 <b>CONTRALORÍA</b> GENERAL DE SANTIAGO DE CALI	<b>PROCEDIMIENTO:  ACCIONES CORRECTIVAS,  PREVENTIVAS O DE MEJORA</b>	<b>CÓDIGO  PRO-P10-16</b>	<b>PÁGINA 1 DE 8</b>
			<b>VERSIÓN 20</b>

## 1. OBJETIVO

Establecer el procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora señalados en la ISO 9001:2015 e ISO 19011: 2018, de manera articulada con los planes de mejoramiento requeridos en el modelo MIPG-MECI-LINEAS DE DEFENSA con el fin de impulsar a los procesos de la entidad al mejoramiento continuo a través de un desarrollo eficiente y transparente de metodologías orientadas para tal fin.

## 2. ALCANCE

Se inicia con la identificación o consulta de las no conformidades reales o potenciales y de las oportunidades de mejora; y termina con el seguimiento y cierre de las acciones suscritas en el plan de mejoramiento institucional (AGR, Procesos, Individual). Aplica para todos los procesos del SGC.


## 3. DEFINICIONES

**Acción correctiva.** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable, para evitar que vuelva a producirse.

**Acción preventiva.** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial o de una situación que puede llegar a presentarse y que se detecta a través del análisis de riesgos, para evitar así su materialización

**Acción de mejora.** Acción o actividad realizada para mejorar el desempeño de un proceso o la forma como se cumple un requisito de norma, no hace referencia a una no conformidad, ni a un problema potencial, simplemente es una oportunidad de mejora.

**No conformidad:** Es el incumplimiento de un requisito establecido en la normatividad vigente, políticas y los procedimientos internos que pueda ocasionar insatisfacción en los usuarios.

	<b>PROCEDIMIENTO: ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O DE MEJORA</b>	<b>CÓDIGO PRO-P10-16</b>	<b>PÁGINA 2 DE 8</b>
			<b>VERSIÓN 20</b>

**Causa:** Razón por la cual se ha presentado, o es posible que se presente una no conformidad.

**Plan de mejoramiento.** Instrumentos que consolidan el conjunto de acciones requeridas para corregir las desviaciones encontradas en la auditoría interna.

#### 4. CONDICIONES GENERALES

Se requiere, que el personal involucrado en el procedimiento conozca sus responsabilidades, respecto al desarrollo de cada una de las actividades a ejecutar.

Los Planes de Mejoramiento por Procesos e Institucional serán diligenciados directamente en el aplicativo definido para tal fin, y El “PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL” en el formato FOR-P10-97, de acuerdo a los instructivos.


Las actividades del Sistema Integrado MIPG-MECI-LINEAS DE DEFENSA, relacionadas con los planes de mejoramiento y acciones de mejora a llevar a cabo por los procesos, están contenidas en este procedimiento.

Para la ejecución de las actividades de este procedimiento, se utilizará la herramienta definida para tal fin.

Las fuentes de información para establecer las acciones preventivas están directamente relacionadas con el análisis de riesgos, su respectivo mapa de riesgos y los resultados de los seguimientos.

Las fuentes de información para establecer acciones correctivas pueden ser: Auditorías internas o externas de calidad, auditorías de control interno, auditorías de entes de control, atención de sugerencias, quejas o reclamos, atención de derechos de petición, seguimiento a indicadores de gestión, revisión por la dirección, el incumplimiento de un parámetro o criterio definido en los procesos o el incumplimiento de normatividad aplicable a la entidad.

Las fuentes de información para establecer acciones de mejora: Análisis de una situación del desempeño de los procesos, recomendaciones de control interno en los resultados de los seguimientos, auditorías de los entes certificadores, auditorías de control interno, auditoría de la AGR o por sugerencias de mejora

	<b>PROCEDIMIENTO: ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O DE MEJORA</b>	<b>CÓDIGO PRO-P10-16</b>	<b>PÁGINA 3 DE 8</b>
			<b>VERSIÓN 20</b>

Cuando se necesite reportar una no conformidad a un proceso debe hacerse a través de la herramienta informática definida para tal fin informando vía docunet y/o correo electrónico al responsable del proceso y a la Oficina de Auditoría y Control Interno para su seguimiento. Las no conformidades (NC) reales y/o potenciales u oportunidades de mejora se registran en la herramienta informática mecicalidad. El responsable determina la fuente u origen y las causas de las No Conformidades (NC) reales, potenciales o de mejora en el SGC, procesos o producto conforme a la metodología para la identificación de causas código MET-P10-207, para lo cual diligenciará en la herramienta informática definida para tal fin [www.mecicalidad](http://www.mecicalidad). Puede existir más de una causa y se describen las fuentes u origen de las acciones de acuerdo a la metodología de identificación de causas.

