ª línea y apruebe la línea estratégica a través de la política de gestión integral de plan de mejoramiento.</li> </ul>

Rol	Responsabilidad
<p><b>2° Línea de Aseguramiento – Líder transversal o estratégico - planeación (consolidan, asesoran, hacen seguimiento).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservar el portafolio de evidencia suficiente, confiable, relevante y útil de la ejecución de las acciones de mejora ejecutadas en desarrollo del plan de mejoramiento.</li> <li>• Solicitar aprobación para la extensión del plazo de las acciones del plan de mejoramiento que no han tenido un avance suficiente, justificando las razones de la solicitud de prórroga.</li> <li>• Formular y presentar para aprobación de la línea estratégica el plan de mejoramiento.</li> <li>• Acorde a las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión o el sistema de gestión de calidad voluntario que se esté desarrollando en la entidad, diseñar la metodología y las herramientas para el reporte por parte de la 1ª línea de los avances en la ejecución de las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento.</li> <li>• Consolidar los avances en la ejecución de las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento.</li> <li>• Realizar las actividades de monitoreo necesarias para comprobar la oportunidad, integridad y coherencia en el reporte de los avances en la ejecución de las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento realizado por la 1ª línea.</li> <li>• Informar a la alta dirección, a los líderes de procesos y a control interno sobre desviaciones o retrasos detectados en los monitoreos.</li> <li>• Asesorar a la 1ª línea en el análisis metodológico de causas para la formulación de las acciones mejora.</li> <li>• Asesorar a la 1ª línea en la formulación de las acciones de mejora para garantizar que su formulación sea coherente con las causas definidas y que sus metas e indicadores sean realistas, medibles y alcanzables.</li> <li>• Presentar informes periódicos a la línea estratégica y cuando sean solicitados por la 3° línea de aseguramiento respecto del estado general de los planes de mejoramiento en la entidad.</li> <li>• Diseñar y adoptar un procedimiento para el seguimiento y monitoreo al plan de mejoramiento, con esquema de semaforización, que genere alertas con destino a los responsables de las acciones respectivas y pueda ser visualizada por el representante legal, alta gerencia y la 3° línea de aseguramiento de la entidad, que incluya como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Alerta 1.</b> Acciones con fecha de ejecución vencida sin evidencia de cumplimiento.</li> <li><b>Alerta 2.</b> Acciones que se han identificado como inefectivas.</li> <li><b>Alerta 3.</b> Acciones cuyo cumplimiento esté programado para el mes en curso.</li> <li><b>Alerta 4.</b> Acciones cuyo cumplimiento esté programado para el mes siguiente.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>3° Línea de Aseguramiento -</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir las acciones de articulación que se consideren pertinente con la 2ª línea, para que los procesos de asesoría y acompañamiento a la 1ª línea sean más eficientes, esto basados en las técnicas</li> </ul>

Rol (evalúan y cierran)	Responsabilidad
	<p>metodológicas aplicables para el análisis de causas para la formulación de las acciones mejora. esto con el propósito de que la calidad y eficacia del sistema de control interno se vea reflejado en la evolución que tenga el plan de mejoramiento institucional, en cuanto a número de hallazgos e incidencias (penales, fiscales, disciplinarias y de otro tipo) y en cuanto al estado de cumplimiento de las acciones de mejora.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Emitir una opinión respecto de la formulación de las acciones de mejora en clave de alertar sobre potenciales incoherencias o impertinencias con las causas definidas y/o sus metas e indicadores.</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> En ningún caso podrá la Oficina de Control Interno emitir aprobaciones o refrendaciones respecto la formulación de las acciones de mejora considerando la restricción establecida en el parágrafo del artículo 12 de la Ley 87 de 1993, en este sentido, ante diferencias de conceptos relacionadas con la coherencia y pertinencia de las acciones formuladas será la línea estratégica la instancia llamada a analizar, debatir y resolver sobre ello.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Desde el rol de evaluación y seguimiento, así como el enfoque hacia la prevención, aplicar las técnicas necesarias para el seguimiento y evaluación de la eficiencia y efectividad de los planes de mejoramiento establecidos para subsanar y/o corregir hallazgos identificados en el ejercicio de las auditorias ejecutadas por la Oficina de Control Interno, al igual, que las derivadas de los planes de mejora establecidos para subsanar y/o corregir hallazgos identificados por entes externos de control.</li> <li>Hacer el seguimiento periódico al plan de mejoramiento, en caso de detectar desviaciones, generar las alertas que sean necesarias y emitirlas a los responsables de las acciones respectivas, así como, a los responsables de la toma de decisiones, que incluya como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Alerta 1.</b> Acciones con fecha de ejecución vencida sin evidencia de cumplimiento.</li> <li><b>Alerta 2.</b> Acciones que se han identificado como inefectivas.</li> <li><b>Alerta 3.</b> Acciones cuyo cumplimiento esté programado para el mes en curso.</li> <li><b>Alerta 4.</b> Acciones cuyo cumplimiento esté programado para el mes siguiente.</li> </ul> </li> <li>Establecer y aplicar los mecanismos para dar el cierre de las acciones de mejora establecidas para subsanar los hallazgos identificados en las auditorias ejecutadas por la Oficina de Control Interno o por el ente de control.</li> <li>Conservar las evidencias plenas que deberán presentar en posteriores ejercicios con la que se validara la efectividad de la acción ejecutada a juicio del equipo auditor del ente de control.</li> </ul>

Rol	Responsabilidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar un mecanismo de validación de no recurrencia como criterio de cierre de las acciones del plan de mejoramiento.</li> <li>Reportar a control disciplinario interno y/o los entes de control, los incumplimientos detectados en las acciones de mejora que impactan de forma negativa la efectividad del plan de mejoramiento.</li> </ul>
<b>Entes de Control</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescribir las directrices y mecanismos de aprobación y reporte del plan de mejoramiento, resultado del ejercicio de la auditoría externa.</li> <li>Emitir concepto de efectividad de las acciones de mejora implementadas basadas en la no recurrencia de los hallazgos.</li> </ul>

Fuente: Elaborado por la Dirección de Gestión y Desempeño de La Función Pública.

