

1. Objetivo: Identificar e implementar acciones para el mejoramiento continuo del Sistema Integrado de Planeación y Gestión de la entidad, mediante el desarrollo de auditorías, el seguimiento a los procesos, planes, proyectos y la consolidación de acciones correctivas, con el fin de incrementar el desempeño de la gestión institucional en cumplimiento de los objetivos institucionales.

2. Alcance: Inicia con la identificación de desviaciones, hallazgos y oportunidades de mejora durante el seguimiento a la gestión institucional y el desarrollo de auditorías, continúa con el registro en el aplicativo, el análisis de causas y el planteamiento de acciones correctivas y preventivas y finaliza con el cierre del plan de mejoramiento y la generación de informes y reportes.

3. Lider	Jefe Oficina Asesora de Planeación	4. Responsable	Jefe Oficina Asesora de Planeación Coordinador (a) Grupo de Mejoramiento Institucional Equipo auditor delegado de todas las dependencias Profesionales designados de la Oficina Asesora de Planeación
-----------------	------------------------------------	-----------------------	--

5. Deficiones

Auditoría	Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría	Hallazgo	Resultado de la evaluación de la evidencia recopilada durante una auditoría, comparada con los criterios establecidos. Es cualquier evento, registro, documento o declaración que pueda indicar cumplimiento o incumplimiento de los criterios auditados.
Análisis de causas	Proceso para identificar las causas fundamentales de un problema, en lugar de simplemente tratar los síntomas. Permite entender por qué algo salió mal y tomar medidas para evitar que vuelva a ocurrir	Riesgo	Posibilidad de que eventos inesperados o inciertos puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.
Acción correctiva	Medida tomada para eliminar la causa de una no conformidad o situación no deseada que ya ha ocurrido, con el objetivo de evitar que se repita en el futuro	Control	Gestión proactiva de riesgos para asegurar el logro de los objetivos institucionales y el cumplimiento de las leyes. Implica identificar, evaluar, mitigar y monitorear los riesgos que puedan afectar la gestión pública.
Acción preventiva	Conjunto de medidas tomadas para eliminar o reducir la probabilidad de que ocurra una no conformidad o situación no deseada antes de que se produzca.	Materialización del riesgo	Ocurriencia de un evento o situación no deseada que puede impactar negativamente a una entidad. Es el resultado de la interacción entre un riesgo identificado y las causas que lo hacen posible, generando consecuencias que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos y el desempeño institucional.
Acción detectiva	En el marco de las auditorías de segunda línea, es una acción realizada para detallar o examinar una situación específica frente a un requerimiento definido para observar cumplimiento o desviación ya ocurrido que no permite la prevención o corrección.	SIPG	Sistema Integrado de Planeación y Gestión
Auditorías en Función Pública	Función Pública, en cumplimiento de sus obligaciones, establece: 1) auditorías de gestión (tercera línea), a cargo de la Oficina de Control Interno, quien verifica el cumplimiento de la política de control interno, 2) auditorías internas de segunda línea, las cuales verifican el cumplimiento a la implementación del Sistema Integrado de Planeación y Gestión SIPG, 3) auditorías externas, realizadas por entes externos, pueden ser por oferta o demanda, según la necesidad de la Entidad o requerimiento de un organismo de control.	MDI	Medición del desempeño Institucional
Eficacia	Grado en el que se realizan actividades planificadas y se logran resultados planificados	Eficiencia	Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados
Efectividad	Grado en el que se realizan actividades planificadas y se logran resultados planificados	Cierre de auditoría	Es la etapa final donde el auditor designado evalúa la evidencia obtenida, el registro de información en el SGI, analiza la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones realizadas y emite su opinión técnica y objetiva, registrando el resultado en el Sistema de Gestión Institucional SGI.
MIPG	Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Mecanismos de Evaluación	En Función Pública se tienen los siguientes mecanismos de evaluación: monitoreo a los planes, proyectos, indicadores y riesgos, seguimiento al desempeño de los procesos y la gestión institucional, auditorías de segunda, de tercera línea y externas, al igual que los resultados presentados ante los diferentes comités. De igual manera se cuenta con mecanismos como: fichas de riesgos e indicadores, tableros de control, el sistema de gestión institucional SGI y el procedimiento de auditorías.
IDI	Índice del desempeño institucional	FURAG	Formulario único de reporte y avance de gestión
Oportunidad de mejora	Situación en la que se detecta una diferencia entre la situación actual y la deseada, con el potencial de ser optimizada para lograr mejores resultados. Se pueden encontrar oportunidades de mejora en procesos, productos, servicios, recursos, sistemas, habilidades, competencias o dependencias.	SGI	Sistema de Gestión Institucional, herramienta propia diseñada para la administración de la planeación, riesgos, indicadores y plan de mejoramiento en Función Pública