## 5. RESPONSABILIDADES

La aplicación y el desarrollo de las actividades del procedimiento, está en cabeza del Jefe de la Oficina de Auditoría y Control Interno y los responsables de cada proceso.

## 6. FORMATOS

INS-P1P-77	INSTRUCTIVO “PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS”
INS-P10-78	INSTRUCTIVO “PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL”
FOR-P10-97	FORMATO “PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL”
INS-P10-98	INSTRUCTIVO PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL”
MET-P10-207	METODOLOGIA PARA LA IDENTIFICACION DE CAUSAS

## 7. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES


### PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

#### Plan de mejoramiento con la AGR

RESPONSABLE	ACT	ACCIÓN	TÉRMINO	PUNTOS DE CONTROL
Jefe Oficina de Auditoria y Control Interno	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recibir el informe emitido por la AGR del Despacho del Contralor</li> <li>✓ Clasificar los hallazgos determinados por proceso y remitirlos a los responsables de suscribir acciones de mejora.</li> </ul> <p><b>Nota.</b> Es indispensable para el diligenciamiento del plan de mejoramiento consultar el instructivo Plan de Mejoramiento por Procesos Código INS-P10-77.</p> <p><b>Registro.</b> Plan de mejoramiento institucional Archivo en Excel- correo electrónico institucional.</p>	3 días hábiles	
Jefe Oficina de Control Interno Auditores Internos	2	<p>Evaluar las acciones de mejoramiento propuestas y verifica los avances reportados en el formato del aplicativo SIA de la AGR "Plan de Mejoramiento Institucional"</p> <p><b>Registro.</b> Archivo en Excel con acciones de mejora evaluadas.</p>	Términos establecidos en el plan de auditoría	Verificación de la formulación del Plan Institucional
Auditores Internos	3	<p>Realizar seguimiento y cierre a las acciones correctivas de acuerdo a lo establecido en el plan de mejoramiento suscrito.</p> <p><b>Registro.</b> Papeles de trabajo, soportes y Ayudas de Memoria.</p>	Términos establecidos en el plan de auditoría	

**Plan de mejoramiento por procesos**

RESPONSABLE	ACT	ACCIÓN	TÉRMINO	PUNTOS DE CONTROL
Jefe Oficina de Auditoria y Control Interno Auditores Internos	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Notificar el informe emitido por OACI a los responsables</li> <li>✓ Subir al aplicativo mecicalidad los hallazgos</li> <li>✓ Solicitar a los responsables la suscripción de las acciones correctivas, preventivas o de mejora en el aplicativo mecicalidad</li> </ul> <p><b>Notas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Los responsables de los procesos determinan las acciones correctivas, o de mejora a implementar, necesarias y adecuadas para eliminar las causas de las No Conformidades, o para satisfacer las necesidades de mejora detectadas; y las documenta en la herramienta mecicalidad.</li> <li>✓ Las acciones preventivas se documentan en la herramienta informática definida para tal fin y las mismas deben ser adecuadas para eliminar las causas de las No Conformidades potenciales.</li> <li>✓ Es indispensable para el diligenciamiento del plan de mejoramiento consultar el instructivo Plan de Mejoramiento por Procesos Código INS-P10-77.</li> <li>✓ La actualización del aplicativo será realizada cada vez que surja una nueva acción o cuando la oficina de Control Interno lo requiera.</li> <li>✓ Las No Conformidades, se deberán transcribir de manera textual cuando se trate de auditorías internas o externas de calidad.</li> </ul>		


	<b>PROCEDIMIENTO: ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O DE MEJORA</b>	<b>CÓDIGO PRO-P10-16</b>	PÁGINA 6 DE 8
			VERSIÓN 20

RESPONSABLE	ACT	ACCIÓN	TÉRMINO	PUNTOS DE CONTROL
		<b>Registro.</b> Comunicación, acciones ingresadas a mecicalidad.		
Jefe Oficina de Auditoria y Control Interno Auditores Internos	2	Verificar la suscripción de las acciones para su aprobación y seguimiento, solicitando el análisis de causas de acuerdo a la metodología para la identificación de causas Código MET-P10-207		Revisar la pertinencia de las acciones suscritas para eliminar causas
Jefe Oficina de Control Interno Auditores Internos	3	Realizar el seguimiento y evaluación a las acciones de mejoramiento propuestas y verifica los avances reportados en la herramienta informática definida para tal fin y procede a cerrar si es el caso.	5 días	
Auditores Internos Profesionales adscritos	4	Elaborar informe de seguimiento y remitirlo al Comité Directivo vía Docunet y/o correo electrónico.		