### 1.5.1. Relación Entes de Control

Los Planes de Mejoramiento producto de la vigilancia de la gestión fiscal del Estado ejercida por la Contraloría General de la República y las Contralorías territoriales se regirán por los métodos y procedimientos que éstas prescriban acorde a la normatividad vigente.

Como se mencionó anteriormente, existen diferentes fuentes que generan planes de mejoramiento, situación por la cual se cuenta con variadas metodologías para su estructura, suscripción, cumplimiento, seguimiento y cierre de acciones. Esta diversidad de metodologías hace complejo el ejercicio de formulación de los planes de mejoramiento y también dispersa la responsabilidad de estos, sin olvidar que la etapa de cierre en muchos casos no define la responsabilidad para la evaluación de su efectividad y el cierre efectivo de las acciones formuladas.

En este orden de ideas es importante resaltar que más allá de un formato o un compromiso con algún nivel de autoridad, la esencia de los planes de mejoramiento es garantizar el cumplimiento de objetivos institucionales y la materialización de la mejora continua. Estas dos condiciones llevan a concluir que los planes de mejoramiento no son un obstáculo o una obligación, por el contrario, son una necesidad para el desarrollo administrativo que se consolida en el Sistema de Gestión formulado en el marco del Modelo Integrado de

Planeación y Gestión – MIPG y que se armoniza con el nivel de desempeño del Sistema de Control Interno.

BORRADOR



## **Capítulo II**

### **Ruta de Mejoramiento**

El mejoramiento continuo proporciona actividades que pueden aportar y/o transformar una entidad; cada vez que dentro de los procesos de la cadena de valor se ejecute un seguimiento, monitoreo o evaluación se podrá actuar sobre el proceso, esto quiere decir, se podrá ejecutar una acción a partir de un hallazgo que permita prever, mitigar o eliminar la causa raíz de estos y que a su vez permitan mitigar las tipologías de riesgos asociadas a estos.

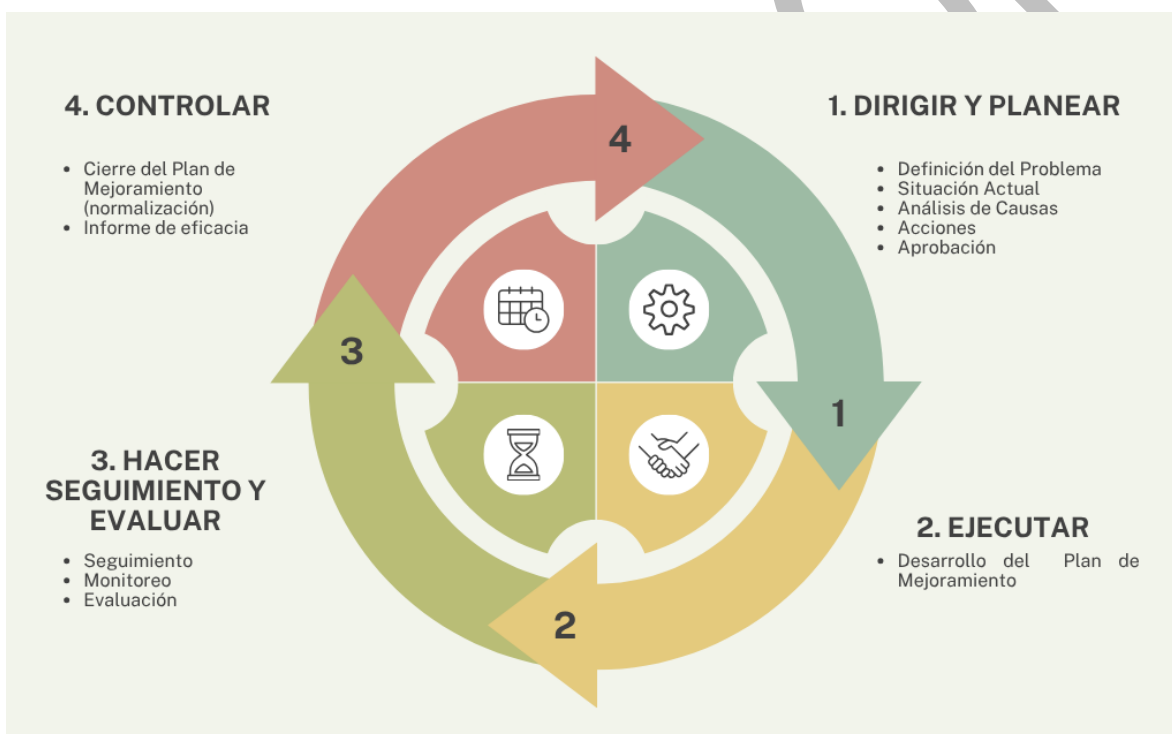
Para ello, se tiene el instrumento administrativo denominado plan de mejoramiento que contiene el conjunto de acciones encaminadas a atender un hallazgo identificado con el propósito de mejorar el desempeño institucional, a partir del análisis de causas que permita optimizar procesos y alcanzar objetivos, mejorar el desempeño y disminuir brechas en la consecución de los objetivos estratégicos y del cumplimiento normativo aplicable acorde a la naturaleza de cada entidad. Lo anterior, partiendo de un concepto integral de mejora institucional donde interactúan diferentes actores (3° Línea de aseguramiento, entes de control fiscal y otras fuentes de seguimiento y evaluación internas o externas) con la participación de los servidores en todos los niveles, quienes aportan dentro de sus actuaciones, las acciones para resolver y dar cumplimiento a sus observaciones y hallazgos.