6. Políticas de Operación /protocolo para la gestión de acciones de mejoramiento

1. La definición oportuna y eficiente de los planes de mejoramiento requeridos posterior a la entrega de un informe de auditoría o seguimiento o el reconocimiento de una desviación o incumplimiento en el desarrollo de los planes, proyectos, riesgos o procesos es responsabilidad de los líderes de proceso, para lo cual tienen cinco días posterior a la recepción o identificación del hallazgo.
2. El líder es la autoridad para la designación de responsables de la realización de las acciones de mejoramiento asociadas a su proceso y el cumplimiento de las mismas definidas en el plan de mejoramiento institucional, registradas en el Sistema de Gestión Institucional SGI.
3. Una vez se identifique el hallazgo y sea registrado en el Sistema de Gestión Institucional SGI- Plan de Mejoramiento, el líder de la dependencia responsable adelantará el análisis de causas del mismo según las metodologías sugeridas (Diagrama de Ishikawa- espina de pescado, cinco porqués?, Análisis de Arbol de Fallos) identifica con su equipo de trabajo, las alternativas de solución, responsables y fechas y se registran en el SGI, ingresando con el usuario y contraseña del responsable. Cuando se requiera se solicitará el apoyo a la Oficina Asesora de Planeación para el análisis del hallazgo y el registro al SGI.
4. Los planes de mejoramiento tendrán mínimo tres acciones para subsanar la causa raíz (incluida la acción correctiva inmediata) con el fin de planificar, ejecutar, medir la acción y socializar a todos los actores para minimizar la recurrencia del hallazgo y se establece 6 meses máximo para su desarrollo.
5. La administración del plan de mejoramiento institucional es responsabilidad de la Oficina Asesora de Planeación, quien verifica la disponibilidad de la herramienta, asesora a las dependencias en el planteamiento de acciones cuando se requiera, monitorea el debido cumplimiento de los planes de mejoramiento y reporta a la alta dirección y al comité institucional de control interno los avances y resultados del mismo.
6. Las dependencias contarán con 6 meses para subsanar la causa raíz del hallazgo, por lo tanto, las acciones planteadas no podrán superar el tiempo previsto. Cuando sea necesario extender el tiempo de las acciones por circunstancias extremas, el líder de la dependencia solicitará por escrito al jefe de la Oficina Asesora de Planeación la ampliación de los términos, quien analizará la justificación, consultará con las partes interesadas e informará al Comité Institucional de Gestión y Desempeño sobre las modificaciones en las sesiones programadas.
7. El cargue de los hallazgos en el SGI surgidos de las auditorías de gestión de control interno está a cargo de la Oficina de Control Interno, al igual que el seguimiento al cumplimiento de las mismas y la coordinación de los cierres de los planes de mejoramiento establecidos.
8. El análisis y cierre de los planes de mejoramiento estará a cargo del profesional designado desde la Oficina de Control Interno, quien a través de verificación de la evidencia objetiva, la asociará.
9. El profesional encargado de los planes de mejoramiento publicará trimestralmente, en el botón de Transparencia de la página de Función Pública, un informe que evidencie el número de hallazgos abiertos y aquellos en proceso de cierre, garantizando la trazabilidad y el acceso a la información.