### Plan de mejoramiento individual

RESPONSABLE	ACT	ACCIÓN	TÉRMINO	PUNTOS DE CONTROL
Jefe Oficina de Control Interno	1	Solicitar al responsable del Proceso registrar en el formato FOR-P10-97 "Plan de Mejoramiento Individual", los aspectos por mejorar de los servidores públicos adscritos al área, provenientes de la autoevaluación de control, autoevaluación de la gestión, evaluación del Sistema de Control Interno, las recomendaciones de auditoría interna y los resultados de las evaluaciones del desempeño.	1 día	Revisar la pertinencia de las acciones suscritas para eliminar causas

RESPONSABLE	ACT	ACCIÓN	TÉRMINO	PUNTOS DE CONTROL
		<p><b>Notas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Es indispensable para el diligenciamiento del formato” consultar su instructivo Plan de Mejoramiento Individual Código INS-P10-98.</li> <li>✓ El servidor público, determina las acciones que permitan corregir las debilidades detectadas, para lo cual deberá completar el diligenciamiento del formato INS-P10-97 “Plan de Mejoramiento Individual”.</li> <li>✓ El plan de mejoramiento individual se debe suscribir una vez se identifiquen las debilidades o aspectos por mejorar provenientes de la autoevaluación de control, autoevaluación de la gestión, evaluación del Sistema de Control Interno, las recomendaciones de auditoría interna y los resultados de las evaluaciones del desempeño.</li> <li>✓ El jefe del área realiza seguimiento y cierre a las acciones del plan de mejoramiento individual y remitirlo a la Dirección Administrativa y Financiera para ser incluidos en las respectivas hojas de vida, con copia a la Oficina de Auditoría y Control Interno.</li> </ul> <p>Registro. Acta de Seguimiento y Cierre Plan de Mejoramiento.</p>		
Jefe Oficina de Control Interno Auditores Internos	2	Realizar el seguimiento y evaluación a las acciones de mejoramiento propuestas y verificar los avances y cierre de las mismas reportadas en el formato INS-P10-97 “Plan de Mejoramiento Individual”.	3 días	
Jefe Oficina de Control Interno Auditores Internos	3	Elaborar el informe de seguimiento a los planes de mejoramiento individual y remitirlo a la alta dirección con copia a la Dirección Administrativa y Financiera.	2 días	

	<b>PROCEDIMIENTO: ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O DE MEJORA</b>	<b>CÓDIGO PRO-P10-16</b>	<b>PÁGINA 8 DE 8</b>
			<b>VERSIÓN 20</b>

<b>RESPONSABLE</b>	<b>ACT</b>	<b>ACCIÓN</b>	<b>TÉRMINO</b>	<b>PUNTOS DE CONTROL</b>
Secretaria	4	Archivar el informe y el formato INS-P10-97 "Plan de Mejoramiento Individual".	1 día	

### **No Conformidad Clientes Externos.**

Los clientes externos (la comunidad y sujetos de control) que necesiten reportar una no conformidad en el servicio, deben diligenciar el formato "Quejas" FOR-P3-55 en su primera parte y entregarla en la ventanilla única, quien los remite a la Oficina de Control Fiscal Participativo

El Jefe de la Oficina de Control Fiscal Participativo, registra la queja en el SIPAC e informa al Director Administrativo de Control Interno Disciplinario y al responsable del proceso que está afectando la calidad del servicio por el incumplimiento de los requisitos definidos en las normas ISO 9001:2015 e ISO 19011: 2018 y los establecidos por la entidad.

El responsable de la no conformidad por el incumplimiento de los requisitos debe registrar las acciones correctivas a tomar en el formato "Quejas" FOR-P3-55, e informa al cliente externo las acciones que adelantará la Contraloría y las registrará en los planes de mejoramiento individual según aplique (Queja), con copia a la Dirección Administrativa y Financiera y a la Oficina de Auditoría y Control Interno para su seguimiento.

Cuando se trate de una queja derivada de la declaratoria de no conformidad de un producto y/o servicio, se procederá de acuerdo con el procedimiento Control del Servicio y/o Producto no conforme en la actividad quejas de usuarios.

<b>REVISADO POR:</b> JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN, NORMALIZACIÓN Y CALIDAD (P2)	<b>APROBADO POR:</b> JEFE OFICINA DE AUDITORÍA Y CONTROL INTERNO (P10)	<b>FECHA IMPLEMENTACIÓN</b> OCTUBRE 13 DE 2022
---	--	---