La ruta de mejoramiento propuesta se basa en una de las concepciones gerenciales en las dinámicas de gestión por procesos denominado Círculo de Deming basado en el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) que para el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG se traduce en Dirigir y Planear, Ejecutar, Hacer Seguimiento y Evaluar y Controlar, permitiendo dinamizar las estrategias empleadas para la toma de acciones preventivas o

correctivas asociadas a la mejora continua que permitan una mayor efectividad en la gestión para los resultados y el valor público.

A continuación, la Gráfica 1 describe la ruta de mejoramiento propuesta en este anexo técnico para el desarrollo del ciclo del plan de mejoramiento

*Gráfica 1 Ruta del Mejoramiento Desde el Enfoque del MIPG*



**Fuente:** Adaptado por la Dirección de Gestión y Desempeño de La Función Pública.

En líneas generales se orienta a las entidades para que en la oportunidad que se requiere formular un plan de mejoramiento sin importar la fuente que lo genera, se deban activar las líneas de aseguramiento en sus responsabilidades definidas anteriormente.

En lo relativo a la formulación de planes de mejoramiento producto de los ejercicios auditores practicados por los entes externos de control, y considerando el rol de relación con los mismos, se debe contar con la participación del Jefe de Control Interno pues fue quien eventualmente tuvo la oportunidad de interactuar con el equipo auditor designado por el ente de control, situación por la cual conoce de primera mano la información validada, el concepto del auditor y la naturaleza del hallazgo. Aunado al hecho de que se trata de pares en materia de auditoría por lo tanto deberá disponer de toda su experticia y conocimiento en pro de garantizar que la formulación del plan de mejoramiento atienda las expectativas del ente de control, factores clave para la identificación de las causas que serán las que efectivamente permitan trabajar en la causa del problema y no centrarse a solucionar el problema sin establecer acciones que lleven a la mejora continua.

Hechas las anteriores consideraciones, se establece que la construcción de un plan de mejoramiento es una responsabilidad del más alto nivel jerárquico que deberá ser apoyada por el área de control interno desde su labor asesora mediante el rol de liderazgo estratégico y deberá contar con la participación del área de planeación como coordinador de las actividades de monitoreo a cargo de la segunda línea de aseguramiento; complementariamente se convocarán a los líderes de proceso o jefes de áreas o equipos de trabajo para que a partir de su conocimiento y con el apoyo de los diferentes actores convocados a la construcción del plan se haga la mejor identificación de causas y a partir de estas se formulen acciones concretas y objetivas que conduzcan de forma efectiva al cierre de las brechas identificadas.

## **2.1. Planificación del Plan de Mejoramiento**

Planificar el instrumento de plan de mejoramiento desde un enfoque de procesos y la gestión de riesgos permite una dinámica sistemática y diligente, forjando un resultado consecuente con la naturaleza y enfoque de la organización y no el efecto ocasional de la

detección causal de oportunidades, observaciones o hallazgos productores de acciones preventivas o correctivas.

De allí que los planes de mejoramiento sean una herramienta que consolidan acciones derivadas de las diferentes fuentes para la mejora, en este sentido, es necesario que la 2ª línea de aseguramiento formule y presente para aprobación de la línea estratégica la herramienta a través de la cual se podrá mapear integralmente los planes de mejoramiento institucionales, la cual deberá presentar como mínimo la siguiente información:

### **2.1.1. Componentes del Plan de Mejoramiento**

Son componentes principales del Plan de Mejoramiento:

- El proceso, plan, programa, proyecto responsable de la formulación y ejecución del plan de mejoramiento.
- Fuente para la mejora que originó el plan de mejoramiento.
- ID del informe o fuente para la mejora que originó el plan de mejoramiento (autoevaluaciones, seguimientos, monitoreos y/o auditorías internas, auditorías externas, revisión por la dirección, indicadores de desempeño institucional).
- Código identificador y descripción del hallazgo.
- Riesgo(s) asociado(s) al plan de mejoramiento.
- Causa(s) raíz definida.
- Tipo de acción a ejecutar (preventiva y/o correctiva) alineada con cada causa.
- Acción para ejecutar. Acciones que se llevan a cabo para mitigar o corregir la situación identificada.
- Fechas límites de ejecución. Cada actividad o acción de mejora formulada en el plan debe quedar enmarcada dentro de un cronograma de ejecución. Teniendo en cuenta la naturaleza de la actividad y los tiempos estipulados por la entidad o el ente

de control. Esta fecha límite de ejecución no podrá superar las 52 semanas a partir de la fecha de inicio. Aquellas acciones que por su nivel de complejidad requieran un mayor tiempo de ejecución a las 52 semanas, se consideraran como una excepción, que deberá ser justificada y aprobada, dicha aprobación se deberá generar en primera instancia por la línea estratégica de aseguramiento y en lo respectivo por parte del Ente de control.

Modificación: El responsable podrá solicitar por escrito, la modificación de la acción debidamente justificada por una sola vez, a la línea estratégica de aseguramiento y posteriormente al Ente de control. No se podrán modificar aquellas acciones a las cuales les falte treinta (30) días hábiles para su terminación.