7. Riesgos

8. Indicadores

Cod.	Código	No.	Nombre	
SIN	Posible afectación reputacional de la entidad por incumplimiento en la formulación, seguimiento y cierre oportuno de los planes de mejoramiento institucional, así como por la inadecuada gestión y visibilidad de los hallazgos.	38	Por documentar	Eficiencia de las acciones del plan https://www.funcionpublica.gov.co/web/interfaz/plan-mejoramiento-y-publicacion

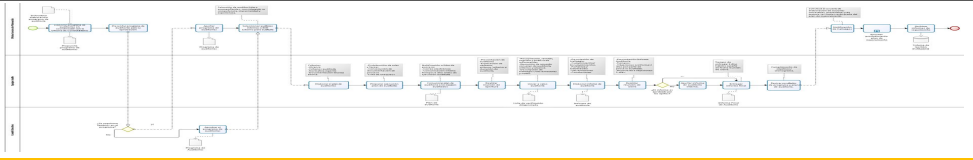
9. Descripción del procedimiento

Conveniones:								
	Iconografía	Actividad	Descripción de la actividad	Tiempo	Responsable	Control	Registro/formato	Sistema de Información
1		Recibir y registrar el hallazgo	La OAP y la OCI con sus roles de administración en el SGI, recibe o identifica los hallazgos de los informes, seguimientos, materialización del riesgo, registra los datos de proceso, dependencias, hallazgos, criterios, responsables (según el manual del usuario SGI), confirmando la generación de alertas a todos los actores.	3 días posterior a la identificación	Jefe Oficina Asesora de Planeación Coordinador (a) mejoramiento Institucional Profesional designado Oficina Asesora de Planeación	Verificación del informe	1. Registro	SGI -TRD oficial