La nueva fecha de terminación de la acción(es) a modificar, no podrá superar seis (6) meses adicionales a los doce (12) meses iniciales, contados a partir de la fecha de formulación del respectivo plan de mejoramiento, sin superar los dieciocho (18) meses en total.

- Meta o producto de la ejecución de la acción. Representan el objetivo a alcanzar o el cambio deseado en un plazo determinado, así como los resultados concretos a alcanzar con la evidencia veraz y adecuada como consecuencia de la mejora.
- Indicador de cumplimiento de la acción. Parámetro de medida por medio de los cuales se determina el logro de la meta o producto de la ejecución de la acción.

Es decir, el responsable del seguimiento debe revisar que el responsable de la ejecución de la acción cuente con las evidencias de que las acciones se realizaron en su totalidad y en el tiempo establecido.

El peso de este indicador equivale al 50% de la valoración global de efectividad de la acción; no obstante, este indicador debe tener un nivel adicional de análisis, ya

que no se trata solamente de cumplir con la meta, sino también ejecutarla con la oportunidad proyectada, por lo tanto, la determinación de este indicador dependerá de las variables presentadas en la tabla 4, respecto de las cuales, igualmente a cada una se recomienda la asignación de un peso equivalente al 50%.

*Tabla 4. Subindicadores de cumplimiento*

Nombre	Subindicador de cumplimiento	Peso Porcentual (Recomendado)
<b>Cumplimiento de meta</b>	(Número de acciones cumplidas / Número de acciones planificadas) * 100	50
<b>Oportunidad en el cumplimiento de los plazos establecidos</b>	(Número de acciones de mejoramiento cumplidas en el tiempo establecido / Número de acciones de mejoramiento planificadas en el tiempo establecido) * 100	50

De esta forma, el cálculo del indicador de cumplimiento de la acción corresponderá a la aplicación de la siguiente fórmula.

***Indicador de cumplimiento de la acción***

$$\begin{aligned}
 &= (\% \text{ de cumplimiento de meta} * 0,5) \\
 &+ (\% \text{ de oportunidad en el cumplimiento de los plazos establecidos} \\
 &* 0,5) * 100
 \end{aligned}$$

- **Indicador de recurrencia:** Parámetro de medida calculado por el responsable del seguimiento y cierre de las acciones, con el fin de medir la efectividad de las acciones realizadas por los procesos en virtud de los planes de mejoramiento.

Cuando se adelantan los procesos de auditoría, uno de los ítems que debe incluir el programa de auditoría es el seguimiento a los planes de mejoramiento anteriores,

con el fin de identificar su efectividad bajo la aplicación del criterio de no recurrencia. La fuente de este indicador nace cuando el auditor realiza la misma prueba sustantiva o de cumplimiento, con la misma muestra u otra distinta, si el resultado de la prueba de auditoría no arroja hallazgos, es pertinente concluir que las acciones fueron efectivas, de lo contrario se debe identificar como un hallazgo recurrente, lo que significa que el proceso debe hacer un nuevo análisis de causas y formular nuevas acciones que permitan atender estructuralmente las causas generadoras del hallazgo inicial.

Es importante que al observar baja efectividad en el plan de mejoramiento y de ser pertinente y acorde a la normatividad vigente la 3° línea de aseguramiento deberá dar traslado a control disciplinario interno y reportar dicha condición en los informes de avance remitidos por los canales establecidos a los respectivos entes de control.

Equivale al 50% de la valoración global de efectividad de la acción.

- Valoración global de efectividad de la acción. Determinación de la efectividad obtenida luego de combinar los resultados del indicador de cumplimiento y recurrencia, por lo que de forma general su fórmula de cálculo es la siguiente:

***Valoración global de efectividad de la acción***

$$= ((\% \text{ Indicador de cumplimiento} * 0,5) + (\% \text{ Indicador de recurrencia} * 0,5)) * 100$$

Lo anterior conduce a tener variables objetivas y una ponderación porcentual por cada uno de los aspectos que deben evaluarse para determinar la valoración global de efectividad de la acción.

- Responsable de la ejecución de la acción. Se refiere al líder del proceso, plan programa o proyecto que tienen la responsabilidad de ejecutar una o varias de la(s) acción (es) de mejora.

*Gráfica 2 Alcance Aplicación Plan de Mejoramiento*



**Fuente:** Dirección de Gestión y Desempeño de La Función Pública.

### 2.1.2. Formulación del Plan del Mejoramiento

Posterior a la ejecución y terminación de los ejercicios de monitoreo, seguimiento evaluación y/o auditorías internas o externas y recepción del informe final de auditoría por parte del auditado, el líder de la actividad bajo revisión deberá formular y remitir el plan de mejoramiento a la parte interesada correspondiente o al responsable de su recepción. En principio, el tiempo de entrega dependerá de lo establecido en la norma vigente o del plazo que estipule la autoridad generadora del informe. Los procedimientos internos se deberán ajustar a los establecido en la normatividad colombiana y a las directrices establecidas por la línea estratégica.



Ahora bien, en relación con los planes de mejoramiento producto de los ejercicios auditores practicados por las Oficinas de Control Interno se debe considerar que la Norma 15.1 “Comunicación final del trabajo” dispone lo siguiente:

### **Norma 15.1 Comunicación final del trabajo**

#### **Requisitos**

*Para cada trabajo, los auditores internos deben desarrollar una **comunicación final que incluya** los objetivos, alcance, recomendaciones **y/o planes de acción** si procede, y las conclusiones.*

*Para los trabajos de aseguramiento, la comunicación final debe incluir:*

- Los hallazgos, su importancia y priorización.
- Una explicación de las limitaciones al alcance, en su caso.
- Una conclusión con respecto a la eficacia de los procesos de gobierno, gestión de riesgos y control de la actividad revisada.

*La comunicación final debe especificar las personas responsables de abordar los hallazgos y la fecha planificada para completar las acciones.*

*Cuando los auditores internos tengan conocimiento de que la Dirección haya iniciado o completado las acciones que aborden algún hallazgo antes de emitir la comunicación final, dichas acciones deben ser reconocidas en la comunicación. (...)*  
(Negrita y subrayado fuera de texto) (The IIA, 2024, p. 109).

En este sentido, la formulación de los planes de mejoramiento producto de los ejercicios auditores practicados por la 3° línea debe realizarse previo a la emisión del informe final, de tal manera que en este se documente, no solo el hallazgo sino también el plan de

mejoramiento con el cual el responsable de la actividad bajo revisión lo atenderá en pro del mejoramiento en el desempeño institucional.

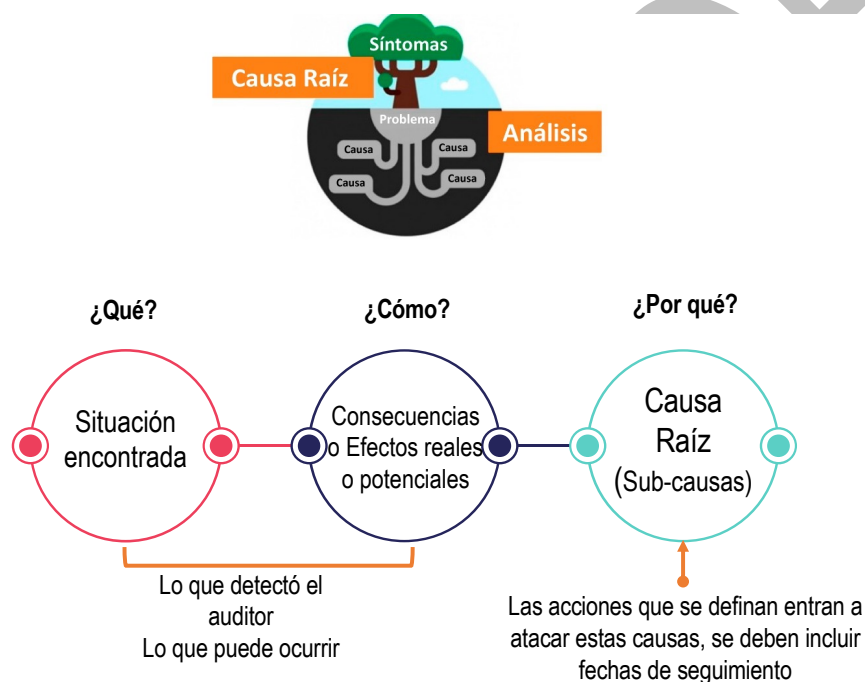
#### **2.1.2.1. Puntos Clave para la Formulación**

Entre los puntos clave para este ejercicio se tiene:

- A. **Identificar el problema:** ¿Qué se debe incluir? Obtención de información desplegada a los elementos estratégicos que determinaron el hallazgo.
- B. **Interactuar con las partes interesadas:** ¿Quién o quiénes deben ser involucrados? Incluir a las partes interesadas para una construcción colectiva que permite analizar sus perspectivas.
- C. **Especificar la situación priorizada y realizar el análisis de oportunidades, observaciones y/o hallazgos:** ¿Cuáles procesos o situaciones específicas están afectadas? Revisión detallada del contexto y situaciones que dan origen al hallazgo.
- D. **Determinar la metodología y el instrumento de análisis de la causa raíz:** ¿De dónde proviene la situación? Identificar las situaciones subyacentes del problema u oportunidad.
- E. **Documentar el instrumento de mejoramiento.** ¿Cómo se va a desarrollar o se ejecutarán las acciones preventivas o correctivas? ¿Cuándo o en qué período de tiempo se llevará a cabo (inicio-fin)? ¿Cuánto cuesta implementar el plan en términos operativos (recursos materiales, financieros, humanos, tecnológicos, otros)? ¿A qué objetivo estratégico apalanca? ¿requiere de una gestión de riesgo? ¿Qué controles previenen la recurrencia de la observación y/o hallazgo? Describir el detalle de plan de mejoramiento teniendo en cuenta los elementos aquí mencionados y que responden a las preguntas formuladas.

En seguida, la Gráfica 3 sintetiza los aspectos clave que se deben considerar al momento de estructurar un plan de mejoramiento institucional, de la cual podemos inferir el hecho de que más allá del cumplimiento formal, la formulación de un plan debe responder a una lógica técnica, estructurada y orientada a resultados.

*Gráfica 3 Aspectos Clave Para la Formulación de un Plan de Mejoramiento*



**Fuente:** Dirección de Gestión y Desempeño de La Función Pública.

### 2.1.3. Identificación de la Causa Raíz del Hallazgo

Todo plan debe partir de un análisis técnico del hallazgo, para ello se pueden utilizar las siguientes preguntas orientadoras: ¿Cuál fue el incumplimiento o desviación? ¿Qué norma, política o proceso se vulneró? ¿Cuál fue la causa raíz que lo originó? Aquí se aplica el

principio de "condición vs criterio" del enfoque ISSAI<sup>2</sup> y la auditoría interna basada en riesgos.

Para ello es importante:

#### **2.1.3.1. Identificación del Problema**

El hallazgo detectado durante la ejecución de los monitoreos, evaluación y/o auditoría interna o externa será el punto de partida para identificar el problema generador de un cambio en una situación específica en la operación de la cadena de valor.