2		Recibir y tramitar la alerta de hallazgo	Las dependencias a través de líder y el enlace definido, reciben en su correo la alerta de creación de un plan de mejoramiento a cargo, ingresa al sistema y analiza el hallazgo, el cual fue comunicado en el informe (si es resultado de auditoría) o es el resultado de un seguimiento, materialización del riesgo, autocontrol, quejas de los grupos de valor u observación de otras dependencias.	2 días posterior a la alerta	Líder del proceso Profesional enlace designado en cada dependencia	Verificación la competencia y responsabilidad	1. Registro y alerta del SGI	 SGI - TRD oficial
3		¿Se requiere claridad del hallazgo?	Si la dependencia requiere claridad u orientación sobre el hallazgo o las acciones a seguir, contacta a la Oficina Asesora de Planeación a través de correo electrónico.	3 días posterior a la alerta	Líder del proceso Profesional enlace designado en cada dependencia	No aplica	1. Comunicados internos	TRD oficial
4		Contactar al responsable del proceso de seguimiento y evaluación	El líder del proceso contacta a la OAP por correo electrónico solicitando claridad o mesa de trabajo para el entendimiento. La OAP adelanta el contacto y analiza la situación para orientar las acciones a seguir.	3 días posterior a la alerta	Líder del proceso Enlace designado en cada dependencia	No aplica	1. Comunicados internos 2. Registros de reunión	 SGI - TRD oficial
5		Verificar la pertinencia y consistencia del hallazgo	Una vez analizado técnicamente el hallazgo se concluye la continuidad o eliminación (excepto los de control interno), evitando la duplicidad de acciones y se deja registro de las acciones adelantadas.	5 días posteriores a la alerta	Líder del proceso Enlace designado en cada dependencia Coordinador (a) mejoramiento institucional Profesional designado Oficina Asesora de Planeación	Verificar informe y requisitos aplicables al proceso	1. Comunicados internos 2. Registros de asistencia	 SGI - TRD oficial
6		Analizar la causa del hallazgo y registrarla en el SGI	La dependencia responsable del hallazgo consulta la metodología de análisis de causas (proceso de seguimiento y evaluación), concluye la causa raíz y la registra en el SGI	5 días posteriores a la alerta	Líder del proceso Profesional enlace designado en cada dependencia Profesional designado Oficina Asesora de Planeación	Verificar manual SGI y metodología análisis de causa	1. Formato análisis de causas 2. Registro de reunión (si se realiza) 3.Registro SGI	 SGI - TRD oficial
7		¿Requiere asesoría de la OAP?	Si se requiere habilitar usuarios, asesoría de la metodología, acompañamiento para la identificación de acciones o registro en el SGI la dependencia envía la solicitud a la OAP, líder de proceso o coordinador (a) de mejoramiento institucional.	5 días posteriores a la alerta	Líder del proceso Profesional enlace designado en cada dependencia	No aplica	1. Comunicados internos	 SGI - TRD oficial
8		Realizar mesa de trabajo (si se requiere)	Se concerta mesa de trabajo previamente, se realiza la asesoría, se genera la evidencia del análisis de causas, se orientan las acciones y se acompaña el registro del plan en el SGI, con el usuario y contraseña del responsable de la dependencia,	Del sexto al décimo día posterior a la alerta	Líder del proceso Profesional enlace designado en cada dependencia Coordinador (a) mejoramiento institucional Profesional designado Oficina Asesora de Planeación	No aplica	1. Registro de asistencia 2. Registro SGI	 SGI - TRD oficial
9		Registrar el plan de mejoramiento en el SGI	Posterior al reconocimiento de la causa raíz, se identifica la acción correctiva (si requiere) y 3 acciones que permitan subsanar el hallazgo (se redacta en verbo en infinitivo, sujeto y acción), se registran en el SGI, al igual que el responsable, fecha inicio y fecha fin.	Del sexto al décimo día posterior a la alerta	Líder del proceso Profesional enlace designado en cada dependencia	Verificar requisitos frente a la norma	1. Registro y alerta SGI	 SGI - TRD oficial