La formulación de un plan de mejoramiento se puede determinar de fuentes tales como: autoevaluaciones, indicadores de desempeño institucional, seguimientos, monitoreos y/o auditorías internas o externas y revisión por la dirección.

Cuando no se trate de ejercicios auditores practicados por la 3° línea de aseguramiento o el ente externo de control, será la línea estratégica, la que, con ocasión de los resultados de las autoevaluaciones, seguimientos y/o monitoreos efectuados por la 1ª y/o 2ª línea de aseguramiento o de revisiones efectuadas por esta misma instancia, determine la necesidad de la formulación de un plan de mejoramiento.

Para su definición es importante formularse cuestionamientos como: ¿Qué sucede en el proceso o procedimiento? ¿En cuánto? ¿Cuál es su origen? ¿En dónde se origina? y especialmente ¿Cuál es su impacto en el cumplimiento de los objetivos institucionales?

Esto resulta especialmente relevante para asegurar que los planes de mejoramiento formulados por las distintas áreas estén orientados a atender aspectos estratégicos de alto

---

<sup>2</sup> International Standards on Supreme Audit Institutions, conjunto de normas para auditorías en el sector público emitidas por la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI)

impacto, que contribuyan efectivamente a la mejora continua y al fortalecimiento del desempeño institucional. Lo anterior, con el fin de evitar que la entidad suscriba un número elevado de planes que, lejos de generar valor, representen una carga operativa adicional sin beneficios significativos.

#### **2.1.3.2. Priorización de Zonas de Mejora**

En la identificación del problema, el equipo evaluador deberá jerarquizar aquellos hallazgos que se consideran prioritarios para la consecución de los objetivos estratégicos y el impacto que generará en la entidad y el grupo de valor, salvo que estos provengan de la auditoría de algún ente de control.

Existen varias metodologías que se pueden utilizar para llevar a cabo el proceso de priorización de las áreas de mejora, sin embargo, para esta guía se recomienda el Marco Común de Evaluación (MCE) o por sus siglas en inglés *The Common Assessment Framework* (CAF) diseñado para ayudar a que las entidades realicen un diagnóstico profundo y sistemático de su funcionamiento, con el objetivo de fomentar una gestión por resultados sostenible con un enfoque estructurado y coherente para la mejora continua; por lo tanto, el modelo no solo afianza la ejecución de los procesos internos sino que, aumenta la percepción de transparencia fortaleciendo la confianza de la ciudadanía hacia las entidades. Aun así, la entidad podrá seleccionar cualquier otro método de priorización acorde a las capacidades y lo que emanen los entes de control.

Dentro de la metodología de priorización y puntuación sugerida por el CAF<sup>3</sup> se tiene:

- Identificar las acciones de rápido impacto, aquellas que pueden ser realizadas a corto plazo. No se les otorga puntuación.

---

<sup>3</sup> Para esta metodología se ejecuta un ejemplo en la herramienta adjunta.

- Enlistar en orden descendientes desde la de mayor puntuación de los hallazgos, dando prevalencia a los que afectan directamente a la planeación estratégica, para ello determine cuales pueden tener posibles acciones de mayor Peso Estratégico (PE) y el Nivel de Facilidad de Implementación (FI).
  - Para el cálculo del PE, se recomienda evaluar el impacto que se pueda generar en: el grupo de valor, procesos, talento humano y recurso financieros, estos se deberán evaluar cada con sí o no, equivalente a 1 o 0 respectivamente, y PE será el resultado de la sumatoria que dará una escala entre 4 que es mayor hasta 1 siendo la de menor valor.
  - Para determinar el Nivel de facilidad de Implementación (FI), este se valora con:

Nivel de dificultad (ND): siendo 1 el más difícil y 4 el más fácil. Tenga en cuenta si este incide en toda la entidad o solo parte de ella, las acciones se implementarán en toda la organización o solo en un proyecto piloto y en adición, revise el nivel de especialización que se requiere.

Recursos necesarios (RN): siendo 1 el más difícil y 4 el más fácil. Tenga en cuenta las fuentes internas humanas con o sin entrenamiento extra, si se requiere apoyo transversal o logístico, los recursos financieros para mitigar o eliminar las causas del hallazgo y otros como los tecnológicos.

Velocidad de realización (VR): siendo largo plazo (2 años), mediano plazo (1 año), corto plazo (6 meses), muy corto plazo (3 meses).

- La priorización de implementación se calcula **PI = PE + FI**, donde desde 3 es muy difícil de realizar hasta 12 es muy fácil de realizar.

### **2.1.3.3. Análisis de Causas**

El éxito en la formulación de un plan de mejoramiento efectivo y de alto valor agregado para la mejora institucional, radica fundamentalmente en la definición de las causas originadoras del hallazgo. Es decir, la solución de una situación detectada (hallazgo) inicia cuando se conoce el origen de esta, por lo tanto, aun cuando el proveedor de aseguramiento pudo haber realizado un análisis de causas, corresponde siempre al responsable de la actividad bajo revisión la identificación y definición final de la(s) causa(s) raíz del hallazgo, y por lo tanto deberá hacer uso de las diferentes técnicas para detectar la(s) causa(s) raíz, es decir, identificar el ¿por qué se presenta la situación?

Una acción mal formulada, basada en una causa errónea o no estructural, será ineficaz.

En este contexto, para facilitar el proceso de identificación de causas raíz y formulación de acciones se incluye el apéndice A donde encontrará algunas técnicas sugeridas que permiten analizar a mayor profundidad la situación detectada. Entre ellas: Análisis Árbol de Fallas - AAF, Análisis de Árbol de Eventos – AAE, Análisis de Causa y Consecuencias, Análisis de Causa y Efecto, Análisis de Árbol de Decisiones, Análisis en Esquema Corbatón o "bow tie".

### **2.1.4. Formulación de las Acciones**

Una vez haya claridad respecto de la(s) causa(s) raíz del hallazgo, se deben formular las acciones que se desean implementar para corregir el impacto del hallazgo y/o prevenir su a futuro su materialización.

En este instante es importante especificar:

- ¿Qué hacer? Actividades secuenciales o no que permiten optimizar, reducir, mitigar y/o eliminar la situación detectada.
- ¿Por qué se debe aplicar la acción? Qué se espera obtener.
- ¿Dónde se debe implementar la acción?
- ¿Quién debe implementar la acción? ¿Quién debe hacer seguimiento, monitoreo o evaluación?
- ¿Cuándo se debe implementar y medir la acción? Fechas de inicio y terminación.
- ¿Cómo se debe implementar (procedimientos)?

#### **2.1.5. Formulación del Indicador de cumplimiento y recurrencia**

En este punto los responsables de la actividad objeto de revisión deben establecer el indicador de cumplimiento, a través del cual, una vez ejecutada la acción formulada, se determina el cumplimiento de la acción.

Al respecto, es fundamental garantizar la coherencia entre la acción, meta e indicador formulado, de tal manera que el responsable de realizar el seguimiento pueda determinar objetivamente su cumplimiento, evitando al máximo potenciales diferencias o discrepancias entre los actores.

Complementariamente, el indicador de recurrencia será definido por el responsable del seguimiento y cierre de las acciones.

#### **2.2. Ejecución del Plan de Mejoramiento**

Al abordar esta fase se busca ejecutar lo planificado y aprobado, enfocado en mitigar y/o eliminar la situación detectada, así mismo, se deben adelantar actividades enfocadas a “revisar los resultados obtenidos” los cuales se pueden abordar con preguntas como: ¿La



acción implementada fue efectiva? ¿Cambió la situación inicial? ¿Desapareció la situación?  
Y ¿Se cumplieron las metas?

Conforme las respuestas resulten negativas o afirmativas, se pueden hacer correcciones sobre la marcha en el caso de los monitoreos o realizar observaciones en el caso de las actividades de seguimiento y evaluación independiente.

### **2.3. Responsabilidad del Seguimiento Final y Cierre del Plan de Mejoramiento**

Para el cierre de los planes de mejoramiento los responsables del seguimiento y cierre deberán adelantar las acciones pertinentes que permitan corroborar el cumplimiento y efectividad de las acciones del plan de mejoramiento situación que se comprueba con el cálculo de la valoración global de efectividad de la acción definidos en la formulación del plan de mejoramiento, lo cual permitirá concluir en el sentido de si las causas que dieron origen a los hallazgos han sido superadas y no se presentan acciones recurrentes que extienden en el tiempo las diferencias identificadas en los procesos de seguimiento y de auditoría anteriores.

Dado que, como se ha mencionado, se pueden formular planes de mejoramiento producto de diferentes fuentes para la mejora, se hace pertinente retomar la estructura del esquema de líneas de aseguramiento mencionado previamente, así como a través de múltiples documentos técnicos, en donde se ha definido que las evaluaciones a sistemas de gestión bajo normas voluntarias (ISO9001:2015 u otras bajo este estándar), hacen parte de la segunda línea de aseguramiento, por lo que deberán existir responsables o líderes internos, quienes deben definir su estructura, formas de evaluación y mecanismos que permitan contar con información confiable que facilite la toma de decisiones, tanto a la primera línea de aseguramiento como a la línea estratégica.

En este sentido, se ha definido en cuanto a la ejecución de las auditorías a normas voluntarias, que corresponderá a los líderes en los diferentes sistemas de gestión (calidad, seguridad y salud en el trabajo, ambiental, entre otros) como segunda línea de aseguramiento, llevarlas a cabo de manera autónoma con sus auditores formados en tales temas, así como verificar de forma articulada el cumplimiento de los atributos de calidad establecidos en MIPG entre otros aspectos.

En este sentido, la tabla 4 se desglosan los responsables del seguimiento de los planes de mejoramiento en curso, les corresponderá:

*Tabla 5 Responsables del Seguimiento y Cierre del Plan de Mejoramiento*

Fuente Para la Mejora	Responsable
Auditorías internas basadas en riesgos	3° línea de aseguramiento (Oficina de Control Interno)
Auditorías entes externos de Control	3° línea de aseguramiento (Oficina de Control Interno) o quien(es) el ente de control designe la responsabilidad de acuerdo con las regulaciones que cada órgano de control emita.
Seguimientos al Modelo Integrado de Planeado y Gestión o auditorías de sistemas de gestión bajo normas voluntarias (ISO9001:2015 u otras bajo este estándar como calidad, SST, ambiental, entre otros)	Líder del respectivo sistema quien actúa como 2ª línea de aseguramiento

Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño de La Función Pública

En general el cierre de los planes de mejoramiento ha de ser el punto final de la metodología en respaldo de un efectivo resultado de los procesos auditores, sin embargo, es de advertir, que cabe la posibilidad de que en algunos casos no se logre un cierre definitivo, por lo anterior, los estados que pueden adoptar los planes de mejoramiento se enuncian en la tabla 5:

*Tabla 6 Estados que Adoptan los Planes de Mejoramiento*

Estado	Descripción
<b>Abierto</b>	La acción de mejora no se ha ejecutado y se encuentra dentro de los términos de ejecución propuestos en el plan de mejoramiento, es decir, a la fecha en que se realiza el seguimiento, la fecha final de ejecución no se ha cumplido.
<b>Cumplimiento pendiente de verificación de efectividad</b>	Cuando la acción de mejoramiento es ejecutada en el 100% acorde con lo propuesto en la acción, meta y su indicador, pero se requiere realizar un proceso evaluativo que permita determinar si la (s) acción (es) subsana(n), corrige(n) o elimina(n) la causa del hallazgo, proceso que el responsable del seguimiento y cierre realizará posteriormente, debido a que no es posible llevarlo a cabo en el momento de la evaluación de la acción.
<b>Cumplimiento efectivo</b>	Cuando la acción de mejora es ejecutada en el 100%, calificada con una efectividad del 100% (ejecutada conforme fue establecida la acción, su meta y su indicador).
<b>Cumplimiento efectivo extemporáneo</b>	Cuando existe cumplimiento efectivo fuera del tiempo estipulado.
<b>Cumplimiento inefectivo</b>	Cuando la acción de mejoramiento es ejecutada en el 100% acorde con lo propuesto en la acción, pero no es calificada con una efectividad del 100%.
<b>Vencido</b>	Cuando la fecha final de ejecución de la acción se encuentra vencida y el responsable no la ha implementado en el 100% (por lo cual, la calificación de la efectividad es menor al 100%). Frente a esta situación, es pertinente solicitar al (los) responsable(s) establecer compromisos para culminar las acciones de mejoramiento que se encuentren en esta categoría; en el caso de requerirse de una reformulación de la acción, esta deberá ser analizada e incluida al plan de mejoramiento posterior a la aprobación de la línea estratégica de aseguramiento.

Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño de La Función Pública

Para ello con el fin de recomendar una adecuada evaluación del grado en que se logran los resultados esperados al final de la ejecución del plan de mejoramiento y se pueda generar un cierre objetivo por parte de la 3° línea de aseguramiento, se recomienda priorizar aspectos tales como el desempeño de la acción, cumplimiento de los plazos establecidos, impacto en el grupo de valor y la no recurrencia de hallazgos.

## 2.4. Seguimiento y Monitoreo

Respecto al seguimiento y monitoreo, se debe destacar el papel protagónico del esquema de líneas de aseguramiento, respecto de lo cual, conforme se señaló previamente en el presente documento se debe destacar lo siguiente:

*Tabla 7 Seguimiento y Monitoreo de los Planes de Mejoramiento*

Línea de Aseguramiento	Responsabilidad
<b>Primera</b>	<p>En esta se encuentra el líder responsable del proceso, programa o proyecto (según corresponda), quien previamente estableció el análisis de causas y determinar las acciones concretas y fechas de cumplimiento, a fin de resolver el hallazgo correspondiente.</p> <p>En ejercicio de esta línea, debió ejecutar las acciones determinadas en el plan de mejoramiento, dando cumplimiento a las fechas definidas, ya que esta es la base para la generación de los reportes correspondientes, en primera instancia a la oficina de planeación o quien haga sus veces, quien como 2ª línea consolida la totalidad de planes.</p>
<b>Segunda</b>	<p>Corresponde a la Oficina de Planeación o quien haga sus veces, como instancia asesora y transversal en la entidad, consolidar todos los planes de mejoramiento producto de las diferentes fuentes para la mejora, tanto internas como externas. Esto con el propósito de que ejerza una supervisión global del tema, a fin de analizar el estado general de las acciones que se han definido y su avance en términos de la mejora para la entidad con una visión integral.</p> <p>Resulta fundamental entonces precisar que para adelantar estas acciones es necesario que las diferentes instancias responsables del seguimiento y cierre del plan de mejoramiento conforme lo descrito en el numeral 2.4. suministren los resultados de los seguimientos realizados por sus auditores, lo que indica que la consolidación y análisis que llevará a cabo la Oficina de Planeación o quien haga sus veces dependerá de los insumos entregados por los auditores, tanto de la Oficina de Control Interno como de otras instancias internas, como podrían ser los auditores internos formados en normas internacionales voluntarias (bajo estándares ISO), si aplican.</p>

Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño de La Función Pública

## **2.5. Herramienta**

Tomando como base los aspectos tratados en el contenido del presente documento, se hace una propuesta con un ejemplo a manera de herramienta modelo con la cual se hará más sencillo el ejercicio de formulación, construcción, seguimiento, evaluación y cierre de los planes de mejoramiento. La herramienta se presenta en formato de hoja de cálculo debido a que es un formato que se entiende es alcanzable para todo tipo de entidad y el universo de aplicación de los planes de mejoramiento es muy amplio.

BORRADOR

## **Bibliografía**

Congreso de Colombia. (1993). Ley 87 de 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. Diario Oficial No. 41.146, del 29 de noviembre de 1993.

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2017). Decreto 1499 de 2017: Por el cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Diario Oficial No. 50.265, del 11 de septiembre de 2017.

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2021). Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Versión 6.  
<https://www.funcionpublica.gov.co/mipg>

ISO 9000. (2015). *Sistema de Gestión de la Calidad*. Obtenido de Fundamentos y Vocabulario: [https://dai.uas.edu.mx/pdfs/NORMA\\_ISO\\_9000-2015\\_FyV.pdf](https://dai.uas.edu.mx/pdfs/NORMA_ISO_9000-2015_FyV.pdf)

The Institute of Internal Auditors. (2024). Normas globales de auditoría interna: Marco internacional de prácticas profesionales. The IIA.