10		Verificar y aprobar el plan propuesto	El sistema genera la alerta de creación del plan a la Oficina Asesora de Planeación y al líder del proceso. Este último aprueba y Planeación valida la coherencia de las acciones.	2 días posteriores a la alerta	Líder del proceso Profesional enlace designado en cada dependencia Coordinador (a) mejoramiento institucional Profesional designado Oficina Asesora de Planeación	Verificación del plan	1. Registro y alerta del SGI	 SGI - TRD oficial
11		Registrar el avance de los planes	Los 5 primeros días de cada mes, las dependencias verifican las actividades de sus planes de mejoramiento, registran el avance de las mismas realizadas y cargan la evidencia (guardada en la TRD oficial) como lo establece el manual del usuario.	5 primeros días de cada mes 6 meses posteriores a la aprobación del plan	Líder del proceso Profesional enlace designado en cada dependencia	Verificación plan de mejoramiento	1. Registro SGI 2. Evidencias SGI	 SGI - TRD oficial
12		Monitorear y alertar sobre las acciones del plan de mejoramiento	Los primeros 5 días de cada mes o según las fechas establecidas en cada plan el sistema SGI genera las alertas automáticas a cada proceso. De igual manera, la OAP, a partir del día sexto de cada mes, genera comunicados para recordar acciones pendientes o vencidas de cada proceso y atiende las novedades manifestadas por las dependencias.	Del sexto al décimo día hábil de cada mes	Coordinador (a) de Mejoramiento Institucional Profesional designado	Verificar plan de mejoramiento	1. Correos electrónicos 2. Informe del plan de mejoramiento	 SGI - TRD oficial
13		¿Se han cumplido las acciones?	Cuando la dependencia finalice su plan o la OAP detecta en su seguimiento el cumplimiento del plan envía comunicado interno a la OCI.	Del sexto al décimo día hábil de cada mes	Profesional enlace designado en cada dependencia Coordinador (a) de Mejoramiento Institucional Profesional designado OAP	Verificar plan de mejoramiento	1. Correo electrónico	 SGI - TRD oficial
14		Programar cierre de auditoría	La OCI analiza el plan para cierre, verifica la eficacia de las acciones, la responsabilidad sobre el cierre (si es de Gestión es a cargo de OCI, si es de otro tipo se coordina con la OAP y el equipo de auditores de calidad). La OCI coordina al interior de la dependencia el cierre de los hallazgos de gestión y genera informe para el comité.	10 días posteriores a la finalización del plan	Jefe Oficina de Control Interno Profesional designado OCI	Verificación lista de auditores	1. Correo electrónico 2. Designación en el SGI y alerta	 SGI - TRD oficial
15		¿Se requiere coordinación con el equipo auditor?	Si el hallazgo no corresponde a gestión, se convoca a la OAP para definir los auditores para el cierre.	10 días posteriores a la finalización del plan	Jefe Oficina de Control Interno Profesional designado OCI	Verificación de los requisitos	1. Correo electrónico	 SGI - TRD oficial
16		Realizar mesa de trabajo para cierres	Mínimo 2 veces al año, en mesa de trabajo entre OCI y OAP se definen los cierres de auditoría a realizar, se seleccionan los auditores y se les comunica por correo electrónico la designación. La OCI realiza seguimiento al cumplimiento de la delegación y la OAP acompaña el desarrollo del cierre y la asesoría sobre la herramienta.	10 días posteriores a la finalización del plan	Jefe Oficina de Control Interno Coordinador (a) de Mejoramiento Institucional Profesional designado OAP Profesional designado OCI	Verificación lista de auditores	1. Documentos de trabajo 2. Registros de asistencia	 SGI - TRD oficial

17		Definir y comunicar al equipo auditor la delegación de cierre	Por comunicación interna y alerta del SGI se le informa al auditor la delegación, proporcionando las instrucciones e información necesaria para el cierre. Cuando por algún motivo no se pueda realizar el cierre por parte del auditor, se reasignará a otro garantizando que no exista conflicto. Se cuenta con 10 días posteriores para el cierre.	1 día posterior a la designación del auditor	Jefe Oficina de Control Interno Coordinador (a) de Mejoramiento Institucional Profesional designado OAP Profesional designado OCI	No aplica	1. Comunicado interno 2. Alerta del sistema		SGI -TRD oficial
18		Realizar el cierre de auditoría	El auditor delegado verifica en el sistema la información registrada por la dependencia, contrasta con la actividad propuesta, analiza la evidencia objetiva, la eficiencia de las acciones y concluye si se puede o no cerrar el plan. Si lo requiere, puede contactar a la dependencia por correo y solicitar actualización de información.	10 días posteriores a la designación	Equipo auditor	Verificación evidencia frente al plan	1. Comunicado interno 2. Documentos de trabajo 3. Registro en el sistema		SGI -TRD oficial
19		Registrar las acciones y concluir el cierre	Posterior a la validación de la evidencia, el auditor registra el resultado en el SGI y comunica a la OCI y la OAP el resultado del ejercicio. El SGI genera la alerta a todos los interesados y se da por terminado el plan.	Durante los 10 días delegados para el cierre	Equipo auditor	Verificación cronograma	1. Comunicado interno 2. Documentos de trabajo 3. Registro en el sistema		SGI -TRD oficial
20		¿Se cierra el plan?	Cuando el auditor no puede cerrar el hallazgo o cierre sin eficacia, se genera una alerta a la dependencia responsable, a la OCI y a la OAP.	Durante los 10 días delegados para el cierre	Equipo auditor	Análisis de evidencias	1. Comunicado interno 2. Documentos de trabajo 3. Registro en el sistema		SGI -TRD oficial
21		Convocar a la dependencia para analizar el plan	La OCI (si es gestión) o la OAP, si es de otro tipo convoca a la dependencia responsable para analizar el resultado, recomendar acciones para subsanar el resultado o registrar nuevas acciones, con fechas cortas, para corregir la situación presentada.	1 día previo al cierre de la auditoría	Jefe Oficina de Control Interno Coordinador (a) de Mejoramiento Institucional Profesional designado OCI Profesional designado OCI Auditor	Verificación de los criterios frente a la evidencia	1. Registros de asistencia		SGI -TRD oficial
22		Corregir o registrar nuevas acciones en el SGI	Si se pueden adelantar correcciones a la acción prevista o la evidencia cargada, se solicita ajuste a la OAP y se informa al auditor. Si se requiere adicionar acciones se registran en el SGI y se otorgarán 2 meses mas para su realización, de manera que se permitan corregir las desviaciones o incumplimientos.	2 días posteriores al cierre sin eficacia	Coordinador (a) de Mejoramiento Institucional Profesional designado OAP Profesional designado OCI Enlace de la dependencia	Verificación de acciones	1. Registros de asistencia 2. Registro en el SGI		SGI -TRD oficial
23		Ejecutar y registrar nuevas acciones	la dependencia realiza las acciones propuestas, carga la evidencia y reporta por correo al auditor, la OCI y la OAP para la nueva visita de cierre.	2 días posterior al cierre	Líder del proceso Profesional enlace de la dependencia	Verificación de los criterios frente a la evidencia	1. Registro en el SGI 2. Correo electrónico		SGI -TRD oficial
24		Cerrar el hallazgo	El auditor valida la evidencia, concluye el cierre, registra la información en el SGI e informa por correo electrónico a la OCI, OAP y el responsable del plan de mejoramiento.	10 días posteriores a la fecha fin	Auditor	Verificación registro frente al informe	1. Registro en el SGI 2. Correo electrónico		SGI -TRD oficial
25		Archivar toda la información en la carpeta definida	Según la TRD oficial se cargan todos los documentos diligenciados y requeridos como evidencia del cierre	Al cierre del plan	Dependencia responsable, OCI y OAP	Verificación TRD	1. Evidencias 2. Correos		SGI -TRD oficial
26		Publicar informe trimestral de planes de mejoramiento	El profesional encargado de los planes de mejoramiento deberá consolidar y publicar trimestralmente, en el botón de Transparencia de la página web de la entidad, un informe que evidencie el número de hallazgos abiertos y aquellos en proceso de cierre, garantizando la trazabilidad de la información y el acceso oportuno por parte de los grupos de interés.	Trimestral	Profesional designado a planes de mejoramiento	Verificación de la consolidación correcta de la información (hallazgos abiertos y en proceso de cierre); validación previa a la publicación, confirmación de la publicación en el botón de Transparencia; y revisión de la accesibilidad del Informe en la página web.	1. Informe trimestral de planes de mejoramiento publicado		Página oficial Función Pública - TRD oficial

10. Diagrama de flujo



11. Documentos asociados

Formato	Inicio	Fin
Formato programa auditoría	https://www.funcionpublica.gov.co/web/Interna/Plan/Documentos-y-evidencias/Formato-programa-auditoria	Modelo Integrado de Planeación y Gestión
Formato plan auditoría	https://www.funcionpublica.gov.co/web/Interna/Plan/Documentos-y-evidencias/Formato-plan-auditoria	Norma técnica ISO 19011
Formato Lista de chequeo	https://www.funcionpublica.gov.co/web/Interna/Plan/Documentos-y-evidencias/Formato-lista-de-chequeo	Norma Técnica ISO aplicables a la entidad
Matriz de responsabilidad y autoridad	https://www.funcionpublica.gov.co/web/Interna/Plan/Documentos-y-evidencias/Formato-matriz-de-responsabilidad-y-autoridad	Norma Estadística DANE NTE PE 1000
Matriz de requerimientos	https://www.funcionpublica.gov.co/web/Interna/Plan/Documentos-y-evidencias/Formato-matriz-de-requerimientos	Lienamientos Gobierno y seguridad Digital
Sistema Integrado de Planeación y Gestión	https://www.funcionpublica.gov.co/web/Interna/Plan	Por definir